

Philipps



Universität
Marburg

TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN IN DER
PSYCHOTHERAPIE
RELEVANZ, TRAINING UND MESSUNG

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Judith Reichardt

aus Frankfurt am Main

Marburg (Lahn), September 2017

Vom Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg (Hochschulkennziffer 1080)
als Dissertation angenommen am _____

Erstgutachterin: Dr. Cornelia Weise (Philipps-Universität Marburg)

Zweitgutachter: Prof. Dr. Winfried Rief (Philipps-Universität Marburg)

Tag der Disputation: _____

Lesbarkeitserklärung

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der vorliegenden Dissertation auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet, wenn es sich um Beschreibungen beider Geschlechter handelt. Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die männliche Form in diesen Fällen explizit als geschlechtsunspezifisch zu verstehen ist.

Außerdem wird aufgrund der Übersichtlichkeit in der vorliegenden Arbeit einheitlich der Begriff „Patienten aus anderen Kulturen“ verwendet, auch wenn viele andere Bezeichnungen denkbar sind (z. B. „Patienten mit Migrationshintergrund“). Gemeint sind alle Patienten, die aus irgendeinem Kulturkreis stammen, der nicht dem des Therapeuten entspricht.

Danksagung

Die Danksagung ist nicht Teil der Veröffentlichung.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Abstract	6
Theoretischer und empirischer Hintergrund	8
Migration, Flucht und psychische Belastung.....	8
Versorgungssituation von Migranten und Geflüchteten in Deutschland.....	8
Kulturelle Unterschiede und psychische Störungen	9
Transkulturelle Kompetenzen (Definition und Modelle)	10
Messinstrumente transkultureller Kompetenzen	12
Transkulturelle Kompetenzen als Bestandteil in der psychotherapeutischen Ausbildung...	13
Darstellung des Dissertationsvorhabens und Herleitung der Fragestellung	15
Zusammenfassung der Studien	17
Studie 1	17
Studie 2	20
Studie 3	23
Diskussion	26
Stärken und Einschränkungen	27
Perspektiven.....	28
Fazit	30
Literatur	31
Anhang	38
Studien	38
Lebenslauf.....	100
Eidesstattliche Erklärung.....	102

Zusammenfassung

Durch Globalisierung, Flüchtlings- und Migrationsbewegungen verändert sich die Bevölkerungszusammensetzung stetig: Immerhin 21% der Bevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Zudem weisen Studien drauf hin, dass der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung in dieser Bevölkerungsgruppe mindestens so hoch ist, wie bei Personen ohne Migrationshintergrund – z.B. aufgrund von Flucht- und Migrationserfahrungen oder Diskriminierung (Correa-Velez, Gifford, & Barnett, 2010; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Wells, Steel, Abo-Hilal, Hassan, & Lawsin, 2016). Damit kommt es auch in der psychosozialen Versorgung immer häufiger zu transkulturellen Begegnungen. Höhere Abbrecherquoten und geringere Therapieerfolge bei Patienten aus anderen Kulturen sprechen aber dafür, dass das hiesige Therapieangebot nicht ausreichend an dieses Klientel angepasst ist. Dafür spricht auch, dass transkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapieausbildung kaum thematisiert und in der Regelversorgung nicht standardmäßig berücksichtigt werden. Die Notwendigkeit, transkulturelle Kompetenzen in der psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern, ist also deutlich. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde zunächst untersucht, inwiefern Unterschiede zwischen Patientengruppen unterschiedlicher Kulturen bestehen. Anschließend wurden Möglichkeiten zur Förderung und Messung transkultureller Kompetenzen untersucht, um diesen Unterschieden Rechnung zu tragen.

In Studie 1 wurden subjektive Krankheitskonzepte bezüglich psychischer Störungen zwischen iranischen und deutschen Patienten bzw. Personen der subklinisch belasteten Allgemeinbevölkerung miteinander verglichen. Es zeigte sich, dass iranische Patienten höhere Werte in emotionaler Repräsentation, Kohärenz und übernatürlicher Ursachenannahme berichteten. Da das subjektive Krankheitskonzept des Patienten Auswirkungen auf Therapieplanung und –prozess hat, liegt es nahe, dass kulturelle Unterschiede in der Therapie bei Patienten aus anderen Kulturen berücksichtigt werden müssen. Dazu bedarf es transkultureller Kompetenzen auf Seiten des Psychotherapeuten.

Daher wurde in Studie 2 ein online Trainingsprogramm zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten entwickelt und eine geplante Evaluationsstudie (RCT) zur Überprüfung seiner Wirksamkeit vorgestellt. Das Programm wurde auf Grundlage des Konzepts zu transkulturellen Kompetenzen von Sue und Kollegen (1992) entwickelt. Es besteht aus sechs Modulen, welche Informationstexte sowie Übungen zur Selbstreflexion und

Fallbeispiele umfassen. Inhaltlich behandeln sie Themen wie die Rolle der eigenen kulturellen Prägung, Vorurteile und Diskriminierung, Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen sowie kulturelle Aspekte bei Störungsmodell und Diagnostik. Im Training werden Wissen und Fertigkeiten im Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen geschult sowie die Bedeutung der individuellen kulturellen Konzepte für die therapeutische Arbeit bewusst gemacht. Ziel des RCTs ist es, die allgemeine Wirksamkeit des Trainings zu überprüfen sowie die Relevanz der praktischen Übungsanteile für die Wirksamkeit des Programms zu untersuchen. Dazu wird ein Design gewählt, in dem drei Gruppen mit einander verglichen werden: eine Trainingsgruppe, eine Edukationsgruppe sowie eine Wartekontrollgruppe.

Um die Wirksamkeit des Trainingsprogramms zu untersuchen wurde in Studie 3 das Inventar zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (TKKP) entwickelt und validiert. Wie das Training basiert es auf dem Konzept transkultureller Kompetenzen von Sue und Kollegen (1992) sowie auf den allgemeinen Wirkfaktoren für Psychotherapie (Grawe, Donati, Bernauer & Donati, 1994). Der Fragebogen besteht aus 16 Items, die sich auf die Skalen *Fähigkeiten*, *Herausforderungen-Therapeut* und *Herausforderungen-Beziehung* verteilen. Die Subskalen des TKKP weisen eine akzeptable Reliabilität auf, die Faktorenstruktur konnte in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mit gutem Model-Fit bestätigt werden. Korrelationen mit dem Big-Five-Inventory-10 (Rammstedt & John, 2007) sowie dem Multicultural Counseling Inventory (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994) unterstützen die diskriminante und konvergente Validität des TKKP.

Insgesamt konnte die vorliegende Dissertation zeigen, dass bestehende kulturelle Unterschiede in störungs- und therapielevanten Konzepten zwischen Patienten unterschiedlicher Herkunft in der Psychotherapie bestehen und berücksichtigt werden müssen. Dies kann über das Training von transkulturellen Kompetenzen bei Psychotherapeuten geschehen. In Zukunft sollten Trainings wie das vorgestellte weiter entwickelt und flächendeckend angeboten werden. Besonders in der psychotherapeutischen Ausbildung ist eine standardmäßige Implementierung von Workshops zu transkulturellen Kompetenzen dringend notwendig.

Abstract

Due to globalization, refugee and migration flows the composition of populations constantly changes: At least 21% of the population in Germany has a migration background. Further, the need for psychotherapeutic care in this population group is presumably at least as high as in patients without a migration background. Hence, transcultural encounters in psychosocial care increase. However, higher dropout rates and poorer outcomes in therapies with culturally diverse patients hint to a poor fit between the local therapy offers and this patient group. In line with that, transcultural competencies in insufficiently included both in psychotherapy training and in standard care. Thus, the need for an improvement of transcultural competencies in psychotherapy is obvious. Initially, in this dissertation it was investigated whether there are differences in patient groups of different cultures. Subsequently, possibilities of improving and measuring transcultural competencies were investigated to address those differences.

In study 1, illness representations of Iranian and German patients with mental disorders as well as subclinical samples of the general population were compared. Results showed that Iranian patients reported a higher amount of emotional representation, coherence and supernatural causes. As illness representations of the patient influence planning and process of therapy, cultural differences need to be considered in therapy with culturally diverse patients. For this purpose, transcultural competencies in psychotherapists are necessary.

This is why in study 2 a web-based training program to improve transcultural competencies in psychotherapists was developed and a randomized controlled trial (RCT) to evaluate its effectiveness was presented. The program is based on the conception of transcultural competencies by Sue et al. (1992). It consists of six modules with texts and practical exercises. The modules cover content such as the role of cultural background, prejudices and discrimination as well as influences of migration and acculturation, and cultural aspects of clinical concept and diagnosis. Skills and knowledge concerning the work with culturally diverse patients shall be trained as well as participants' awareness regarding the importance of their cultural concepts for the therapeutic work. The aim of the RCT is the investigation of the general effectiveness of the training as well as the importance of its practical elements. This is why a design was chosen where three groups are compared: a training group, an education only group and a waiting control group.

To investigate the effectiveness of the training program, the Questionnaire on the Transcultural Competencies in Psychotherapists (TCCP) was developed and validated in

study 3. The inventory bases on the conception of transcultural competencies by Sue et al. (1992) as well as the General Factors of Psychotherapy (Grawe et al., 1994). It consists of 16 items loading on the subscales *Skills*, *Challenges-Therapist* and *Challenges-Relationship*. Reliability of the subscales was acceptable and factor structure was confirmed by a confirmatory factor analysis with good model fit. Correlations with the Big-Five-Inventory-10 (Rammstedt & John, 2007) as well as the Multicultural Counseling Inventory (Sodowsky et al., 1994) support the discriminant und convergent validity of the TCCP.

All in all the current dissertation shows that existing cultural differences in illness and concepts relevant to therapy between culturally different patients need to be addressed in psychotherapy. This can happen throughout the training of transcultural competencies in psychotherapists. In the future training like the one presented in this dissertation should be developed and provided nationwide. Especially in psychotherapeutic training workshops on the transcultural competencies should be common practice.

Theoretischer und empirischer Hintergrund

Migration, Flucht und psychische Belastung

Aktuell sind so viele Menschen auf der Flucht, wie seit Jahrzehnten nicht mehr: weltweit waren es im Jahr 2015 über 65 Mio. (UNHCR, 2016). Allein in Deutschland wurden 2016 über 700.000 Asyl-Erstanträge gestellt, im Gegensatz zu durchschnittlich rund 167.000 Asyl-Erstanträgen in den Jahren 2011 bis 2015 (BAMF, 2017). Doch nicht nur durch die hohe Anzahl Geflüchteter, sondern auch durch Globalisierung und Migrationsströme verändert sich die Bevölkerungszusammensetzung in Europa stetig. In europäischen Ländern leben derzeit 76 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, in den Vereinigten Staaten sind es 47 Mio. (United Nations, 2016). Damit nehmen Personen mit Migrationshintergrund einen steigenden Anteil in der Bevölkerung ein und stellen auch die nationalen Gesundheitssysteme vor neue Herausforderungen. Der Behandlungsbedarf bei den Betroffenen ist groß (Fazel et al., 2005). Dies ist zum einen bedingt durch die besonderen Belastungen, die durch Flucht- und Migrationserfahrungen entstehen, wie beispielsweise Unsicherheit, Gewalt, Festnahmen, Kidnapping und das Erleben anderer potenziell traumatisierender Situationen (Wells et al., 2016). Zum anderen durch Erfahrungen im Ankunftsland wie die Trennung von Heimat und Familie (Wilmsen, 2013), Diskriminierung (Correa-Velez et al., 2010), den Verlust des sozialen Status (Wells et al., 2016) und soziale Isolation (Mollica et al., 2001). Begegnungen, bei denen Patient und Behandler nicht denselben kulturellen Hintergrund haben, nehmen in der psychosozialen Versorgung dementsprechend stetig zu.

Versorgungssituation von Migranten und Geflüchteten in Deutschland

Obwohl der Anteil an Patienten aus anderen Kulturen in der psychosozialen Versorgung wächst, wird dieses Klientel nur ungenügend über Versorgungsmöglichkeiten aufgeklärt und in der Regelversorgung nicht ausreichend berücksichtigt (Lindert et al., 2008; Mösko, Pradel & Schulz, 2011). Ein geringer ausgeprägtes Inanspruchnahmeverhalten bei diesen Patienten (Lamkaddem et al., 2014) verschlechtert die Versorgungssituation zusätzlich. Höhere Abbrecherquoten (Gaitanides, 2001) und geringere Therapieerfolge (Mösko, Baschin, Längst & von Lersner, 2012; Mösko et al., 2011) bei Patienten aus anderen Kulturen sprechen außerdem dafür, dass die Passung zwischen Therapieangebot und Patientengruppe unzureichend ist. Ursächlich dafür können auf Seiten der Patienten Misstrauen und Ängste vor Stigmatisierung und anderer negativer Folgen sein. Auf Behandlerseite scheinen vor allem ein Mangel an Sensibilität für kulturelle Unterschiede, eine eher ethnozentristische

Sichtweise und Vorurteile eine effektive Zusammenarbeit zu erschweren (Gaitanides, 2001; Schouler-Ocak, Haasen & Heinz, 2008; van Keuk, Ghaderi, Joksimovic & David, 2011). So ergab eine Befragung an niedergelassenen Psychotherapeuten, dass vor allem divergierende Wertevorstellungen und Krankheitskonzepte sowie sprachliche Barrieren als Herausforderungen in der Therapie mit Patienten aus anderen Kulturen gesehen werden (Odening, Jeschke, Hildebrand & Mösko, 2013). Mewes, Kowarsch, Reinacher und Nater (2016) stellten zudem fest, dass auch Befürchtungen von zeitlichem und formalem Mehraufwand, unsicherer Kostenübernahme sowie die Arbeit mit Sprachmittlern von Psychotherapeuten als abschreckend wahrgenommen würden.

