

LEITFADEN

FÜR DIE BERÜCKSICHTIGUNG DES KULTURELLEN HINTERGRUNDS
IN DER PSYCHOTHERAPIE MIT MUSLIMISCHEN GEFLOHENEN
AUS DEM ARABISCHEN RAUM

*zusammengestellt von Amelie Schwarzer
als Ergebnis der Bachelorarbeit*

*„Transkulturelle Konzepte psychischer Gesundheit und Krankheit –
praktische Implikationen für die psychotherapeutische Flüchtlingsarbeit“*

an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Wie sieht die traditionelle Patientenrolle in den arabischen Ländern aus? Was erwarten sich Geflohene von westlicher Psychotherapie?

- Zuschreibung einer herausragenden sozialen Position der/des BehandlerIn * aufgrund seines Wissens (Ete, 2002)
 - Dessen Aufgabe, alle notwendigen Fragen an die/den KlientIn * zu richten
 - Achtung vor der Kompetenz des Behandlers durch undifferenziertes Schildern des Beschwerdebildes durch den Klienten
 - Allein der Behandler entscheidet, was für den Klienten relevant ist und was nicht
 - Aktive Rolle des Klienten durch selbstständiges Erzählen (besonders bei Unterschichtpatienten) sozial nicht angemessen
- Verstärkung des Machtgefälles zwischen Therapeut und Klient bei Geflohenen in westlichen Ländern (Brick & Weber, 2004)
 - Sprechen nur nach Aufforderung, Fragen auch bei Nichtverstehen nicht nach
 - *Tipp: Gezieltes und ermutigendes Nachfragen des Therapeuten, nicht auf vollständigen Symptombericht warten*
- Erwartung des Klienten einer raschen Diagnose und Vorstellung eines Erklärungsmodells (Wurzbacher, 2003)
 - *Tipp: Aufklärung des Klienten, gemeinsam ein Erklärungsmodell für die Krankheitsentstehung zu konstruieren und warum dies sinnvoll ist*
- Bedürfnis nach mehr Hilfe und Führung als deutsche Klienten durch die Autoritätsperson des Therapeuten (Kizilhan & Haag, 2011)
 - *Tipp: Immer wieder Nachfragen, ob sich der Klient mehr Hilfe durch den Therapeuten erhofft*
- Erwartung an Psychotherapie: teilweise ambivalente oder ablehnende Haltung, wenn Meinung verbreitet, dass „nur wirklich Verrückte“ sich helfen lassen; Zweifel an der langfristigen Wirksamkeit, Schätzen der kurzfristig entlastenden Wirkung psychotherapeutischer Gespräche (Ollech, 2002)

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Weiteren auf die Darstellung der weiblichen Form verzichtet. Natürlich sind stets auch Behandlerinnen und Klientinnen gemeint.

Welche Anforderungen stellen kulturellen Unterschiede des Krankheitskonzeptes an das Selbstverständnis des Behandlers?

Vor Therapiebeginn

Reflexion der eigenen kulturellen Prägung und damit verbundene Wertvorstellung (Kammerlander & Abdallah-Steinkopff, 2002)

In den ersten Sitzungen

- Kenntnis kultureller Umgangsformen: Streng gläubige Muslime geben sich nicht die Hand, sondern legen die Hand auf die Brust (Rezapour & Zapp, 2011); zur Begrüßung aufstehen, intensiven Blickkontakt mit gegengeschlechtlichen Patienten vermeiden (Kizilhan, 2015)
- Frühzeitiges Signal von Wissensbeständen – wenn vorhanden- über den soziokulturellen Hintergrund geben (Skutta, 2002)
 - Erleichterung für Klienten
- Ansonsten: Unwissenheit / Mangelndes Hintergrundwissen in Bezug auf kulturelle Gepflogenheiten aus dem Herkunftsland des Geflohenen einräumen (Hegemann, 2004)
 - Verstärktes Nachfragen und Zuhören des Therapeuten in der Anfangsphase
- Generell: Weder Überbetonung noch Verleugnung kultureller Unterschiede (Erim, 2009a)
- Gemeinsamkeiten und Unterschiede erkennen; Gemeinsamkeiten betonen und nutzen (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013)
 - Evtl. Gemeinsamkeiten zwischen traditioneller Behandlung und Psychotherapie aufzeigen: Motivierung, Herstellen einer emotional bedeutsamen Beziehung, Interpretation und Therapie des Leidens (Pfeiffer, 1991)
- Offenheit für kulturell anders geprägte Erlebens- und Verhaltensmuster demonstrieren
 - Wichtig für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung
- Bedenken der Geflohenen und ihrer Angehörigen hinsichtlich Psychotherapie erfragen und ernst nehmen (Skutta, 2002)
- Ganzheitliches Körper-Geist-Erleben akzeptieren
 - Enge Zusammenarbeit von Arzt und Psychotherapeut
 - Erklärung, dass und warum im deutschen Gesundheitssystem Trennung zwischen körperlichem und psychischem Bereich