Diese Befunde legen nahe, dass Psychotherapie kulturell eingebettet ist und vornehmlich in dem kulturellen Kontext wirkt, in dem sie entwickelt wurde. Um effektiv zu sein, muss eine gewisse Kongruenz bestehen zwischen dem (kulturellen) Verständnis von Denken, Fühlen und Verhalten der Patienten und dem Therapiekonzept des Therapeuten (Benish, Quintana & Wampold, 2011). Verschiedene Studien belegen zwar generell eine potenzielle Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie bei Patienten aus anderen Kulturen (z.B. Droždek, Kampermann, Tol, Knipscheer & Kleber, 2014). Wird die Psychotherapie hingegen kulturell angepasst, indem z.B. kulturspezifischer Werte und Konzepte in die Therapie integriert werden, zeigen sich deutlich höhere Effektstärken für die Wirksamkeit als bei Interventionen, die kulturell nicht adaptiert sind (Benish et al., 2011; Griner & Smith, 2006). Um im Sinne einer „kulturellen Öffnung“ die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation von Migranten in Deutschland zu verbessern, wurden bereits entsprechende Rahmenbedingungen in den sogenannten „Sonnenberger Leitlinien“ festgelegt (Machleidt, Salman & Calliess, 2002).

Kulturelle Unterschiede und psychische Störungen

Es existieren zahlreiche kulturvergleichende Studien, die Unterschiede bzgl. des Symptomausdrucks, der subjektiven Krankheitsmodelle und der Vorstellungen über medizinische und psychotherapeutische Behandlungen bei Patienten unterschiedlicher Herkunft belegen (Abubakari et al., 2013; Kim, Pavlish, Evangelista, Kopple & Phillips, 2012; Popov, Heruti, Levy, Lulav-Grinwald & Bar-Sela, 2014). So nennen türkische Migranten in Deutschland externale Ursachen für ihre psychische Erkrankung (wie z.B. Gottes Wille) wesentlich häufiger als einheimische Patienten (Franz et al., 2007; Reich, Bockel & Mewes, 2015). Auch scheinen beispielsweise im Persönlichkeitsverständnis

afrikanischer Kulturen (v.a. West- und Zentralafrikas) Psyche und Körper nicht von einander abgrenzbar zu sein, sodass die Äußerung spezifischer körperlicher Symptome (wie z.B. Hitze- und Schweregefühle in Kopf und Schulter) implizit mit spezifischen Emotionen (z.B. Angst oder Depressivität) verknüpft sind. Kulturelle Unterschiede bzgl. psychischer Störungen erklären sich dadurch, dass „Kultur“ – also der soziokulturelle und politische Kontext genauso wie das spezifische Gesundheitssystem – nicht nur jeden Aspekt der psychosozialen Versorgung formt (Kirmayer, 2006), sondern auch die Werte, Überzeugungen und Praktiken im Umgang mit der Erkrankung der Patienten (Betancourt & Lopez, 1993). Eine nicht-Berücksichtigung kulturspezifischer Ausdrucksmuster führt beispielsweise bei der Erfassung körperlicher Symptome im Rahmen von Depressionen, Angststörungen oder psychosomatischen Erkrankungen zu Missverständnissen und Fehldiagnosen (Glaesmer, Brähler & von Lersner, 2012). Neben kultursensitiver Psychotherapie ist also auch eine kulturelle Adaption in der Diagnostik notwendig, um eine effektive Behandlung von Patienten aus anderen Kulturen zu gewährleisten. In beiden Fällen spielen transkulturelle Kompetenzen auf Seiten der Therapeuten und Diagnostiker eine zentrale Rolle.

Transkulturelle Kompetenzen (Definition und Modelle)

Für transkulturelle Kompetenzen existieren verschiedenste Definitionen und Konzeptionen (Steinhäuser, Martin, von Lersner & Auckenthaler, 2014; Sue, Zane, Nagayama Hall & Berger, 2009). Schon bei der Terminologie wird deutlich, wie wenig Einigkeit im Forschungsfeld in Bezug auf dieses Konzept herrscht: transkulturell, interkulturell, multikulturell und kultursensitiv sind nur einige der verwendeten Begrifflichkeiten. Dies führt nicht nur zu Verwirrung, sondern wirft auch die Frage auf, in wieweit dasselbe Konstrukt beschrieben und untersucht wird (Ridley, Mendoza, Kanitz, Angermeier & Zenk, 1994; Steinhäuser et al., 2014). Im deutschen Sprachgebrauch dominierte lange der Begriff der *interkulturellen* Kompetenzen. Dieser wird aber mehr und mehr durch *transkulturelle* Kompetenzen ersetzt, ein Begriff, der die Vermischung von Kulturen und die Auflösung kultureller Grenzen berücksichtigt (Welsch, 1999). Um dem Rechnung zu tragen, wird in dieser Arbeit der Ausdruck „transkulturelle Kompetenzen“ verwendet.

Steinhäuser und Kollegen (2014) identifizierten drei verschiedene Ansätze zur Konzeption von transkulturellen Kompetenzen in Psychologie, Medizin und angrenzenden Disziplinen (wie Sozial- und Kulturwissenschaften): den *technologischen Ansatz*, den *Komponentenansatz* sowie den *Haltungs- und Einstellungsansatz*. Der *technologische Ansatz*

vereint Definitionen, die Kultur gleichsetzen mit Nation oder Ethnie und davon ausgehen, dass transkulturelle Kompetenzen vor allem über eine Vermittlung von Wissen über Kulturstandards und Handlungskompetenzen verbessert werden können. Der *Komponentenansatz* versteht transkulturelle Kompetenzen dagegen als komplexer und aus verschiedenen Teilkompetenzen bestehend. Der *Haltungs- und Einstellungsansatz* geht noch weiter und postuliert, dass transkulturelle Kompetenzen einer inneren Haltung entsprechen, die nicht antrainiert, sondern nur durch lebenslange Lernprozesse erworben werden kann.

Die Arbeiten von Sue und Kollegen (1982) und Sue, Arredondo und McDavis (1992) waren die ersten Definitionen transkultureller Kompetenzen in der Psychologie und sind bis heute etabliert und gut untersucht. Die Autoren postulieren drei Komponenten von transkulturellen Kompetenzen (Komponentenansatz): (1) Bewusstsein für Einstellungen/Überzeugungen zu anderen Kulturen (*awareness of attitudes/beliefs*), (2) Wissen über andere Kulturen (*knowledge*) und (3) Fähigkeiten im Umgang mit Personen aus anderen Kulturen (*skills*). Unter dem Bewusstsein für Einstellungen /Überzeugungen verstehen die Autoren zum einen die Fähigkeit, den Einfluss der eigenen kulturellen Prägung auf Bewertungsprozesse und Handlungen zu reflektieren. Vorhandene Stereotype bzgl. der kulturellen Herkunft des Patienten sollen bewusst gemacht werden, um eine positive und offene Haltung zu ermöglichen. Die Komponente Wissen umfasst neben Wissen über Besonderheiten der jeweiligen kulturellen Gruppe (z.B. in Bezug auf Traditionen, Regeln und Bräuche) auch Wissen über kulturspezifische Symptome und Werte sowie Wissen zu Barrieren, die ethnischen Minderheiten den Zugang zu medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung erschweren. Die Komponente Fähigkeiten beinhaltet die Fähigkeit adäquate und kulturell angepasste Interventionen anzuwenden. Eine Veranschaulichung, wie diese Komponenten in der Psychotherapie zum Ausdruck kommen können, findet sich in Abbildung 1. Für einen ausführlichen Überblick zu den verschiedenen Definitionen transkultureller Kompetenzen wird auf Sue und Kollegen (2009) verwiesen.



Abbildung 1. Komponenten transkultureller Kompetenzen in der Psychotherapie (adaptiert nach Mösko, 2012).

Messinstrumente transkultureller Kompetenzen

Die beschriebene Heterogenität im Verständnis von transkulturellen Kompetenzen hat erhebliche Auswirkungen auf die Operationalisierung des Konstrukts. Dies zeigt sich besonders darin, dass bestehende Messinstrumente z.T. unterschiedliche Facetten transkultureller Kompetenzen erfassen. Die am weitesten verbreiteten sind das Multicultural Counseling Inventory (MCI; Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994), der Multicultural Awareness-Knowledge-and-Skills Survey (MAKSS; D'Andrea, Daniels & Heck, 1991) und seine überarbeitete Version MAKSS-CE-R (Kim, Cartwright & Asay, 2003) sowie die Multicultural Counseling Knowledge and Awareness Scale (MCKAS; Ponterotto, Rieger, Barrett & Sparks, 1994). All diese Inventare wurden zwar auf der Grundlage des Konzepts von Sue und Kollegen (1982) entwickelt, variieren aber in Hinblick auf die Art der Entwicklung sowie die Art der Items. Ihre Reliabilität ist zumeist gut, bezüglich der

Konstruktvalidität zeigt sich jedoch ein sehr heterogenes Bild und Belege für Kriteriumsvalidität sind rar (Ponterotto et al., 1994). Besonders problematisch ist dabei, dass gleich benannte Skalen unterschiedliche Konstrukte oder zumindest unterschiedliche Aspekte desselben Konstrukts zu messen scheinen (Kocarek, Talbot, Batka & Anderson, 2001; Ponterotto et al., 1994; Pope-Davis & Dings, 1994). Zudem beziehen sie sich inhaltlich auf den soziokulturellen und politischen Kontext Nordamerikas, wo sie entwickelt wurden, und machen eine Anpassung an die Gegebenheiten in europäischen Ländern notwendig (Dunn, Smith & Montoya, 2006; Qureshi et al., 2008). Für Deutschland existiert aktuell nur das Inventar zur Erfassung interkultureller Kompetenzen bei Mitgliedern des Gesundheitssystems (IKG-27; Bernhard et al., 2015). Dieser Fragebogen, erfasst transkulturelle Kompetenzen anhand von fünf Facetten (interkulturelle Motivation, interkulturelle Einstellungen, interkulturelle Fertigkeiten, interkulturelles Wissen/Bewusstsein und interkulturelle Emotionen/Empathie), wurde aktuell aber noch nicht ausreichend validiert.

Transkulturelle Kompetenzen als Bestandteil in der psychotherapeutischen Ausbildung

Aktuell wird die Förderung transkultureller Kompetenzen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung in Deutschland kaum berücksichtigt (Möske et al., 2012). Eine Umfrage ergab, dass in über 70% der befragten Weiterbildungsinstitute transkulturelle Aspekte in der Ausbildung kaum oder gar nicht berücksichtigt werden und der Bedarf an solchen Weiterbildungsmöglichkeiten sehr hoch ist (Calliess et al., 2008).

Um die Lücke zwischen hohem Bedarf und mangelnder Berücksichtigung transkultureller Kompetenzen zu schließen, ist die Entwicklung von evaluierten Trainings dringend notwendig. Diese sollten sowohl in der psychotherapeutischen Ausbildung als auch für die Weiterbildung zu späteren Zeitpunkten eingesetzt werden. Obwohl bereits entsprechende Leitlinien formuliert wurden (von Lersner, Baschin, Wormeck & Möske, 2016), fehlt es an solchen evaluierten Trainings zur Verbesserung transkultureller Kompetenzen für Psychotherapeuten in Deutschland. Für die wenigen vorhandenen Weiterbildungsangebote und Trainings gilt eine ähnliche Problematik wie für Messinstrumente transkultureller Kompetenzen: sie stammen hauptsächlich aus dem anglo-amerikanischen Raum und sind inhaltlich an das dortige Gesundheitssystem und die dominierenden Minderheitengruppen (Afroamerikaner, Hispanoamerikaner) angepasst (Beach et al., 2005). Um diese Programme im europäischen Raum einsetzen zu können, wäre daher eine Adaption dringend erforderlich (Qureshi et al., 2008). Sie beruhen fast durchgängig auf den von Sue und Kollegen (1982) postulierten Komponenten transkultureller Kompetenzen „Fähigkeiten“, „Bewusstsein für

Einstellungen/Überzeugungen“ und „Wissen“ und haben sich als effektiv erwiesen (Beach et al., 2005). Obwohl also in Bezug auf Inhalte eine Adaption notwendig ist, können die Komponenten transkultureller Kompetenzen als wichtige Eckpfeiler für die Entwicklung transkultureller Trainings in Deutschland dienen. Leider wurden die meisten Programme bisher nicht ausreichend evaluiert (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding & Normand, 2003). Eines der wenigen in Deutschland existierenden Trainings wurde von von Lersner, Dingoyan, Baschin, und Mösko (2014) entwickelt, konnte bisher jedoch ebenfalls noch nicht ausreichend evaluiert werden.

Darstellung des Dissertationsvorhabens und Herleitung der Fragestellung

Deutschland ist ein Einwanderungsland, in dem mit 21% ein substantieller Anteil der Bevölkerung einen Migrationshintergrund besitzt (Statistisches Bundesamt, 2015). Durch die starken Flüchtlingsbewegungen der letzten Jahre wird diese Zahl weiter steigen. Auch im Gesundheitssystem treffen immer mehr Personen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen aufeinander. Bedeutsam für die (psychotherapeutische) Behandlung ist dabei insbesondere, dass deutliche Unterschiede im Symptomausdruck sowie in den subjektiven Krankheitsmodellen zwischen Personen aus unterschiedlichen Kulturkreisen bestehen (Benish et al., 2011; Glaesmer et al., 2012).

In Bezug auf subjektive Krankheitsmodelle konnten beispielsweise Unterschiede in den Ursachenannahmen zwischen türkischen und deutschen Patienten gefunden werden (Franz et al., 2007). Es ist anzunehmen, dass solche Unterschiede stärker auftreten, je mehr sich die politischen und soziokulturellen Systeme sowie die Gesundheitssysteme von Gesellschaften unterscheiden. Da Iran und Deutschland diesbezüglich sehr unterschiedlich aufgebaut sind, ist zu vermuten, dass auch in Bezug auf Krankheitsmodelle Unterschiede auftreten. Eine Untersuchung von Patienten aus diesen beiden Kulturkreisen ergänzt nicht nur die bisher lückenhafte Forschung, sondern kann auch wichtige Aufschlüsse darüber bieten, auf welche Besonderheiten in der Therapie auf Patientenseite eingegangen werden muss.

Kulturelle Unterschiede im subjektiven Krankheitskonzept haben einen nicht unerheblichen Einfluss auf den psychotherapeutischen Prozess und können eine effektive therapeutische Zusammenarbeit erschweren (Reich et al., 2015). Für ihre angemessene Berücksichtigung sind transkulturelle Kompetenzen auf Seiten der Psychotherapeuten notwendig. In der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung werden diese aktuell leider nicht standardmäßig berücksichtigt und auch an gut evaluierten Trainingsprogrammen zur Förderung transkultureller Kompetenzen mangelt es im deutschsprachigen Raum (Möske et al., 2012). Es stellt sich also die Frage, wie ein Training aussehen sollte, um transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten zu fördern.

Eine zusätzliche Schwierigkeit bei der Entwicklung und Evaluation von Trainingsprogrammen entsteht durch den Mangel an validierten deutschsprachigen Messinstrumenten zur Erfassung transkultureller Kompetenzen in der Psychotherapie. Die bestehenden Inventare beziehen sich zudem entweder auf den soziokulturellen und politischen Kontext Nordamerikas oder sind nicht spezifisch an den psychotherapeutischen Kontext angepasst (Dunn et al., 2006). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Entwicklung und

Validierung eines ökonomischen und validen Messinstruments zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten, welches zur Evaluation von Trainingsprogrammen in Deutschland eingesetzt werden kann.

Zusammenfassend ergeben sich für die vorliegende Dissertation die folgenden Fragestellungen:

- I. Gibt es Unterschiede bei Facetten des Krankheitsmodells zwischen Patienten aus Iran und Deutschland? (Studie 1)
- II. Welche Inhalte sollte ein Trainingsprogramm zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten haben und wie kann eine Evaluationsstudie konzipiert werden? (Studie 2)
- III. Wie lassen sich transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten valide und reliabel erfassen? (Studie 3)

Zusammenfassung der Studien

Studie 1: Ein Vergleich von Krankheitsmodellen bei Patienten mit psychischen Störungen aus Iran und Deutschland.

Quelle. Reichardt, J., Ebrahimi, A., Dehsorki, H. N., Mewes, R., Weise, C., Afshar, H., Adibi, P., Moshref Dehkordy, S., Yeganeh, G., Reich, H., & Rief, W. (2017). Why does that happen to me? – A comparison of illness representations between Iranian and German subsamples of mental illness. Manuscript submitted at *BMC Psychology*.

Hintergrund. Psychotherapie ist kulturell eingebettet und muss, um wirksam zu sein, zu den Überzeugungen der Patienten bezüglich ihrer Krankheit kongruent sein (Benish et al., 2011). Der „kulturelle Hintergrund“ – sprich die Struktur des spezifischen Gesundheitssystems, gesellschaftliche Annahmen über eine Krankheit oder auch typische sprachliche Symptombezeichnungen – sowie individuelle Erfahrungen und Informationen von anderen beeinflussen die Entstehung von subjektiven Krankheitsmodellen und verursachen Unterschiede zwischen verschiedenen Kulturkreisen (Godoy-Izquierdo, Lopez-Chicheri, Lopez-Torrecillas, Velez & Godoy, 2007; Holliday, Wall, Treasure & Weinman, 2005; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Obgleich Einteilungen von Kulturen in abgrenzbare Kategorien (z. B. „individualistisch“ und „kollektivistisch“) zu Recht als stark vereinfachend kritisiert wurden und mittlerweile als veraltet gelten, ist eine Form von Kategorisierung erforderlich, um Unterschiede bzgl. subjektiver Krankheitsmodelle von Personen zu untersuchen, die aus sehr verschiedenen Gesellschaften stammen (z.B. in Bezug auf Religion, politischem und sozialem System) (Genkova, 2012). Nur auf diese Weise können die Bedürfnisse verschiedenster Patientengruppen, die im Gesundheitssystem eines Landes aufeinander treffen, berücksichtigt und ihre Behandlung bestmöglich angepasst werden. Ziel der vorliegenden Studie war es entsprechend, verschiedene Aspekte von subjektiven Krankheitsmodellen (wie Ursachenannahmen, emotionale Repräsentation, Kohärenzempfinden und persönliches Kontrollgefühl) bei iranischen und deutschen Patienten mit psychischen Störungen vergleichend zu untersuchen. Um die Generalisierbarkeit der Befunde zu erhöhen, wurden zusätzlich Personen mit subklinischer Symptomatik befragt.

Methode. Die Datenerhebung erfolgte parallel in Iran und in Deutschland. Es wurden Patienten mit Angststörungen und/oder Depressionen in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken (Iran $N = 87$, Deutschland $N = 90$) sowie Personen aus der

Allgemeinbevölkerung (Iran $N = 264$, Deutschland $N = 102$) mittels Fragebögen untersucht. Um sicherzustellen, dass Fragen zum Krankheitskonzept sinnvoll beantwortet werden können, wurden nur Personen aus der Allgemeinbevölkerung eingeschlossen, die mindestens eine psychische Belastung im subklinischen Bereich aufwiesen. Krankheitskonzepte wurden mithilfe des Illness Perception Questionnaires Revised (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002) erhoben. Zur Überprüfung seiner Äquivalenz wurde sowohl für die iranische als auch für die deutsche Stichprobe eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit promax Rotation) berechnet. Dabei stellte sich heraus, dass nur die Subskalen *Kohärenz*, *emotionale Repräsentation*, *persönliche Kontrolle* sowie *übernatürliche Ursachenannahmen* vergleichbare Skalenzusammensetzungen mit guter bis sehr guter interner Konsistenz ($\alpha = .82 - .95$) aufwiesen. Unterschiede bzgl. demografischer Variablen zwischen den Gruppen wurden mit t -Tests für unabhängige Stichproben bzw. χ^2 -Tests ermittelt. Zur Berechnung von Gruppenunterschieden in Bezug auf Krankheitsmodelle wurden multivariate Kovarianzanalysen (MANCOVA) berechnet, wobei jene demografischen Variablen als Kovariaten in die Analyse aufgenommen wurden, auf denen sich die Stichproben zuvor unterschieden hatten. Signifikanzniveaus der univariaten Statistiken der MANCOVAs wurden Bonferroni korrigiert, um einer Akkumulation des α -Fehlers vorzubeugen.

Ergebnisse. Sowohl bei der subklinischen Stichprobe als auch der Patientenstichprobe berichteten iranische Probanden signifikant höhere Werte in emotionaler Repräsentation (subklinische Stichprobe $F(1, 362) = 22.15, p < .001$, Patienten $F(1, 362) = 98.27, p < .001$) sowie übernatürlichen Ursachenannahmen (subklinische Stichprobe $F(1, 362) = 299.42, p < .001$, Patienten $F(1, 362) = 264.97, p < .001$). In der subklinischen Stichprobe berichteten die deutschen Probanden signifikant höhere Werte auf der Subskala Kohärenz ($F(1, 362) = 10.22, p < .01$), während in der Patientenstichprobe die Iraner signifikant höhere Werte in Kohärenz berichteten ($F(1, 362) = 36.16, p < .001$). In Bezug auf die persönliche Kontrolle ergaben sich in beiden Gruppenvergleichen keine Unterschiede (subklinische Stichprobe $F(1, 362) = .04, p = .52$, Patienten $F(1, 362) = .04, p = .24$).

Diskussion. Die Tatsache, dass iranische Probanden übernatürliche Kräfte wesentlich stärker als Ursache für ihre Belastung bzw. Erkrankung annehmen, steht im Einklang mit anderen Befunden (Franz et al., 2014) und lässt sich mit dem höheren Stellenwert von Religion und Spiritualität in Iran im Vergleich zu Deutschland erklären (Pollack & Müller, 2013; Vahabi, 2010). Das durchgehend höhere Maß an emotionaler Repräsentation in den

iranischen Stichproben geht vermutlich auf eine insgesamt höhere psychische Belastung der iranischen im Vergleich zu den deutschen Stichproben zurück. Im Gegensatz zu anderen Studien konnten keine Unterschiede in persönlicher Kontrolle festgestellt werden (Franz et al., 2007). Dies könnte mit dem insgesamt recht hohen Bildungsniveau der iranischen Stichproben zusammenhängen, welches mit mehr Einkommen und mehr subjektiver sowie tatsächlicher Kontrolle einhergeht. In Bezug auf Kohärenz widersprachen die Ergebnisse anderen Befunden, wonach Kohärenz mit weniger psychischer Belastung zusammenhängt (Eriksson & Lindstrom, 2006). Gerade die stark belastete Gruppe der iranischen Patienten wies das höchste Maß an Kohärenz auf. Dieser interessante Befund könnte auf eine kulturell andere Konzeption von Kohärenz hinweisen. Auch die Tatsache, dass nicht alle Skalen des IPQ-R in der iranischen Stichprobe abgebildet werden konnte, spricht für kulturell unterschiedliche Konzeptionen von Krankheitsmodellen und legt eine kulturelle Anpassung des IPQ-R für iranische Probanden nahe. Die Befunde von Studie 1 zeigen exemplarisch, dass Angehörige unterschiedlicher Kulturen ein unterschiedliches Verständnis von ihren psychischen Erkrankungen haben. Damit die Therapie effektiv ist, muss das subjektive Krankheitsmodell der Patienten kongruent sein zum Therapiekonzept (Benish et al., 2011). Eine transkulturell kompetente Berücksichtigung dieser Unterschiede in der Psychotherapie ist folglich notwendig.

Studie 2: Entwicklung und Studienprotokoll eines webbasierten Trainingsprogramms zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten

Quelle. Reichardt, J., von Lersner, U., Rief, W. & Weise, C. (2017). Wie lassen sich transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten steigern? Vorstellung eines webbasierten Trainingsprogramms. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 5(3), 155-165.

Hintergrund. Aufgrund von Globalisierung, Migrations- und Flüchtlingsbewegungen nehmen transkulturelle Begegnungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu. Höhere Abbrecherquoten und schlechtere Therapieergebnisse bei Patienten aus anderen Kulturen sprechen dafür, dass Psychotherapie in Deutschland nicht ausreichend an dieses Klientel angepasst ist (Machleidt, Behrens, Ziegenbein, & Calliess, 2007). Gleichzeitig wird die Schulung transkultureller Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten bisher nicht standardmäßig berücksichtigt (Möske et al., 2012). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten zu schaffen. Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung eines webbasierten Trainingsprogramms zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten sowie eines Studienprotokolls für die Evaluation des Trainings im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT).

Methode. Das Trainingsprogramm basiert auf dem theoretischen Konzept zu transkulturellen Kompetenzen von Sue und Kollegen (1992) und wurde auf Grundlage einer ausführlichen Literaturrecherche, Befragungen von Experten aus dem Forschungsfeld sowie Erfahrungsberichten von Praktikern erstellt. Es wird über ein geschlossenes Online-System zur Verfügung gestellt und besteht aus sechs Modulen. Diese enthalten Informationstexte, Fallbeispiele, alltagsbezogene Übungsaufgaben sowie Videofiles. Die Module sollen wöchentlich bearbeitet werden, wobei die Bearbeitungszeit zwischen einer und zwei Stunden pro Modul liegt. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit, aufgabenbezogenes Feedback von Trainerinnen zu erhalten. Inhaltlich werden folgende Themen behandelt: Konzepte von Kultur und transkultureller Psychotherapie, kulturelle Einflüsse auf Wahrnehmung und Bewertung, Vorurteile und Diskriminierung, Migrations- und Akkulturationsprozesse sowie kultursensitive Diagnostik und subjektives Störungsmodell. Mit einem RCT soll die Wirksamkeit des Trainingsprogramms überprüft sowie die Relevanz praktischer Übungsanteile untersucht werden. Dabei sollen 108 psychologische Psychotherapeuten

(approbiert oder in Ausbildung) randomisiert drei Gruppen zugeteilt werden: einer Trainingsgruppe (TG), einer Edukationsgruppe (EOG) und einer Wartegruppe (WG). Die TG durchläuft sechs Wochen lang das vollständige Training, während die EOG in dieser Zeit eine auf edukative Inhalte reduzierte Version des Trainings bearbeitet. Diese enthält keinerlei praktische Übungsanteile. Teilnehmer der WG warten auf den Beginn des Trainings und erhalten währenddessen keine Trainingsmaterialien. Transkulturelle Kompetenzen werden vor und nach dem Training/der Wartezeit erhoben. Eine zweite Post-Messung zwei Monate nach Beendigung des Trainings soll den Teilnehmenden die Möglichkeit geben, das Gelernte im Alltag anzuwenden. Eine Follow-up Messung sechs Monate nach Abschluss des Trainings soll die Stabilität der Effekte prüfen. Transkulturelle Kompetenzen werden erfasst über das Inventar zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (TKKP; Reichardt, von Lersner, Rief & Weise, in Vorb.) sowie der deutschen Übersetzung des Multicultural Counseling Inventory (MCI; Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994; deutsche Übersetzung von Lersner, HU Berlin; Hauptmann, 2014). Zusätzlich werden Informationen zu den aktuellen Erfahrungen der Teilnehmenden mit Patienten aus anderen Kulturen erhoben (z.B. Anteil an Patienten aus anderen Kulturen in Behandlung, Zufriedenheit und Kompetenzerleben in diesen Therapien). Zur Überprüfung des im Training erlernten Wissens werden zudem trainingsbezogene Aufgaben im multiple-choice Format bereitgestellt. Da angenommen wird, dass reine Selbstauskünfte zur Behandlung von Patienten aus anderen Kulturen anfällig für sozial erwünschte Antworttendenzen sind, werden neben direkten Fragen auch indirekte Fragen gestellt und Verhaltensmaße als Outcomes genutzt. Dabei beantworten die Teilnehmenden anhand von Fallbeispielen (z.B. Patienten mit verschiedenen kulturellen Hintergründen und unterschiedlichen Diagnosen) Fragen, z.B. ob sie einen vorgestellten (fiktiven) Fall übernehmen würden und welche Schwierigkeiten sie in der Behandlung antizipieren.

Aufgrund von Wirksamkeitsbelegen anderer webbasierter Trainingsprogramme wird ein mittlerer Effekt erwartet ($f = 0.25$, $\alpha = 0.05$, Power 80 %). Die Gruppenunterschiede sollen mit einer 3x3 multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung (MANOVA) analysiert und die Effektgrößen mit Hedges g angegeben werden.