- Toleranz ggü. Religionsausübung und Wertneutralität hinsichtlich der Religionszugehörigkeit demonstrieren
- Aktiver Umgang mit religiösen Befürchtungen des Klienten
 - Sorge, dass Therapeut sich nicht in islamischer Religion auskennt und Verhaltensweisen des Klienten nicht verstehen kann (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009)
 - *Tipp: mit dem Flüchtling über bestehendes Wissen über den Islam sprechen; Vermitteln, dass Erklärungsmuster für Krankheiten durch Djinnen und den Bösen Blick bekannt sind*
 - Befürchtung, Ratschläge des Therapeuten aufgrund ihrer Religion nicht umsetzen zu können (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009)
 - *Tipp: Versichern des Therapeuten, so weit als möglich, familiäre und religiöse Umstände und Normen zu berücksichtigen*
- Gut, um Befürchtungen zu lindern: Zu Beginn der Therapie und im Verlauf immer wieder eigenes Vorgehen erklären und Übersicht über mögliche Unterstützungsmaßnahmen geben (Demmer-Gaite & Friese, 2004)
- Bereits zu Beginn klar Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie benennen, um Enttäuschungen aufgrund überhöhter Erwartungen vorzubeugen (Kleefeldt, Wolff, & Carlo, 2016)
- Menschen aus dem Mittleren Osten sprechen –auch in der Therapie – zunächst über Nebensächliches, bevor sie bereit sind, persönliche Themen mit dem Therapeuten zu teilen (van der Veer, 1998)
 - *Tipp: Diese Art des Kennenlernens zugestehen, um Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu unterstützen*
 - Therapeut sollte wegen der Scham des Klienten für psychische Probleme das Sprechen über diese nicht vorschnell forcieren
- Muslimische Klienten berichten häufig in der Therapie körperliche Symptome vor psychischen, da weniger schambesetzt (Kizilhan & Haag, 2011)
 - Respekt des Therapeuten dadurch, seinem Klienten in den ersten Sitzungen erleichterten Zugang zur therapeutischen Beziehung über die körperliche Ebene zu ermöglichen
 - Bei ausreichendem Vertrauen psychische Probleme und Konflikte thematisieren

Während des gesamten Verlaufs

- Grundlegende Reflexion und ggf. Neudefinition der therapeutischen Rolle für die Psychotherapie mit Geflohenen
 - Überwiegende Empfehlung, die von dem Klienten erwartete hohe Hierarchieposition im Rahmen eines aktiven, wissenden und beratenden Selbstverständnisses anzunehmen
 - Aktive Intervention, wenn offene Unterstützung zu beschleunigtem Aufbau erwünschter Verhaltensweisen führt (Erim, 2009a)
 - Direktivere Haltung als bei deutschen Klienten (Rodewig, 2002)
 - Passive Rolle des Therapeuten gerade zu Beginn als Zeichen von Desinteresse und Ablehnung verstanden und demotivierend (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013)
- Kulturellen Rahmen des Klienten beachten z. B. tiefe Verbundenheit mit Familie/ sozialer Gruppe
 - Therapeut kann angestrebte Ablösungstendenzen von der Familie unterstützen, allerdings nicht die Entscheidung für den Klienten treffen
- Akzeptanz des kulturell geformten Erscheinungsbildes von psych. Krankheiten (Haasen & Yagdiran, 2002)
 - Bei vermuteter Depression und vornehmlich körperlich geschilderten Symptomen Forcierung des Bewusstwerdens affektiver Anteile weder für Betroffenen noch für künftige Behandlung sinnvoll
- Trotz Beachtung kultureller Regeln möglicherweise scham- oder schuldbesetzte Themen wie Suizid (und Sexualität) nicht gänzlich aussparen (Haasen & Yagdiran, 2002)
 - großer Fehler, mit schwertraumatisierten dauerhaft latent suizidalen Geflohenen nicht über mögliche Selbsttötungsabsichten zu sprechen
 - wichtig: konkrete Anlaufstellen zur Unterstützung in Krisensituationen an die Hand geben
- nur, falls Gesprächsbedarf bei Geflohenem ersichtlich: Berücksichtigung des Dilemmas der Fluchtentscheidung vor dem Hintergrund großer kollektiver Verantwortung (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013)
 - Entscheidung, durch Flucht sich und seine Familie zu retten
 - Verzicht auf die Verteidigung ihrer Werte und Interessen im Heimatland
 - Quelle schwerer Schuldzuweisungen innerhalb Familien

- Für Klienten u. U. sehr wichtiges Thema, dennoch mit großer Vorsicht zu behandeln
- KEINE Schuldthematik von außen nahelegen!!!

Welchen Einfluss haben Kollektivismus und Individualismus auf das Krankenverhalten?

Westliche Psychotherapieschulen auf individualistisches Menschenbild ausgerichtet: Autonomie und Unabhängigkeit von anderen Menschen zentral

Kultureller Kollektivismus

- Krankheit als soziale Angelegenheit: Anspruch auf Hilfe und Unterstützung durch Familie und Freunde (Brick & Weber, 2004)
 - Krankenrolle durch Passivität und Abhängigkeit gekennzeichnet
 - Angehörige möchten u. U. Entscheidung über Behandlung mitbestimmen, da auch Konsequenzen für ihr Leben (Tuschinsky, 2002)
 - Aufgabe des Therapeuten, Behandlungswunsch des Klienten auch gegenüber der Familie zu kommunizieren und zu bestärken
- Kollektivismus als Psychotherapiehindernis: Befürchtung, dass das Kollektiv das Einräumen psychischer Probleme als Schwäche auffasst und die Person ablehnt (Kizilhan & Haag, 2011)
- Probleme oft stärker innerfamiliär als innerpsychisch: Klient aus familiären Kontext zu lösen oft unmöglich oder sehr schmerzlich (Rezapour & Zapp, 2011)
 - Vorschnelles Drängen des Therapeuten zu autonomen Entscheidungen kann zu irreversiblen Bruch mit der Familie führen: soziale Katastrophe
 - *Tipp: Gesellschaftliche Rahmenbedingungen bei der therapeutischen Zieldefinition mitberücksichtigen*
- Familie in Psychotherapie einbeziehen (Skutta, 2002)
 - Sonst Gefahr des Boykotts Angehöriger aufgrund religiöser Befürchtungen
 - Ängste und Sorgen auch von Familienmitgliedern zu Beginn der Therapie ernst nehmen
 - *Tipp: Wenn möglich, Bedeutung der Familie durch Fremdanamnesen würdigen (Haasen & Yagdiran, 2002): Angehörige fühlen sich gehört und respektiert*

Religiöser Kollektivismus

Anspruch auf körperliche und seelische Unterstützung durch Familie und Freunde (häufiger Besuch)

- zahlreicher Besuch dem Klienten manchmal zu viel (Rüschhoff & Laabdallaoui, 2009)
 - Durch den Klienten ausgesprochenes Besuchsverbot für bestimmte Personen kann als große Kränkung empfunden werden
 - Zögern sich kritisch zu Besuch zu äußern
 - *Tipp: In Absprache mit dem Klienten kann es für diesen entlastend sein, wenn der Therapeut eine Einschränkung des Besuchs empfiehlt; Klienten ausreichend schützen und vor grundsätzlichem Konflikt mit Familie bewahren*

Wie im Rahmen von moderner Psychotherapie mit volkstümlichen Krankheitsvorstellungen umgehen?