Diskussion. Das Training ist das erste webbasierte Programm, welches transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten anspricht. Es trägt dazu bei, eine bisher stark vernachlässigte Lücke in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten zu schließen. Neben dieser besonderen Stärke, müssen auch einige Einschränkungen beachtet werden. In

Bezug auf das Trainingsprogramm ist zu bedenken, dass die Durchführung einer hohen intrinsischen Motivation bedarf, da keinerlei externe Anreize geboten werden. Dies könnte zur Folge haben, dass das Training vor allem von Personen in Anspruch genommen wird, die ohnehin ein großes Interesse und starkes Bewusstsein für das Thema haben, sodass das Training nur bedingt zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten aus anderen Kulturen beitragen könnte. Des Weiteren ist derzeit noch unklar, inwiefern der aufgabenbezogene Support auch nach Abschluss der Evaluationsstudie fortgeführt werden kann.

In Bezug auf den RCT ist zu bedenken, dass beide verwendeten Messinstrumente zur Erfassung transkultureller Kompetenzen (TKKP, MCI) im deutschsprachigen Raum bisher nicht ausreichend validiert wurden und derzeit keine Aussagen über ihre Retestreliaibilität erlauben. Auch für die eigens an die Inhalte des Trainings angepassten Verhaltensaufgaben steht eine Validierung aus. Aufgrund des Pilotcharakters der geplanten Studie sind diese Einschränkungen aber als tolerierbar zu betrachten.

Insgesamt überzeugt das Trainingsprogramm durch seine hohe zeitliche, räumliche und finanzielle Ökonomie, durch einen hohen Übungsanteil sowie eine fundierte Entwicklung und hohe praktische Relevanz. Das methodische Design wird nicht nur Aussagen über die Wirksamkeit des Trainingsprogramms erlauben, sondern auch Hinweise auf die Relevanz von praktischen Übungsanteilen liefern. Damit kann das Programm künftig zur Optimierung der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie beitragen und eine Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten aus anderen Kulturen bewirken.

Studie 3: Entwicklung und Überprüfung der Gütekriterien des Inventars zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (TKKP)

Quelle. Reichardt, J., von Lersner, U., Rief, W., & Weise, C. (2017). Development and Validation of the Questionnaire on the Transcultural Competencies of Psychotherapists (TCCP). Manuscript submitted at *The Counseling Psychologist*.

Hintergrund. Neben den mangelnden Trainings- und Fortbildungsmöglichkeiten zu transkulturellen Kompetenzen in der Psychotherapie in Deutschland, fehlt es an Messinstrumenten, um solche Programme zu evaluieren (Beach et al., 2005; Mösko et al., 2012). Vorhandene Inventare stammen mehrheitlich aus Nordamerika und sind daher an den dortigen soziokulturellen und politischen Kontext angepasst (Dunn et al., 2006). Außerdem beziehen sie sich in der Regel auf Mitarbeiter des Gesundheitssystems im Allgemeinen, wie beispielsweise der deutschsprachige Fragebogen zur Erhebung interkultureller Kompetenz in der Gesundheitsversorgung (IKG-27; Bernhard et al., 2015). Ziel der vorliegenden Studie war daher die Entwicklung und Validierung eines Messinstruments zur Erfassung transkultureller Kompetenzen speziell für den psychotherapeutischen Kontext in Deutschland.

Methode. Items für das Inventar wurden basierend auf dem Drei-Faktoren-Modell von Sue und Kollegen (1982) und Sue und Kollegen (1992) sowie Inventaren aus Nordamerika und Interviews mit Psychotherapeuten erstellt, die mit Patienten aus anderen Kulturen arbeiten. Inhaltlich orientieren sie sich außerdem an den Wirkfaktoren nach Grawe (1994). Experten aus Forschung und Praxis bewerteten den Itempool bezüglich Relevanz, Verständlichkeit und Vollständigkeit. In einer ersten Validierungsstudie (Studie I) wurden der finale Itempool (44 Items), das Multicultural Counseling Inventory (MCI; Sodowsky et al., 1994) sowie Items zu demografischen Variablen einer Stichprobe von $N = 213$ niedergelassenen Psychotherapeuten in Deutschland vorgelegt. Rekrutierung und Datenerhebung erfolgten online über Mailing-Listen der Landespsychotherapeutenkammern sowie einer freien Internetrecherche. Über einen Link in der E-Mail konnten die Teilnehmer zur Onlinestudie (Unipark Version 10.5; Questback GmbH, 2015) gelangen und dort ihr informiertes Einverständnis geben. Die Stichprobe war im Mittel 43.6 Jahre alt ($SD = 11.6$), überwiegend weiblich (71.8%) und 23% der Befragten hatte einen Migrationshintergrund. Es wurden eine Maximum Likelihood Analyse, Item- und Reliabilitätsanalysen sowie Korrelationen mit dem MCI zur Prüfung der konvergenten Validität berechnet. In einer weiteren Studie (Studie II) wurde das Prozedere an einer zweiten Stichprobe ($N = 195$) wiederholt. Die Befragten waren im Mittel 51.6

($SD = 11.2$) Jahre alt, überwiegend weiblich (74.7%) und 21.3% besaßen einen Migrationshintergrund. Es wurde zusätzlich das Big Five Inventory-10 (BFI-10; Rammstedt & John, 2007) erhoben. Neben einer konfirmatorischen Faktorenanalyse wurden Korrelationen mit dem MCI zur Prüfung der konvergenten und Korrelationen mit dem BFI-10 zur Prüfung der diskriminanten Validität berechnet.

Ergebnisse. Studie I: Der Bartlett's Test auf Sphärizität ($p < .001$) sowie der Kaiser-Meyer-Olkin Test (.76) bestätigten, dass die Inter-Item-Korrelationen die Voraussetzungen für die Berechnung einer Maximum Likelihood Analyse erfüllten. Sowohl Parallelanalyse als auch Eigenwertverlauf und theoretische Überlegungen legten die Extraktion von drei Faktoren nahe. 28 Items mussten aufgrund von Doppelladungen oder niedrigen Faktorladungen ($< .32$) ausgeschlossen werden. Der finale Fragebogen bestand aus 16 Items, die 43.3% Varianz aufklärten. Nach inhaltlicher Sichtung der gemeinsam ladenden Items wurden die drei Faktoren *Fähigkeiten* (7 Items), *Herausforderungen-Therapeut* (5 Items) und *Herausforderungen-Beziehung* (4 Items) genannt. Die Item-Skala-Interkorrelationen schwankten zwischen .32 und .59. Cronbach's α lag zwischen .69 (*Herausforderungen-Beziehung*) und .74 (*Fertigkeiten*). Korrelationen der Subskalen des TKKP und der Subskalen des MCI korrelierten im niedrigen bis mittleren Bereich ($-.42 \leq r \leq .51$). Studie II: Der Mardia-Test zeigte an, dass die Voraussetzung der multivariaten Normalverteilung nicht erfüllt war (C.R. = 4.80), weswegen eine Bollen-Stine-Bootstrap-Korrektur vorgenommen wurde. Die konfirmatorische Faktorenanalyse konnte die Drei-Faktoren-Struktur des TKKP bestätigen. Die Daten zeigten demnach mit $\chi^2(101) = 115.6, p = .387, CFI = .97, TLI = .96$ und $RMSEA = .03$ einen guten Model-Fit. Die Korrelationen der TKKP-Subskalen korrelierten mit den MCI-Subskalen in vergleichbarem Ausmaß wie in Studie 1. Mit den Subskalen des BFI-10 ergaben sich ebenfalls kleine bis mittlere Korrelationen ($-.20 \leq r \leq .30$). In beiden Studien korrelierten die Subskalen *Herausforderungen-Therapeut* und *Herausforderungen-Beziehung* mittel bis hoch (.44 - .72).

Diskussion. Die in Studie I gefundene Drei-Faktoren-Struktur konnte in Studie II mit gutem Model-Fit der Daten bestätigt werden. Im Gegensatz zu anderen Messinstrumenten transkultureller Kompetenzen konnten neben einer *Fähigkeiten*-Skala zwei *Herausforderungs*-Skalen identifiziert werden. Die Korrelationen mit dem MCI fielen erwartungsgemäß aus: *TKKP-Fähigkeiten* korrelierte positiv mit *MCI-Fähigkeiten*, *MCI-Wissen* und *MCI-Bewusstsein*. Beide *Herausforderungs*-Skalen korrelierten negativ mit allen

MCI-Subskalen. Dass die Wahrnehmung von mehr Schwierigkeiten in der Therapie mit Patienten aus anderen Kulturen mit weniger transkulturellen Fähigkeiten, Wissen und Bewusstsein einhergeht, ist ebenfalls nachvollziehbar. Diese Befunde sprechen für die konvergente Validität des TKKP. Auch die durch Korrelationen mit dem BFI-10 gemessene diskriminante Validität konnte bestätigt werden. Die interne Konsistenz der drei Subskalen kann als akzeptabel bewertet werden. Bei neu entwickelten Messinstrumenten ist ein solches Ergebnis nicht unüblich (DeVellis, 2016). Die Tatsache, dass die Subskala *Fähigkeiten* nur gering oder gar nicht mit den beiden *Herausforderungs*-Skalen korreliert, ist dagegen überraschend und macht weiterführende Validierungsuntersuchungen notwendig. Das TKKP leistet einen wichtigen Beitrag, indem es zur Evaluation von Trainings transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten eingesetzt werden kann. Bisher ist es das einzige Inventar, welches Aspekte von transkulturellen Kompetenzen und psychotherapeutischen Prozessen vereint.

Diskussion

Die vorliegende Dissertation behandelt kulturelle Unterschiede von Krankheitsmodellen sowie transkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie.

In Bezug auf die erste Fragestellung (Studie 1) konnten Unterschiede im Krankheitsmodell nicht nur zwischen iranischen und deutschen Patienten sondern auch zwischen subklinisch belasteten, iranischen und deutschen Personen aus der Allgemeinbevölkerung festgestellt werden. Diese bezogen sich auf die emotionale Repräsentation der Erkrankung bzw. Beschwerde, übernatürliche Ursachenannahmen und Kohärenzempfinden. In Bezug auf übernatürliche Ursachenannahmen und emotionale Repräsentation gaben Iraner höhere Werte an als Deutsche. Die Tatsache, dass die Ergebnisse im Vergleich von Patienten und im Vergleich von Personen aus der (subklinisch belasteten) Allgemeinbevölkerung in dieselbe Richtung wiesen, unterstützt deren Relevanz und Generalisierbarkeit. Für persönliches Kontrollempfinden ergaben sich dagegen in allen Stichproben keine Unterschiede. In Bezug auf Kohärenz zeigten sich unerwartete Ergebnisse: Entgegen anderer Befunde, wonach Kohärenz mit weniger psychischer Belastung zusammenhängt (Eriksson & Lindstrom, 2006), wies gerade die stark belastete Gruppe der iranischen Patienten das höchste Maß an Kohärenz auf. Dieser interessante Befund könnte auf eine kulturell andere Konzeption von Kohärenz hindeuten. Auch die Tatsache, dass sich nicht alle Subskalen des IPQ-R in der iranischen Stichprobe finden ließen, weist darauf hin, dass sich Krankheitsmodelle im persischen Kulturkreis anders abbilden als im deutschen Kulturkreis.

Studie 2 beschäftigte sich mit der Frage, wie ein Trainingsprogramm zur Steigerung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten konzipiert und evaluiert werden könnte. Um Erreichbarkeit und Ökonomie zu erhöhen, wurde das Trainingsprogramm für die Nutzung im Internet konzipiert. Trainingsinhalte wurden in Kooperation mit erfahrenen Experten aus Forschung und Praxis erarbeitet. Dabei wurde der Fokus besonders auf praktische Übungen zur Selbstreflexion gelegt, da sich gezeigt hat, dass eine Reduktion von Vorurteilen und eine Bewusstmachung der eigenen kulturellen Prägung zu einer Verbesserung transkultureller Kompetenzen beitragen können (van Keuk et al., 2011). Da Unterschiede im Störungsmodell einen großen Einfluss auf den Therapieerfolg haben (Benish et al., 2011), wurden Krankheitsmodelle im Trainingsprogramm ebenfalls berücksichtigt. Das Studiendesign zur Wirksamkeitsprüfung des Trainingsprogramms ermöglicht neben Aussagen zur allgemeinen Wirksamkeit sowie der Beständigkeit der Effekte auch Erkenntnisse über die Relevanz der

praktischen Übungsanteile, die im Vergleich zu einer reinen Informationsvermittlung gewonnen werden sollen.

Bezüglich der dritten Fragestellung lieferte Studie 3 erste Hinweise auf die Reliabilität und Validität des Inventars zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (TKKP). Die Subskalen des TKKP erreichten eine akzeptable und für ein neu entwickeltes Messinstrument übliche Reliabilität (DeVellis, 2016). Der gute Model-Fit unterstützte seine Konstruktvalidität und die niedrigen Korrelationen mit dem Big Five Inventory-10 sprachen für seine diskriminante Validität. Die Subskalen des TKKP korrelierten erwartungsgemäß mit den Subskalen des MCI, sodass die konvergente Validität des TKKP angenommen werden kann.

Stärken und Einschränkungen

Bei Studie 1 handelt es sich um die erste kulturvergleichende Studie, die sich mit Unterschieden im Krankheitsmodell von iranischen und deutschen Personen mit psychischen Störungen bzw. Belastungen befasst. Die Ergebnisse deuten an, dass kulturelle Unterschiede besonders in Bezug auf Ursachenannahmen auftreten. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass ein querschnittliches Design verwendet wurde und damit keine Kausalitätsaussagen getroffen werden können. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Äquivalenz der Messmethoden in Bezug auf den IPQ-R eingeschränkt ist, da dieser noch nicht im Hinblick auf seine Kultursensitivität untersucht bzw. an die persische Kultur angeglichen wurde. Um dieser Problematik Rechnung zu tragen führten wir im Vorfeld der Analysen eine exploratorische Faktorenanalyse durch und schlossen nur vergleichbare Subskalen (d.h. gleiche Item-Komposition und mindestens gute Reliabilität) in die Analysen mit ein. Idealerweise sollten aber im Vorfeld auf Äquivalenz geprüfte Inventare für die Durchführung einer solchen Studie verwendet werden. Mewes und Kollegen (2010) konnten für das Depressivitäts- und Somatisierungsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) bereits Messäquivalenz nachweisen.