- Wichtige Voraussetzung für gelingende interkulturelle Zusammenarbeit: Kenntnis der traditionellen Krankheitserklärungen im arabischen Raum
 - Wissen über die volkstümlichen Erklärungssysteme der Djinnen und des Bösen Blicks frühzeitig kommunizieren
- Initiative des Therapeuten, über trad. Erklärungen zu sprechen
 - Klienten wissen, dass der Glaube an böse Geister und Magie in Deutschland als Aberglaube oder unaufgeklärtes Denken betrachtet wird (Rüschhoff, 2013)
- Klienten können sich auch stärker ggü. Erklärungsmustern und Angeboten westlicher Therapeuten öffnen, wenn sie dessen ernsthaftes Interesse an ihrer Krankheitsdeutung wahrnehmen (Khalifa & Hardie, 2005)
- Gleiche Funktion traditioneller Erklärungen wie subjektive Krankheitskonzepte von westlichen Klienten
 - Orientierung und Reduktion der Bedrohung durch Krankheit (Rüschhoff, 2013)
 - Unbegreifliches Krankheitsgeschehen erklärbar machen: Beitrag zur Wiederherstellung der Würde des Betroffenen (Brick & Weber, 2004)
- Reduktion von Schuldgefühlen des Klienten für seine psychische Erkrankung (Fartacek, 2010)

- Einfluss der Djinnen und des Bösen Blickes in gewissem Grade willkürlich und nicht zwangsläufig kausal durch das Verhalten des Betroffenen verursacht
- Therapeutische Interventionen auch innerhalb des volkstümlichen Rahmens möglich
 - Für Wirkung von Psychopharmaka irrelevant, um eingenommen mit dem Ziel, einen Geist im Inneren des Körpers zu bekämpfen oder um krankheitswertige Wahrnehmung zu korrigieren (Khalifa & Hardie, 2005)
 - Stimmungstagebücher: Klienten lernen, den vermuteten Einfluss des Geistes selbst zu überwachen; aus Kontingenzen im Affektverlauf Ressourcen ableitbar: Geist/ Böser Blick kann allmählich zurück gedrängt werden
 - Expositionsverfahren: auch unter Annahme möglich, nach und nach die Konfrontation mit dem Geist zu suchen und diesen schließlich – analog zu einer erfolgreichen Austreibung – zu besiegen

Wie mit traditionellen Heilern umgehen?

- Keine einheitliche Haltung westlicher Psychotherapeuten: von völliger Ablehnung bis zu Ideen der Kooperation (Rüschoff & Laabdallaoui, 2009)
- Klienten bereits bei Anamnese zu möglicherweise parallel bestehender Behandlung bei traditionellem Heiler befragen (Rüschoff & Laabdallaoui, 2009)
 - Verhindern, dass Heiler über lange Zeit hinweg unbemerkt gegen die Psychotherapie arbeitet
- Eine von vielen Meinungen: pragmatische Haltung
 - Toleranz ggü. trad. Behandlern, insofern keine Gefährdung der therapeutischen Erfolge durch den Heiler (Zimmermann & Petrykowski, 1983)
 - Wichtig: Kommunizierbarkeit der mit dem Heiler gemachten Erfahrungen (Rüschoff, 2013)
 - Im Einzelfall Chancen und Risiken abwägen
- Klare Ausschlusskriterien für Kooperation
 - Gewaltanwendung bei der Geisteraustreibung z. B. durch Schlagstöcke der Heiler
 - Verhindern der Einnahme wichtiger Medikamente durch den Heiler

Arbeiten mit Bildern, Mythen und Symbolen

- Aufgreifen der Tradition der Geschichtenerzähler im orientalischen Raum
 - Menschen finden zu Märchen aus ihrer Kultur guten Zugang (Erim, 2009b)
 - Viele altorientalische Geschichten thematisieren zwischenmenschliche Konflikte (Peseschkian, 2014)
- Geschichten können viele psychologische Funktionen erfüllen
 - Identifikationspotential und Lebenshilfe für Zuhörer, Volkspsychotherapie (Peseschkian, 1993)
- Hinweis auf kulturtypische Lösungen in den Heimatländern der Klienten
 - Erinnerung an traditionelle Lösungsstrategien und in der Kultur verankerten Ressourcen (Erim, 2009b)
- Geschichten als Repräsentanten der Kulturen ermöglichen Auseinandersetzung mit fremden Denkmodellen, Konzepten, Werten (Peseschkian, 2014)
 - Beitrag zum Abbau emotionaler Schranken ggü. anderen Denk- und Handlungsweisen
- Geschichten wirken für Laien weniger abstrakt als psychotherapeutische Konzepte (Peseschkian, 1999)
- Symbolisch-metaphorischer Charakter v. narrativen Elementen für Therapie hilfreich
 - Allzu plumpe Enttarnung des Patienten kann Abwehrreaktion hervorrufen (Rezapour & Zapp, 2011)
 - Bezüge auf inter- und intrapersonelle Probleme und deren Lösungen unabhängig von der individuellen Erfahrungswelt des Klienten

Der Koran in der Psychotherapie?

- Koran nur einbeziehen, wenn von Klient erwünscht
- Bereits Lesen des Korans soll an göttlicher Segenskraft teilhaben lassen (Sündermann, 2006)
 - Sinnvoll in die Psychotherapie zu integrieren, in der sich dann auch göttliche Segenskraft entfalten kann
- Lesen im Koran wir entspannende und beruhigende Wirkung zugeschrieben
 - Beitrag zum Wohlbefinden gläubiger Muslime (Sündermann, 2006)
- Keine Notwendigkeit der genauen Kenntnis der Schrift, um diese therapeutisch nutzen zu können (Rezapour & Zapp, 2011)

- Mögliches Anwendungsfeld: z. B. Konflikte zwischen den Geschlechtern
- Klienten dazu einladen, eine für ihn passende Koransure auszusuchen und mit in die Therapie zu bringen (Eminli, 2009)
 - Aktivierung von Selbstheilungskräften
- ACHTUNG: keine zu starke Fokussierung auf religiöse Bewältigungsstrategien (Rezapour & Zapp, 2011)
 - Gefahr, beim Klienten passiven Determinismus zu induzieren
 - Im Extremfall: Abbruch der Psychotherapie

Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B., & Soyer, J. (2013). Traumatisierte Flüchtlinge: Kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld. In R. E. Feldman & G. H. Seidler (Eds.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (pp. 137–166). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Brick, A., & Weber, R. (2004). Behandlungszentrum für Folteropfer. In J. R. von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Eds.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (pp. 148–161). Weinheim: Beltz.
- Demmer-Gaite, E., & Friese, P. (2004). Interkulturelle Aufgaben in der Erziehungsberatung. In J. R. von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Eds.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (pp. 190–204). Weinheim: Beltz.
- Eminli, A. (2009). Mögliche Stolpersteine für Professionelle im Umgang mit psychisch erkrankten Migranten. In A. Eminli & J. Gräbener (Eds.), *Psychische Erkrankungen in der interkulturellen Familienhilfe. Ein Praxishandbuch* (pp. 66–108).
- Erim, Y. (2009a). Psychotherapie mit Migranten - Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 17–57). Stuttgart: Kohlhammer.
- Erim, Y. (2009b). Türkischstämmige Patientinnen mit masochistischen Persönlichkeitsanteilen und der Einsatz von Märchen als kultursensible Intervention. In Y. Erim & M. Beckmann (Eds.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Ein Lehr- und Praxisbuch. Literaturangaben* (1st ed., pp. 64–76). Stuttgart: Kohlhammer.