Das in Studie 2 entwickelte Trainingsprogramm zeichnet sich durch seine hohe finanzielle und zeitliche Ökonomie sowie Flexibilität in der Bearbeitung aus. Die Möglichkeit von Feedback durch Trainerinnen kann außerdem die Verbindlichkeit und den Trainingserfolg erhöhen. Allerdings fordert es von den Teilnehmenden ein hohes Maß an intrinsischer Motivation. Es besteht daher die Möglichkeit, dass vor allem Personen angesprochen werden, die ohnehin Interesse an dem Thema haben und das Programm damit weniger zur

Verbesserung der Versorgung von Patienten aus anderen Kulturen beitragen kann als erhofft. Die geplante Evaluationsstudie zeichnet sich dadurch aus, dass die Messung transkultureller Kompetenzen nicht nur direkt über Selbstauskunftsfragebögen erfolgt, sondern auch indirekt über Verhaltensmaße in Bezug auf Fallbeispiele. Damit wird der Gefahr von Verzerrungen durch sozial erwünschte Antworttendenzen Rechnung getragen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die verwendeten Fragebögen noch nicht ausreichend validiert sind. Auch die anderen verwendeten Aufgabentypen sind speziell für dieses Training entwickelt worden, womit eine Validierung noch aussteht. Aufgrund des Pilotcharakters der Studie können diese Einschränkungen als vertretbar eingeschätzt werden.

Bei dem in Studie 3 entwickelten TKKP handelt es sich um einen Fragebogen, der sich erstmalig neben Facetten von transkulturellen Kompetenzen im Allgemeinen auch auf Aspekte des therapeutischen Prozesses konzentriert. Da im deutschsprachigen Raum bisher nur ein weiterer Fragebogen zur Messung interkultureller Kompetenz bei Mitarbeitern des Gesundheitssystems existiert (IKG-27; Bernhard, 2015), schließt das TKKP eine Forschungslücke, die bislang wenig Beachtung gefunden hat. Mit seinen 16 Items ist es zudem sehr ökonomisch. Da es sich beim TKKP um ein Selbstauskunftsinstrument handelt, ist allerdings nicht auszuschließen, dass es zu Verzerrungen aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten kommen kann. Constantine (2002) diskutiert daher, ob Selbstauskunftsfragebögen zu transkulturellen Kompetenzen eher transkulturelle Selbsteffizienz messen als tatsächliches transkulturelles Verhalten. Um diesem Problem entgegenzuwirken, schlagen Dunn und Kollegen (2006) einen multimodalen Ansatz vor, bei dem Patienten- und Supervisoreneinschätzungen miteinbezogen werden.

Perspektiven

Für die Psychotherapie ergeben sich aus dieser Dissertation verschiedene Implikationen und Ansatzpunkte für Forschung und klinische Praxis. Kulturelle Unterschiede in Wahrnehmung und Bewertung der psychischen Störung der Patienten sollten erfragt und berücksichtigt werden, um eine effektive Behandlung zu ermöglichen (Benish et al., 2011). Gleichzeitig birgt eine Überfokussierung von Unterschieden zwischen Patient und Therapeut die Gefahr der Stereotypisierung. Befunde aus kulturvergleichender Forschung (wie Studie 1) könnten dazu verleiten auf alle Mitglieder einer kulturellen Gruppe übergeneralisierend angewendet zu werden, ohne sie im Einzelfall zu prüfen. Tatsächlich entstehen Missverständnisse und Fehlkommunikation aber häufig nicht aufgrund *kultureller* Unterschiede im eigentlichen

Sinne (wobei hier *Kultur* mit *Ethnie* gleichgesetzt wird), sondern aufgrund von Unterschieden auf anderen Ebenen wie bspw. des Milieus, der politischen Einstellung oder der Religion. Diese sogenannte „Kulturfrage“ führt zu einer Überbewertung kultureller Unterschiede, fördert Vorurteile und erschwert eine gemeinsame Arbeit (van Keuk et al., 2011). Auch in Bezug auf ein Training transkultureller Kompetenzen zeigte sich schnell, dass Wissensvermittlung in Bezug auf Besonderheiten, Bräuche etc. verschiedenster Kulturen eher kontraproduktiv und vor allem nie erschöpfend sein kann. Aufgrund dieser Erkenntnisse lag bei der Entwicklung des Trainingsprogramms (Studie 2) der Fokus vor allem auf dem Therapeuten und weniger auf dem Patienten. Eine Schulung des Therapeuten im Umgang mit „Fremdem“ (aufgrund welcher Unterschiede auch immer) und die Etablierung einer offenen Haltung sowie einer ständigen Reflexion über Vorurteile erwies sich als weitaus vielversprechender. Dennoch kann vorhandenes Wissen über kulturelle Unterschiede und vor allem Wissen darüber, dass es diese gibt, als hilfreiche Arbeitshypothese dienen, die in jedem Einzelfall zu prüfen ist. Transkulturelle Kompetenz bedeutet also auch die Balance zwischen angemessener Berücksichtigung von Unterschieden und Sensitivität für verbindende Gemeinsamkeiten, um eine gute therapeutische Beziehung als Basis für eine effektive Zusammenarbeit zu schaffen.

Das in dieser Arbeit vorgestellte Trainingsprogramm bietet einen ersten Ansatz, um dieser Problematik Rechnung zu tragen. Auf flexible und ökonomische Weise kann eine Schulung nachgeholt oder in die Ausbildung integriert werden. Dazu ist nach der Durchführung der geplanten Evaluationsstudie auch ein Vergleich zu einem face-to-face Training (z.B. von Lersner et al., 2014) sinnvoll. Sollte sich das Trainings als effektiv erweisen, wäre perspektivisch eine dauerhafte Implementierung in die Aus- und Weiterbildung wünschenswert, um Hemmungen vor der Therapie mit Patienten aus anderen Kulturen abzubauen und damit ihre Versorgung in Deutschland zu verbessern.

In Anlehnung an die Einschränkungen, die grundsätzlich an die Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten bei der Erfassung transkultureller Kompetenzen geknüpft sind (s. Studie 3), sollte künftig auf andere Messmethoden zurückgegriffen werden. Besonders Verhaltensproben bieten sich an, um tatsächliches transkulturelles Verhalten zu messen und einer Verzerrung durch soziale Erwünschtheit oder subjektive Fehleinschätzung vorzubeugen.

Grundsätzlich bleiben bezüglich der Konzeption von transkulturellen Kompetenzen einige Fragen offen. Zwar konnte das TKKP Aspekte transkultureller Kompetenzen für den psychotherapeutischen Kontext spezifizieren, eine Antwort, wie viele und welche Komponenten transkulturelle Kompetenzen ausmachen, lässt sich daraus aber nicht

erschöpfend ableiten. Künftige Forschung sollte sich auf die Spezifizierung dieser Komponenten, zum Beispiel in Bezug auf ihre Gewichtung, konzentrieren. Dadurch könnte die Qualität der Operationalisierung von transkulturellen Kompetenzen verbessert und das Forschungsfeld voran gebracht werden.

Fazit

Die vorliegende Dissertation trägt der Problematik von steigendem Bedarf und mangelnder Berücksichtigung transkultureller Kompetenzen in der Psychotherapie Rechnung. Die Relevanz von kulturellen Unterschieden im Krankheitsmodell konnte aufgezeigt werden. Diese Erkenntnis wurde bei der Entwicklung eines ökonomischen Online-Trainings zur Steigerung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten aufgegriffen und ein therapiespezifischer Fragebogen zur Erfassung transkultureller Kompetenzen entwickelt, um dieses Training evaluieren zu können. Somit leistet diese Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten aus anderen Kulturen, indem das Thema bewusst gemacht, Hemmungen abgebaut und Kompetenzen im Umgang mit kultureller Andersartigkeit geschult werden. In Bezug auf Psychotherapie können transkulturelle Kompetenzen nicht nur bei der Arbeit mit Patienten aus anderen Kulturen relevant sein. Tatsächlich sind es Kernkompetenzen, die einen Gewinn für die Psychotherapie mit jedem Patienten darstellen. Sie sind immer dann von Bedeutung, wenn sich die Kontexte, aus denen Patient und Behandler stammen, unterscheiden – sei es z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung oder politische Einstellung. Ihre Berücksichtigung in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung kann die Qualität von Psychotherapie daher auf verschiedenen Ebenen verbessern.

Literatur

- Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Anderson, J., Devendra, D. & Naderali, E. K. (2013). Ethnic differences and socio-demographic predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes. *International Journal of General Medicine*, 6, 617-628. doi:10.2147/IJGM.S46649
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 68-79. doi:10.1016/s0749-3797(02)00657-8
- BAMF. (2017). Aktuelle Zahlen zu Asyl – Ausgabe Mai 2017. Retrieved from <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-mai-2017.html?nn=7952222>
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., . . . Bass, E. B. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4), 356.
- Benish, S. G., Quintana, S. & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *J Couns Psychol*, 58(3), 279-289. doi:10.1037/a0023626
- Bernhard, G., Knibbe, R. A., von Wolff, A., Dingoyan, D., Schulz, H. & Mosko, M. (2015). Development and Psychometric Evaluation of an Instrument to Assess Cross-Cultural Competence of Healthcare Professionals (CCCHP). *PLoS One*, 10(12), e0144049. doi:10.1371/journal.pone.0144049
- Betancourt, H. & Lopez, S. R. (1993). The Study of Culture, Ethnicity, and Race in American Psychology. *American Psychologist*, 48(6), 629-637.
- Calliess, I., Ziegenbein, M., Gosman, L., Schmauß, M., Berger, M. & Machleidt, W. (2008). Interkulturelle Kompetenz in der Facharztausbildung von Psychiatern in Deutschland: Ergebnisse einer Umfrage. *GMS - Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 25(3).
- Constantine, M. G. (2002). Predictors of satisfaction with counseling: Racial and ethnic minority clients' attitudes toward counseling and ratings of their counselors' general and multicultural counseling competence. *Journal of Counselings Psychology*, 49(2), 255.
- Correa-Velez, I., Gifford, S. M. & Barnett, A. G. (2010). Longing to belong: social inclusion and wellbeing among youth with refugee backgrounds in the first three years in Melbourne, Australia. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1399-1408. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.018

- D'Andrea, M., Daniels, J. & Heck, R. (1991). Evaluating the Impact of Multicultural Counseling Training. *Journal of Counseling and Development*, 70, 143-150.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed. Vol. 26). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Drozdek, B., Kamperman, A. M., Tol, W. A., Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. (2014). Seven-year follow-up study of symptoms in asylum seekers and refugees with PTSD treated with trauma-focused groups. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 376-387. doi:10.1002/jclp.22035
- Dunn, T. W., Smith, T. B. & Montoya, J. A. (2006). Multicultural competency instrumentation: A review and analysis of reliability generalization. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 84(4), 471.
- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376-381. doi:10.1136/jech.2005.041616
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Franz, M., Lujic, C., Koch, E., Wusten, B., Yuruk, N. & Gallhofer, B. (2007). Subjective illness beliefs of Turkish migrants with mental disorders - specific characteristics compared to german patients. *Psychiatrische Praxis*, 34(7), 332-338. doi:10.1055/s-2007-971015
- Franz, M., Salize, H. J., Lujic, C., Koch, E., Gallhofer, B. & Jacke, C. O. (2014). Illness perceptions and personality traits of patients with mental disorders: the impact of ethnicity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(2), 143-155. doi:10.1111/acps.12134
- Gaitanides, S. (2001). Zugangsbarrieren von Migrant(inn)en zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen* (pp. 181-194). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gavranidou, M. (2010). *Interkulturelle Kompetenz in der Psychotherapie: Grenzen und Chancen*. Paper präsentiert im Symposium "Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund", Berlin.
- Genkova, P. (2012). Individualismus/Kollektivismus *Kulturvergleichende Psychologie: Ein Forschungsleitfaden* (pp. 141-171). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Glaesmer, H., Brähler, E. & von Lersner, U. (2012). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. *Psychotherapeut*, 57(1), 22-28.
- Godoy-Izquierdo, D., Lopez-Chicheri, I., Lopez-Torrecillas, F., Velez, M. & Godoy, J. F. (2007). Contents of lay illness models dimensions for physical and mental diseases and implications for health professionals. *Patient Education & Counseling*, 67(1-2), 196-213. doi:10.1016/j.pec.2007.03.016
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. & Donati, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Griner, D. & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531-548.
- Hauptmann, N. J. (2014). *Training interkultureller Kompetenz in der Aus-/Fort-und Weiterbildung von Psychotherapeuten: Evaluation eines Trainingskonzepts*. (Masterarbeit).
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J. & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: a comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 50-56. doi:10.1002/eat.20056
- Kim, B. S., Cartwright, B. Y. & Asay, P. A. (2003). A revision of the multicultural awareness, knowledge, and skills survey-counselor edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 36(3), 161-181.
- Kim, Y., Pavlish, C., Evangelista, L. S., Kopple, J. D. & Phillips, L. R. (2012). Racial/Ethnic Differences in Illness Perceptions in Minority Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 39(1), 39-49.
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43, 126-144.
- Kocarek, C. E., Talbot, D. M., Batka, J. C. & Anderson, M. Z. (2001). Reliability and Validity of Three Measures of Multicultural Competency. *Journal of Counseling and Development*, 79, 486-496.
- Lamkaddem, M., Stronks, K., Devillé, W. D., Olf, M., Gerritsen, A. A. & Essink-Bot, M.-L. (2014). Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 14(1), 90.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness Representations and Coping With Health Threats (Handbook of Psychology and Health). In A. Baum, S. E. Taylor, & J.