- Ete, E. (2002). Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkisch-stämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In T. Heise (Ed.), *Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 5. Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (2nd ed., pp. 83–95). Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Fartacek, G. (2010). *Unheil durch Dämonen?: Geschichten und Diskurse über das Wirken der Ginn ; eine sozialanthropologische Spurensuche in Syrien*. Wien: Böhlau.
- Haasen, C., & Yagdiran, O. (2002). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 151–161). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Hegemann, T. (2004). Interkulturelle Kompetenz in der Beratung und Therapie. In J. R. von Wogau, H. Eimmermacher, & A. Lanfranchi (Eds.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (pp. 79–92). Weinheim: Beltz.
- Kammerlander, A., & Abdallah-Steinkopff, B. (2002). Refugio München: Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer. In T. Heise (Ed.), *Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 5. Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (2nd ed., pp. 43–50). Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Khalifa, N., & Hardie, T. (2005). Possession and jinn. *J R Soc Med*, 98, 351–353.
- Kizilhan, J. I. (2015). Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten. *Psychotherapeut*, 60(5), 426–432. doi:10.1007/s00278-015-0039-2
- Kizilhan, J. I., & Haag, G. (2011). Die Rolle der therapeutischen Beziehung bei der Behandlung türkischer Schmerzpatienten. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 88, 14–18.
- Kleefeldt, E., Wolff, B., & Carlo, L. de. (2016). Flüchtlinge in unserer Praxis: Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen.
- Ollech, A. (2002). "Wir sind hier total aufgeschmissen!" Subjektive Krankheits-, Problem und Therapievorstellungen extremtraumatisierter Flüchtlinge im Exil. In A. Birck, C. Pross, & J. Lansens (Eds.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin ; Festschrift zum 10jährigen Bestehen des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin. Behandlungszentrum für Folteropfer / Literaturangaben* (pp. 17–29). Berlin: Springer.
- Peseschkian, N. (1993). *Psychosomatik und positive Psychotherapie: Transkultureller und interdisziplinärer Ansatz am Beispiel von 40 Krankheitsbildern* (Ungekürzte Ausg.). /Fischer-Taschenbücher]: 11713 : Geist und Psyche. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Peseschkian, N. (1999). Positive Psychotherapie: Ein transkultureller und interdisziplinärer Ansatz im Rahmen der Psychiatrie und Psychotherapie. In W. Schöny & H. Rittmannsberger (Eds.),

- Fremde Seelen? Ausländische Patienten in der psychiatrischen Versorgung* (pp. 153–177). Linz: Ed. Pro Mente.
- Peseschkian, N. (2014). *Der Kaufmann und der Papagei: Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie ; mit Fallbeispielen zur Erziehung und Selbsthilfe* (Orig.-Ausg., 33. Aufl.). *Fischer-Taschenbücher: Vol. 3300*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Pfeiffer, W. (1991). Wodurch wird ein Gespräch therapeutisch?: Zur kulturellen Bedingtheit psychotherapeutischer Methoden. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 41, 93–101.
- Rezapour, H., & Zapp, M. (2011). *Muslime in der Psychotherapie: Ein kultursensibler Ratgeber ; mit 4 Tabellen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rodewig, K. (2002). Psychosomatische Rehabilitation türkeistämmiger Migranten. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 204–217). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- Rüschhoff, I. S. (2013). Krankheitsvorstellungen von muslimischen Patienten in der Psychotherapie. In H.-W. Hoefert & E. Brähler (Eds.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie. Literaturangaben* (pp. 313–322). Lengerich: Pabst Science Publ.
- Rüschhoff, I. S., & Laabdallaoui, M. (2009). *Umgang mit muslimischen Patienten* (1. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Skutta, S. (2002). Migrantenberatung der Beratungsstelle Wilhelmsburg: Ambulante transkulturelle Beratung und Psychotherapie für KlientInnen nicht-deutscher Herkunft. In T. Heise (Ed.), *Das transkulturelle Psychoforum: Vol. 5. Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (2nd ed., pp. 74–82). Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.
- Sündermann, K. (2006). *Spirituelle Heiler im modernen Syrien: Berufsbild und Selbstverständnis - Wissen und Praxis* (Erstausg., 1. Aufl.). *Islamwissenschaft*. Berlin: Schiler.
- Tuschinsky, C. (2002). Interkulturelle Öffnung in Medizin und Gesundheitsversorgung. In C. Dettmers, N.-J. Albrecht, & C. Weiller (Eds.), *Gesundheit, Migration, Krankheit. Sozialmedizinische Probleme und Aufgaben in der Nervenheilkunde* (pp. 9–25). Bad Honnef: Hippocampus-Verl.
- van der Veer, G. (1998). *Counselling and therapy with refugees and victims of trauma: Psychological problems of victims of war torture and repression*. 1. Aufl. u.d.T.: Veer, Guus van der: *Counselling and therapy with refugees* (2. ed.). Chichester: Wiley.
- Wurzbacher, C. (2003). *Das muslimische Krankheitsverständnis* (1. Aufl.). Aachen: Shaker.
- Zimmermann, E., & Petrykowski, W. v. (1983). Magische Krankheitsvorstellungen ausländischer Eltern als Problem in der Pädiatrie. *Der Kinderarzt*, 14, 1113–1122.