- E. Singer (Eds.), *Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale: NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58(3-4), 123-129. doi:10.1055/s-2008-1067360
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen*. Karlsruhe: Pfizer.
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Calliess, I. T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch– psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(7), 325-331. doi:10.1055/s-2007-986192
- Machleidt, W., Salman, R. & Calliess, I. T. (2002). *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte für Deutschland und Europa*. Vortrag bei der Fachtagung Internationales Haus Sonnenberg.
- Mewes, R., Christ, O., Rief, W., Brähler, E., Martin, A. & Glaesmer, H. (2010). Sind Vergleiche im Depressions- und Somatisierungsausmaß zwischen Migranten und Deutschen möglich? *Diagnostica*, 56(4), 230-239. doi:10.1026/0012-1924/a000026
- Mewes, R., Kowarsch, L., Reinacher, H. & Nater, U. M. (2016). Obstacles and Opportunities for the Psychotherapeutic Treatment of Asylum Seekers. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66(9-10), 361-368. doi:10.1055/s-0042-111314
- Mollica, R. F., Sarajlić, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vuković, I. S. & Massagli, M. P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA*, 286(5), 546-554.
- Möske, M., Baschin, K., Längst, G. & von Lersner, U. (2012). Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung. *Psychotherapeut*, 57(1), 15-21.
- Möske, M., Pradel, S. & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54(4), 465-474. doi:10.1007/s00103-011-1245-x

- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1-16. doi:10.1080/08870440290001494
- United Nations. (2016). International Migration Report 2015. Retrieved from http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf
- Odening, D., Jeschke, K., Hildebrand, D. & Mösko, M. (2013). Stand der interkulturellen Öffnung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Berlin *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 53*-72.
- Pollack, D. & Müller, O. (2013). *Religionsmonitor. Verstehen was verbindet. Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland*. Retrieved from https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Religionsmonitor_verstehen_was_verbindet_Religiositaet_und_Zusammenhalt_in_Deutschland.pdf
- Ponterotto, J. G., Rieger, B. P., Barrett, A. & Sparks, R. (1994). Assessing Multicultural Counseling Competence: A Review of Instrumentation. *Journal of Counseling and Development, 72*(316-322).
- Pope-Davis, D. B. & Dings, J. G. (1994). An empirical comparison of two self-report multicultural counseling competency inventories. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 27*(2), 93-102.
- Popov, N., Heruti, I., Levy, S., Lulav-Grinwald, D. & Bar-Sela, G. (2014). Illness perception differences between Russian- and Hebrew-speaking Israeli oncology patients. *Journal of Clinical Psychology & Medical Settings, 21*(1), 33-40. doi:10.1007/s10880-013-9384-x
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M. & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry, 23*, 49-58. doi:10.1016/s0924-9338(08)70062-2
- Rammstedt, B. & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of research in Personality, 41*(1), 203-212.
- Reich, H., Bockel, L. & Mewes, R. (2015). Motivation for Psychotherapy and Illness Beliefs in Turkish Immigrant Inpatients in Germany: Results of a Cultural Comparison Study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 2*(1), 112-123. doi:10.1007/s40615-014-0054-y

- Reichardt, J., von Lersner, U., Rief, W. & Weise, C. (in Vorb.). Entwicklung und Validierung des Inventars zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (TKKP).
- Ridley, C. R., Mendoza, D. W., Kanitz, B. E., Angermeier, L. & Zenk, R. (1994). Cultural sensitivity in multicultural counseling: A perceptual schema model. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 125.
- Schouler-Ocak, M., Haasen, C. & Heinz, A. (2008). Migration and transcultural psychiatry in Europe. *European Psychiatry, 23*, 1-3. doi:10.1016/s0924-9338(08)70054-3
- Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B. & Wise, S. L. (1994). Development of the Multicultural Counseling Inventory: A Self-Report Measure of Multicultural Competencies. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 137-148.
- Steinhäuser, T., Martin, L., von Lersner, U. & Auckenthaler, A. (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *PPmP-Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 64*, 345-353. doi:10.1055/s-0034-1371805
- Sue, D. W., Arredondo, P. & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development, 70*(4), 477-486.
- Sue, D. W., Bernier, J. E., Durrant, A., Feinberg, I., Pedersen, P., Smith, E. J. & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist, 10*, 45-52.
- Sue, D. W. & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C. & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology, 60*, 525-548. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163651
- UNHCR. (2016). Figures at a Glance. Retrieved from <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
- Vahabi, M. (2010). Iranian women's perception and beliefs about breast cancer. *Health Care Women International, 31*(9), 817-830. doi:10.1080/07399331003725515
- van Keuk, E., Ghaderi, C., Joksimovic, L. & David, D. M. H. (2011). *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer.

- von Lersner, U., Baschin, K., Wormeck, I. & Mösko, M. (2016). Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort-und Weiterbildung von Psychotherapeuten. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 66(02), 67-73.
- von Lersner, U., Dingoyan, D., Baschin, K. & Mösko, M. (2014). Interkulturelles Kompetenztraining für (angehende) Psychotherapeuten_innen: Entwicklung, Implementierung und Evaluation. *Vortrag beim 28. Kongress für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Berlin*.
- Wells, R., Steel, Z., Abo-Hilal, M., Hassan, A. H. & Lawsin, C. (2016). Psychosocial concerns reported by Syrian refugees living in Jordan: systematic review of unpublished needs assessments. *British Journal of Psychiatry*, 209(2), 99-106. doi:10.1192/bjp.bp.115.165084
- Welsch, W. (1999). Transculturality: The puzzling form of cultures today. *Spaces of culture: City, nation, world*, 194-213.
- Wilmsen, B. (2013). Family separation and the impacts on refugee settlement in Australia. *Australian Journal of Social Issues*, 48(2), 241-262.

Anhang

Studien

Reichardt, J., Ebrahimi, A., Dehsorkhi, H.N., Mewes, R., Weise, C., Afshar, H., Adibi, P., Moshref Dehkordy, S., Yeganeh, G., Reich, H. & Rief, W. (2017). Why does that happen to me? – A comparison of illness representations between Iranian and German subsamples of mental illness. Manuscript submitted at *BMC Psychology*.

Reichardt, J., von Lersner, U., Rief, W. & Weise, C. (2017). Wie lassen sich transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten steigern? Vorstellung eines webbasierten Trainingsprogramms. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 65(3), 155-165.

Reichardt, J., von Lersner, U., Rief, W. & Weise, C. (2017). Development and Validation of the Questionnaire on the Transcultural Competencies of Psychotherapists (TCCP). Manuscript submitted at *The Counseling Psychologist*.

Why does that happen to me? – A comparison of illness representations between Iranian and German subsamples of mental illness

Judith Reichardt^{a*}, Amrollah Ebrahimi, PhD^b, Hamid Nasiri Dehsorkhi^b, Ricarda Mewes, PhD^a, Cornelia Weise, PhD^a, Hamid Afshar, MD^b, Peyman Adibi, MD^c, Said Moshref Dehkordy, MD^b, Gholamreza Yeganeh, Hanna Reich, PhD^a, Winfried Rief, PhD^a

^a Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Psychology, Philipps University Marburg, Marburg/Germany; RM is now at the Division of Clinical Biopsychology, Faculty of Psychology, Philipps University of Marburg, Germany

^b Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan/Iran

^c Gastroenterology research center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan/Iran

* Corresponding author: Judith Reichardt, Philipps University of Marburg, Department of Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg, Germany; telephone: 0049 6421 2824047; fax: 0049 6421 2828904; e-mail: judith.reichardt@uni-marburg.de

Abstract

Due to an increase in migration and globalization, cross-cultural encounters in health care are also becoming more frequent. As psychotherapy is grounded in a cultural context and must be congruent with the patient's cultural beliefs of his or her illness in order to be effective, the consideration of cross-cultural differences in illness representations becomes increasingly important. Especially research on illness representations concerning mental disorders is scarce. The aim of the current study was to compare illness representations (measured by the IPQ-R) between Iranian ($N = 87$) and German ($N = 90$) patient samples as well as subclinical samples (Iranian $N = 264$, German $N = 102$). The factor analysis already revealed differences in item compositions of the IPQ-R subscales indicating differences of the conception of illness representations between the samples. Further, the Iranian samples showed a significantly higher amount of supernatural causal beliefs and emotional representation of the illness than the German samples. Surprisingly, the Iranian patient sample showed the highest amount of illness coherence. The current paper contributes to a deeper understanding of cross-cultural differences in illness representations regarding mental disorders. Nevertheless, further research is needed to confirm current findings and to further elaborate on the relations found.

Keywords: illness representations, causal beliefs, mental disorders, cross-cultural comparison

Introduction

Culture shapes every aspect of psychiatric patient care (Kirmayer, 2006) as well as the individual's values, beliefs and practices (Betancourt & Lopez, 1993). Thus, differences in illness representations of patients with different cultural backgrounds develop. Even though the conception of individualism/collectivism has been criticized frequently, it remains a fixed component of culture-comparative research (Genkova, 2012). It is a global dimension that may explain how a phenomenon (e.g. depressive symptoms) is understood and expressed depending on the systemic perspective of the individual (Genkova, 2012). Due to increased migration flows and globalization an investigation into the cultural differences in illness representations is needed: congruence of treatment with the cultural worldviews of the patient is necessary for an effective treatment (Benish, Quintana, & Wampold, 2011).

As mental disorders have a high prevalence worldwide and are one of the main causes of disability, resulting in high direct and indirect costs for the health care systems (Andrade et al., 2000; WHO, 2001; Wittchen et al., 2011), an adequate and effective treatment of mental disorders is highly relevant. Since illness representations have an important influence on health-related behaviors and treatment adherence (Chilcot, 2012; Hagger & Orbell, 2003), their consideration in the process of psychotherapeutic treatment is essential.

Illness representations are defined as “frameworks or working models that patients construct to make sense of their symptoms and medical conditions” (Petrie & Weinman, 2012, p. 60). They evolve depending on the personal experiences with a certain illness and the individual's context (Holliday, Wall, Treasure, & Weinman, 2005), the information provided by relevant others (such as physicians, friends or relatives) (Godoy-Izquierdo, Lopez-Chicheri, Lopez-Torrecillas, Velez, & Godoy, 2007), and the individual's cultural background (e.g. the structure of the country-specific health care system, cultural beliefs about health and illness or typical linguistic expressions of symptoms) (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984).

According to Leventhal's Self-Regulatory-Model, illness representations encompass cognitive and emotional components. *Cognitive illness representations* include assumptions about causes, consequences and illness duration, as well as beliefs about successful treatment options, the perceived amount of personal control, perceived coherence and the presumed outcome. The *emotional component* of illness representation encompasses fears or worries concerning the illness. Both components influence which behavioral and emotional coping strategies people apply, how they report symptoms or seek help (Leventhal et al., 1997; Leventhal et al., 1984).

Although the Self-Regulatory-Model originally refers to physical illnesses its applicability to mental disorders is supported by many studies examining the effects of illness representations on health-related outcomes in patients needing psychiatric or psychotherapeutic care (Baines & Wittkowski, 2013; Bassi et al., 2016; Broadbent, Kydd, Sanders, & Vanderpyl, 2008; Vanheusden et al., 2009).

While there are several studies examining cross-cultural differences in representations of *physical* illness (e.g., diabetes, cancer or HIV) (cf. Abubakari et al., 2013; Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Barnes, Moss-Morris, & Kaufusi, 2004; Bean, Cundy, & Petrie, 2007; Kim, Pavlish, Evangelista, Kopple, & Phillips, 2012; Popov, Heruti, Levy, Lulav-Grinwald, & Bar-Sela, 2014; Rakhshan, Hassani, Ashktorab, & Majd, 2013; Salewski & Bleher, 2010), research on cross-cultural differences concerning representations of *mental* disorders are scarce (Kaptein et al., 2011; Kuppens et al., 2016).

As most immigrants in Germany are Turkish, some research focused on cross-cultural comparisons between Germany and Turkey. It implicates that Turkish people have a more negative conception of their mental illness than German people, believing more often that they cannot control their illness and that their illness is caused by supernatural forces (Franz et al., 2014; Reich, Bockel, & Mewes, 2015). Findings regarding emotional representation of mental disorders are inconsistent: Whereas Franz et al. (2014) found evidence for more worries and anxiety in Turkish compared to German patients, Lujic (2008) did not.

First studies did, however, investigate specific subparts of illness representations in Iranian populations. For example, Vahabi (2010) showed that Iranian women commonly assume that their breast cancer is God's providence or caused by supernatural forces, which might be associated with the high importance of spirituality and religion in the Iranian culture and everyday life. Accordingly, for Iranian women religion is essential for coping with depression or seeking for help (Mirabzadeh, Forouzan, Mohammadi, Dejman, & Eftekhari, 2014). Furthermore, the important role of family influences illness representations and thus leads to a frequent reporting of family conflicts as causes for symptoms (Dejman et al., 2010; Mirabzadeh et al., 2014; Vahabi, 2010a). In regards to control beliefs, Lipson and Hafizi (1998) found that Iranian people considered their personal responsibility in the treatment to be low, whereas Aflakseir and Mohammad-Abadi (2016) found high internal control as well as high God control in an Iranian sample. In Germany, by contrast, people report high personal control and rarely any supernatural causes for their illnesses (Franz et al., 2007; Franz et al., 2014).

In summary there seem to be differences in illness representations between members of different societies. However, there is only little research on cross-cultural comparisons of illness representations that concern mental disorders. To the best of our knowledge, there have been no cross-cultural comparisons on illness representations between Iran and Germany so far. As Iran and Germany clearly differ concerning socio-cultural, political and health care related realities, a comparison of illness representations is highly relevant to improve psychotherapeutic health care in times of migration and globalization. Although other studies comparing illness representations between societies provide hints as to which differences could be expected, results are somewhat inconsistent. As the Self-Regulatory-Model was developed in and for rather individualistic cultures, its applicability to rather collectivistic cultures is not self-evident. In preparation for our analyses we are thus investigating if illness representations are comparable in the Iranian and the German sample.

The aim of the current study was to compare illness representations regarding mental disorders between Iranian and German people. We hypothesize that there will be statistically significant differences in coherence, causes, personal control and emotional representation between the samples. As illness representations influence an individual's health care utilization, we were not only interested in whether illness representations differ between patients with mental disorders but also in people with subclinical symptoms.

Method

Design and procedure

In the current cross-sectional study, we administered a set of questionnaires assessing socio-demographic information, psychological and physiological symptoms as well as illness representations to a convenience sample in Iran and Germany. Data was collected via an online survey using the platform SoSci Survey (Leiner, 2013) or via paper pencil. The study was approved by the local ethics committees of the University of Marburg, reference number 2014-08-k, and the Medical University of Isfahan, reference number IR.MUI.REC.1394.1.73.

Participants

Participants were recruited concurrently in Iran and Germany. Both samples (Iranian and German) include persons from the general population as well as inpatients in treatment in psychiatric and psychosomatic hospitals with a diagnosis of anxiety or mood disorder (depression). Patients with an additional diagnosis of schizophrenia, bipolar disorder or dementia were not included. Neither were participants with a migration background. Participants of the population samples were recruited via Internet platforms (e.g. social

networks) as well as mailing lists of the universities involved. They received a hyperlink to the online survey, hosted on <http://soscisurvey.de>. Patients with anxiety and/or mood disorders were recruited via their attending physicians or psychotherapists. They filled in a paper-pencil version of the survey, as Internet access could not necessarily be provided. Participants needed on average 30 minutes to complete the survey.

A total of 1.259 people participated in our study (see Figure 1). From the total sample, $N=147$ people had to be excluded from the analyses because they did not provide complete data (more than 10% missing values), resulting in $N= 1.112$ participants included in the analyses. Since the main goal of our study was to investigate illness representations in the two cultural samples, we needed to ensure that the answers of the population samples provide meaningful information concerning illness representations. Therefore, in the next step, we only included participants with at least mild impairment through symptoms of mental disorders assessed with the Patient Health Questionnaire (PHQ) and the Posttraumatic stress Diagnostic Scale (PDS). Participants were included in analyses if they met *at least one* of the following criteria: $PHQ9 > 5$ (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), $GAD7 > 5$ (Kroenke, Spitzer & Williams, 2010), $PDS > 11$ (Foa, 1995), $PHQ15 > 5$ (Kroenke, Spitzer, Williams, & Lowe, 2010), DSM-IV criteria for panic disorder according to the PHQ-Panic, or criteria for binge eating disorder according to the PHQ-Eating. This resulted in the following sample sizes: Iranian subclinical sample $N = 264$, German subclinical sample $N = 102$, Iranian patients $N = 87$, German patients $N = 90$. For a detailed overview over the flow of participants, see Figure 1.

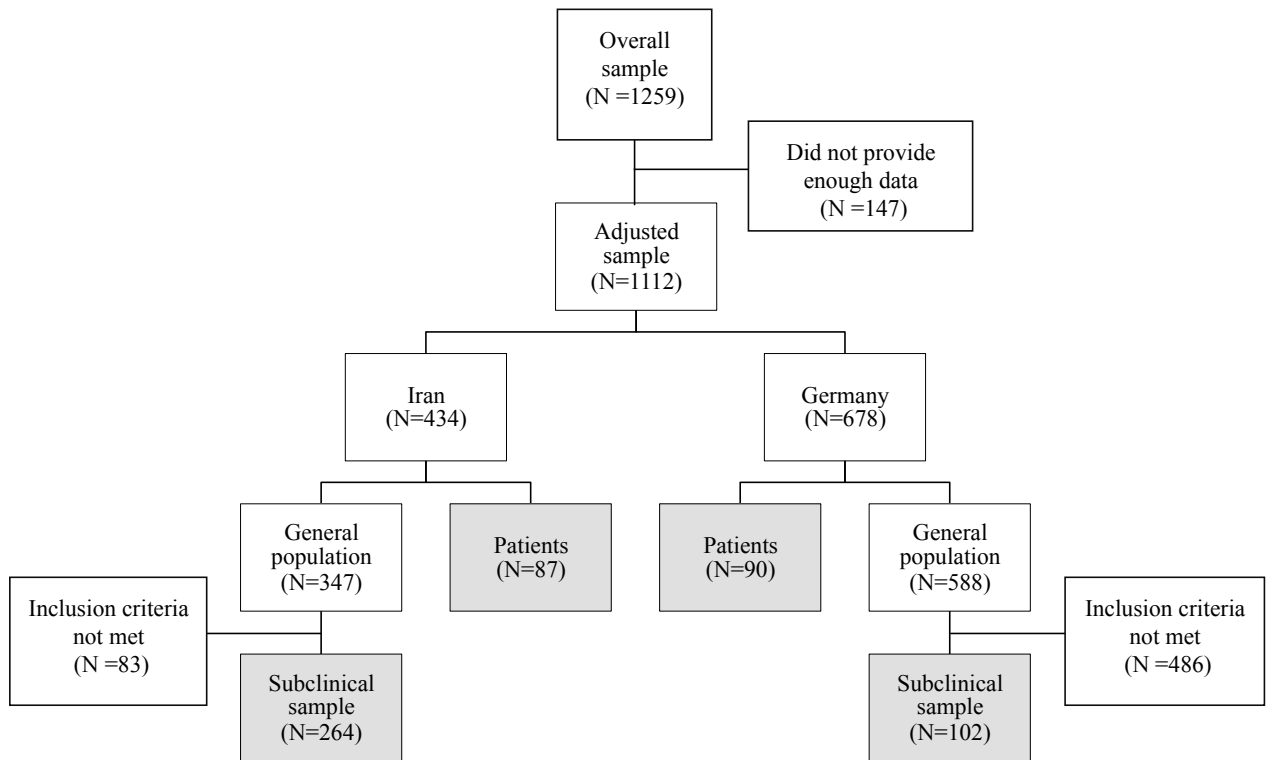


Figure 1. Flow chart of the composition of the sample.

Measures

Participants filled in a German or a Farsi version of the survey. To receive a Farsi version of the respective questionnaires, members of the team of A.E. at the University of Isfahan, Iran, translated the English language questionnaires to Farsi. Two Iranian native speakers revised the resulting questionnaires.

Socio-demographics. The socio-demographic data included age, sex, level of education, and religiousness (“Without religious belief”, “Merely doing duties”, “Believer in religion”).

Classification / Diagnoses of mental disorders. Diagnoses were received from the treating psychotherapists/physicians of the institution. For the assessment of all further variables, questionnaires available and validated in German and English were used.

To assess symptoms of mental disorders, several subscales of the Patient Health Questionnaire (PHQ-D; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) were used:

The *PHQ9* is a 9-Item scale to assess depressive symptoms according to the DSM-IV criteria on a four point Likert-scale. A higher score indicates more depressive symptoms. The scale shows good internal consistencies with *Cronbach's* $\alpha = .88$, in the current study internal consistencies of the samples ranged from acceptable to good ($\alpha = .76 - .87$). The *GAD7*

measures seven common anxiety symptoms (e.g. irritability or hypersensitivity) on a three point Likert-scale with higher scores indicating more or a higher intensity of anxiety symptoms. Internal consistencies range from $\alpha = .67$ to $.79$ in our samples. The *PHQ-15* includes 15 of the most common somatoform symptoms that are rated on a three point Likert-scale, ranging from “not at all” to “bothered a lot”. Due to very high missing rates especially in the Iranian samples, we excluded the item “Pain or problems during sexual intercourse”. In the current samples *Cronbach's alpha* ranges from $\alpha = .61$ to $.79$. The *PHQ-Panic* screens for the panic syndrome with 15 Items representing the DSM-IV criteria for panic disorder. It has a dichotomous response format (Yes/No). Accordingly, this subscale can be analyzed only categorically. The *PHQ-Eating* is a screening instrument for the binge eating disorder. It consists of eight items about eating and purging behavior with a Yes/No response format.

Moreover, the subscale *Somatization Symptom Count* of the Screening for Somatoform Symptoms (SOMS-7) (Rief, Hiller, & Heuser, 1997) was included. The SOMS-7 screens for 53 physical symptoms on a five point Likert-scale with higher scores indicating more symptoms. We found internal consistencies ranging from $\alpha = .76$ to $.92$ in our samples.

Furthermore, the subscale *Symptom Severity* of the *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (Ehlers, Steil, Winter, & Foa, 1996) was used to assess symptoms of the posttraumatic stress disorder. It consists of 17 items that are rated on a four point Likert-scale. Internal consistencies ranged from good to very good ($\alpha = .86 - .91$).

In addition, illness representations concerning symptoms of mental disorders were assessed with the *Illness Perception Questionnaire Revised* (Moss-Morris et al., 2002). A first section on general illness beliefs consisted of 38 Items that was rated on a five point Likert-scale (“Strongly disagree”, “Disagree”, “Neither agree nor Disagree”, “Agree”, “Strongly agree”). They can be summed up to seven subscales, i.e., Timeline acute/chronic, Timeline cyclical, Consequences, Emotional Representation, Treatment Control, Personal Control, and Coherence. In contrast to the English original (Moss-Morris et al., 2002) in the German version (Gaab, Bunschoten, Sprott, & Ehlert, 2004) six items were removed due to poor factor loadings ($<.50$). In order to ensure comparability a Farsi translation of this version was used for data acquisition in Iran. In a second section, 18 causes that may be responsible for the illness can be rated on a five point Likert-scale. Due to the cross-cultural nature of this study we included five new items related to causes (“Evil eye/Maledictions”, “God’s will”, “Supernatural forces”, “My Gender” and “Being faint hearted”). Those items had shown to be relevant for participants of collectivistic cultures in other studies (mostly Turkish) (Franz et al., 2007; Kizilhan, 2008).

Given the sufficient size ($N > 90$) of our sample, a factor analysis can be conducted to identify underlying dimensions. To ensure the comparability of the IPQ-R in our study, we conducted a principal component analysis with promax rotation (Gorsuch, 1983) in the German and the Iranian sample, respectively. Only the subscales *Coherence*, *Emotional Representation* and *Personal Control* showed comparable item compositions and internal consistencies ranging from $\alpha = .82 - .95$ in both samples, which is comparable to the original IPQ-R. In the other subscales (*Treatment Control*, *Consequences*, *Timeline acute/chronic and Timeline cyclical*) item compositions differed clearly between the samples, resulting in very poor internal consistencies (e.g. $\alpha = .54$ for *Treatment Control*) and indicating a lack of comparability of those subscales. Due to these results we decided to limit the objectives of our study to three illness representation components (*Coherence*, *Emotional Representation* and *Personal Control*), which showed highest comparability between our samples. Further factor analyses of the Cause-items showed that only one factor (consisting of the Items “Supernatural forces”, “God’s will” and “Evil eye/Maledictions”) was comparable between both groups. We named the factor “Supernatural Beliefs” and included it in the analysis.

Statistical Analysis

All analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS; version 22, IBM, Chicago, Illinois, USA). To calculate differences between the groups, independent t-tests (age and mental stress), and χ^2 -analyses (educational level, religiousness, and sex) were conducted. In the subclinical samples, group differences with regard to the illness representation dimensions Coherence, Emotional Representation, Personal Control as well as Supernatural Beliefs were analyzed by using a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) including group as fixed factor. Demographic variables, which differed significantly between the groups, were included as covariates (sex and educational level, see Table 1). For analyzing the differences in the patient samples the same outcome variables were analyzed by using a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) including group as fixed factor. Age and educational level were included as covariates, because the groups differed significantly on these variables (see Table 1).

Due to the risk of α -error accumulation, the Bonferroni corrected significance value for the univariate statistics of the MANCOVAs was set to $p < .0125$. The p value for other analyses was set to $p < .05$. *Cohen’s d* is reported as measure for effect size, whereby $d = .20$ is referring to a small effect, $d = .50$ to a moderate effect and $d = .80$ to a large effect (Cohen, 1988).

Results

Sample characteristics

Sample characteristics are shown in Table 1. The Iranian and German samples differed from each other in the subclinical as well as the patient sample: Concerning the subclinical sample there were more females in the German than in the Iranian sample and a higher educational level in the Iranian than the German sample. The patient samples had a higher educational level and a lower age in the Iranian than the German sample. In the subclinical as well as the patient samples, Iranians reported a higher level of mental stress as well as a higher level of religiousness than Germans. Concerning the patient samples, more Germans than Iranians were hospitalized at least once, whereas there were no differences in whether they were or had been at least once in outpatient treatment.

TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Table 1. Descriptive statistics for the patient sample and the subclinical sample in Iran and Germany.

	Subclinical sample			Patient sample			Statistical comparison
	Iran	Germany	Statistical comparison	Iran	Germany	Statistical comparison	
<i>N</i>	264	102		87	90		
Age (<i>M</i> , <i>SD</i> years)	29.6 (12.0)	28.0 (9.2)	$t(222.5) = 1.38$	34.2 (10.2)	41.0 (13.1)	$t(169.6) = 3.92^{***}$	
Sex (% female)	62.2	79.4	$\chi^2(2) = 17.13^{***}$	69.2	60.4	$\chi^2(1) = 1.54$	
Educational level (%)			$\chi^2(5) = 29.36^{***}$			$\chi^2(5) = 58.72^{***}$	
Primary school	1.2	-		11.1	1.1		
Secondary school	1.2	-		6.7	26.7		
Diploma	28.8	52.9		23.3	54.4		
Associate degree	6.8	10.8		10.0	10.0		
Bachelor's degree	34.0	11.8		35.6	2.2		
Master's degree	28.0	24.5		13.3	5.6		
Religiousness (%)			$\chi^2(2) = 55.32^{***}$			$\chi^2(2) = 35.4^{***}$	
Believer in religion	43.0	18.2		48.8	10.0		
Merely doing duties	40.8	27.3		39.3	53.3		
Without religious belief	16.2	54.5		11.9	36.7		
Diagnosis (%)							
Mood	-	-	-	64.8	77.8		
Anxiety	-	-	-	35.2	6.1		
Mixed	-	-	-	-	16.1		
Hospitalization (%)	-	-	-	31.7	53.5	$\chi^2(1) = 8.3^{**}$	
Outpatient treatment (%)	-	-	-	72.1	67.4	$\chi^2(1) = .45$	
Mental stress (<i>M</i> , <i>SD</i>)							
PHQ9 ^a	8.1 (5.3)	6.5 (4.0)	$t(238.4) = 3.20^{**}$	14.0 (6.5)	7.6 (4.9)	$t(167.2) = -7.38^{***}$	
GAD7 ^b	5.2 (4.4)	4.1 (2.0)	$t(358.6) = 8.45^{***}$	10.6 (5.8)	3.5 (2.3)	$t(115.6) = -10.85^{***}$	
PHQ15 ^c	8.6 (4.7)	4.1 (2.0)	$t(372.1) = 13.20^{***}$	11.7 (5.1)	4.8 (3.3)	$t(154.7) = 10.80^{***}$	
SOMS7 ^d	5.5 (6.1)	1.9 (2.4)	$t(372.4) = 8.19^{***}$	10.5 (8.6)	5.3 (5.8)	$t(156.5) = 4.73^{***}$	

Note. *N* = Sample size, *M* = Mean, *SD* = Standard deviation, *t* = *t* value, χ^2 = Chi-square value, ^a Depression score of the PHQ, ^b Anxiety score of the PHQ, ^c Score for somatoform symptoms of the PHQ, ^d Score for somatization symptom count of the SOMS7 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Comparison of illness representations in the subclinical samples

Using Hotellings's trace statistic, there was a large significant main group effect on the observed facets of illness representations, $T = 0.866$, $F(4, 359) = 77.86$, $p < .001$, $d = 1.85$. Subsequent univariate ANOVAs revealed significant group effects for the IPQ subscales Coherence, Emotional Representation, and Supernatural Beliefs. For further details of the analysis, see Table 2. German participants scored higher on Coherence, whereas Iranian participants scored higher on Emotional Representation and Supernatural Beliefs. Effect sizes for the differences in the subscales Coherence ($d = .38$) and Emotional Representation ($d = .54$) were small to moderate whereas the effect for Supernatural Beliefs was large ($d = 2.0$). For the subscale Personal Control, no significant group effect was detected ($d = 0.0$), indicating highly similar estimates for personal options to influence the symptoms.

TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Table 2. Mean illness perception facets for the patient and the subclinical sample in Iran and Germany.

	Subclinical sample ^a			Patient sample ^b			
	Iran	Germany	<i>F</i> (1, 362)	Iran	Germany	<i>F</i> (1, 362)	<i>d</i>
IPQ-R scales (<i>M, SD</i>)							
Coherence	3.43 (0.83)	3.76 (0.94)	10.22**	4.12 (0.62)	3.40 (0.91)	36.16***	.92
Personal control	3.21 (0.73)	3.21 (0.85)	.04 n.s.	3.42 (0.84)	3.32 (0.74)	.04 n.s.	.00
Emotional representation	3.83 (1.00)	3.29 (0.97)	22.15***	4.71 (0.56)	3.62 (0.78)	98.27***	1.6
Causes (<i>M, SD</i>)							
Supernatural beliefs	3.12 (1.02)	1.26 (0.55)	299.42***	3.52 (0.88)	1.53 (0.68)	264.97***	2.53

Note. ^a including covariates sex and educational level, ^b including covariates age and educational level, *M* = Mean, *SD* = standard deviation, *F* = *F* value, *df* = degrees of freedom, * *p* < .0125, ** *p* < .0025, *** *p* < .00025, *d* = Cohen's *d*.

Comparison of illness representations in the patient samples

Concerning the comparison of the Iranian and German patient samples, the MANCOVA showed a large significant main group effect for the observed facets of illness representations, $T = 2,01$, $F(4, 170) = 85,50$, $p < .001$, $d = 2.85$. Subsequent univariate ANOVAs revealed a significant group effect for differences between the patient samples on the IPQ subscales Coherence, Emotional Representation, and Supernatural Beliefs. See Table 2 for details. Iranian patients scored higher than German patients on all three facets. High effect sizes with $d = .92$ for Coherence, $d = .1.6$ for Emotional Representation and $d = 2.53$ for Supernatural Beliefs underline these findings. In addition, no group differences for the subscale Personal Control were found in the patient samples.

Further analyses of the patient samples

To further examine the relationship between the IPQ subscales (Coherence, Emotional Representation, and Supernatural Beliefs) and certain sample characteristics, bivariate correlations were conducted (see Table 3). In the German patient sample, Emotional Representation was significantly associated with anxiety symptoms (GAD7 sum score), depressive symptoms (PHQ9 sum score) as well as somatoform symptoms (SOMS7, PHQ15 sum score). In addition religiousness was positively related to IPQ-Supernatural Beliefs. Concerning the intercorrelations of the illness representation facets only Coherence and Emotional Representation were correlated.

TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Table 3. Correlations between the study variables in the German patient sample.

	Age ^a	Sex ^b	Educational level ^b	Religiosity ^b	PHQ9 ^a	GAD7 ^a	PHQ15 ^a	SOMS7 ^a	Coherence ^a	Emotional representation ^a
Age ^a	-									
Sex ^b	.15	-								
Educational level ^b	-.08	.00	-							
Religiosity ^b	.30**	.17	-.14	-						
PHQ9 ^a	-.01	.08	.10	.02	-					
GAD7 ^a	.07	.04	-.01	.08	.72**	-				
PHQ15 ^a	.19	.22*	-.04	.14	.66**	.70**	-			
SOMS7 ^a	.16	.30**	-.16	.11	.48**	.45**	.75**	-		
Coherence ^a	-.02	.14	.03	-.05	-.19	-.20	-.11	-.14	-	
Emotional representation ^a	-.18	.001	-.08	.06	.38**	.47**	.38**	.30**	-.21*	-
Supernatural beliefs ^a	.13	-.01	-.07	.19*	.02	-.09	.10	.11	-.06	.01

Note. $N = 90$, ^a Pearson's product-moment correlation, ^b Kendall's tau, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

In the Iranian patient sample we found significant correlations between illness representation facets and certain sample characteristics as well (see Table 4): the IPQ subscale Emotional Representation was significantly associated with anxiety symptoms (GAD7 sum score), depressive symptoms (PHQ9 sum score), and somatoform symptoms (SOMS7, PHQ15 sum score). Furthermore, IPQ-Supernatural Beliefs was associated with depressive symptoms (PHQ9 sum score), and somatoform symptoms (SOMS7, PHQ15 sums score). Regarding intercorrelations between the illness representation facets, Coherence as well as Supernatural Beliefs was positively associated with Emotional Representation.

TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Table 4. Correlations between the study variables in the Iranian patient sample.

	Age ^a	Sex ^b	Educational level ^b	Religiosity ^b	PHQ9 ^a	GAD7 ^a	PHQ15 ^a	SOMS7 ^a	Coherence ^a	Emotional representation ^a
Age ^a	-									
Sex ^b	-.03	-								
Educational level ^b	-.35**	-.01	-							
Religiosity ^b	.16	.08	-.19	-						
PHQ9 ^a	-.08	-.06	.04	.03	-					
GAD7 ^a	.07	.03	-.07	.11	.53**	-				
PHQ15 ^a	.14	.22*	-.13	.01	.40**	.31**	-			
SOMS7 ^a	.28**	.04	-.21**	.08	.33**	.35**	.71**	-		
Coherence ^a	.17	.10	-.15	.10	.004	.02	-.01	.12	-	
Emotional representation ^a	.10	.13	-.07	.03	.27**	.24*	.24*	.25*	.53**	-
Supernatural beliefs ^a	-.01	.12	-.11	.10	.21*	-.06	.22*	.31**	.14	.30**

Note. $N = 87$, ^a Pearson's product-moment correlation, ^b Kendall's tau * $p < .05$, ** $p < .01$.

Discussion

The aim of this study was to investigate cross-cultural differences in illness representations concerning mental disorders in Iran and Germany. As expected, several differences were found, especially in the attribution of causes and the emotional representation of a mental disorder as well as the perceived coherence.

Differences in illness representations

The Iranian samples showed higher scores in Supernatural Beliefs and Emotional Representation than the German samples. There were, however, no differences in Personal Control between the samples. The finding that Iranians assume more supernatural causes for their mental disorders than Germans is in line with the findings of Vahabi (2010b) that for Iranian women God's providence and supernatural forces do play an important role in explaining their breast cancer. A commonly used explanation is the strong general influence of religion and spirituality in this culture. In contrast, spirituality and religion play a decreasing role in the everyday life of Germans (Pollack & Müller, 2013), which could explain the low relevance of supernatural causal beliefs in the German samples. The differences in emotional representation of the illness are likely to be caused by an overall significantly higher level of mental stress in the Iranian samples, considering the high correlation between mental stress indicators (PHQ9, GAD7) and emotional representation.

The finding that our Iranian and German samples (patient and subclinical) did not differ in their perceived personal control is rather surprising when taking into account that previous studies did find higher levels of personal control in individualistic compared to collectivistic cultures (Franz et al., 2007). One reason for our finding could be that the Iranian samples had a relatively high level of education implicating a higher income and thus more options to influence their lives, along with a higher feeling of control overall. The fact that there were no differences in personal control neither between the patient nor the subclinical samples indicates the generalizability of this finding.

With regard to coherence, differences between our Iranian and German samples were surprising: Whereas mean values of both, Iranian and German subclinical samples as well as the German patient sample were quite similar and comparable to those in other studies (Bassi et al., 2016), the mean value of coherence in the Iranian patient sample was considerably higher. This contrasts other findings that a higher amount of coherence goes along with less mental stress (Eriksson & Lindstrom, 2006). This interesting new finding should be further investigated, focusing for instance on cultural characteristics in the understanding of coherence. The fact that not all of the IPQ-R subscales could be found in the Iranian sample

further indicates that there are different conceptions of illness representations and that the IPQ-R needs cultural adaption.

Shortcomings of the current study

Several limitations of the study should be noted. First, its cross-sectional design limits cause-and-effect interpretation (e.g. the cultural background as a cause for differences in illness representations). Second, all measures were in self-report format, thus shared-method variance may be related to some of the observed associations. Third, we did no backward translation of the survey's Farsi version, which could have compromised equivalence of measurements. Moreover, it is not ascertained whether each measure is culturally sensitive. Culturally sensitive means that members of different linguistic or cultural groups understand the items and test results in the same way, which is a central criterion for the comparability of test results (International Test Commission, 2010). After all, Mewes et al. (2010) found that the PHQ9 and PHQ15 are invariant of measurement for Germans and migrants in Germany. To maximize the comparability between the samples we included only those scales of the IPQ-R in our analyses, which showed a similar item composition and a minimum of good reliability in all samples.

Advances and implications of the current study

The results of the current study have several theoretical and practical implications. First, to the best of our knowledge, this is the first study, which has investigated differences in illness representations between Iranian and German samples. Moreover, we compared not only patient but also subclinical samples from Iran and Germany, which indicates the generalizability of our results. As a further strength of the current study, it contributes to a deeper understanding of illness representations regarding *mental* disorders, a field in which little research has been conducted. Especially our findings that only some of the IPQ-R subscales showed comparable item compositions between the samples (Coherence, Personal control, Emotional representation) indicate cultural differences in the conception of illness representations. Because of the pilot character of the current study, further research is needed to confirm current findings and to further elaborate on the relations found.

Illness representations regarding mental illnesses seem to vary between the Iranian and German culture. These findings have implications for the psychotherapeutic and psychiatric care: As psychotherapy is grounded in a cultural context and must be congruent with the patient's cultural beliefs of his or her illness to be effective (Benish et al., 2011), an adaption of psychotherapeutic treatment approaches is necessary when applied in a cultural context

different to the one where the treatment was developed. Further, illness representations should be assessed individually to provide a meaningful contribution to therapy. Additionally, further research is needed to investigate if and how illness representations change for example in the context of migration and the permanent exposure to a different cultural context. This is relevant, especially with regard to the increasing number of refugees and their need of psychotherapeutic care. Even if patient and clinician share the same ethnic or linguistic background, culture impacts health care through other influences of identity, for example gender, age or sexual orientation (Lu, Lim, & Mezzich, 1995). As diversity in societies increases individual results are needed to adapt and individualize psychotherapy and thus improve psychotherapeutic treatment.

References

- Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Anderson, J., Devendra, D., & Naderali, E. K. (2013). Ethnic differences and socio-demographic predictors of illness perceptions, self-management, and metabolic control of type 2 diabetes. *International Journal of General Medicine*, *6*, 617-628. doi:10.2147/IJGM.S46649
- Aflakseir, A.-A., & Mohammad-Abadi, M.-S. (2016). The Role of Health Locus of Control in Predicting Depression Symptoms in a Sample of Iranian Older Adults with Chronic Diseases. *Iranian journal of psychiatry*, *11*(2), 82.
- Anagnostopoulos, F., & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(4), 327-334. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.09.011
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J. B., P., Bijl, R. V., Kessler, R. C., Demler, O., Walters, E., . . . Wittchen, H. U. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organisation*, *78*(4), 413-426.
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of Clinical Psychology & Medical Settings*, *20*(3), 263-274. doi:10.1007/s10880-012-9337-9
- Barnes, L., Moss-Morris, R., & Kaufusi, M. (2004). Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. *The New Zealand Medical Journal*, *117*(1188), 10-19.
- Bassi, M., Falautano, M., Cilia, S., Goretti, B., Grobberio, M., Pattini, M., . . . Delle Fave, A. (2016). Illness Perception and Well-Being Among Persons with Multiple Sclerosis and Their Caregivers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *23*(1), 33-52. doi:10.1007/s10880-015-9425-8
- Bean, D., Cundy, T., & Petrie, K. J. (2007). Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care. *Psychology & Health*, *22*(7), 787-811. doi:10.1080/14768320600976240
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(3), 279-289. doi:10.1037/a0023626

- Betancourt, H., & Lopez, S. R. (1993). The Study of Culture, Ethnicity, and Race in American Psychology. *American Psychologist*, 48(6), 629-637.
- Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., & Vanderpyl, J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 147-153.
doi:10.1080/00048670701787503
- Chilcot, J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59-64. doi:10.1111/j.1525-139X.2011.00987.x
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Commission, I. T. (2010). International Test Commission guidelines for translating and adapting tests. <http://www.intestcom.org>.
- Dejman, M., Forouzan, A. S., Assari, S., Rasouljan, M., Jazayeri, A., Malekafzali, H., . . . Ekblad, S. (2010). How Iranian lay people in three ethnic groups conceptualize a case of a depressed woman: an explanatory model. *Ethnicity & Health*, 15(5), 475-493.
doi:10.1080/13557858.2010.488262
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H., & Foa, E. B. (1996). *Deutsche U bersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)*.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376-381. doi:10.1136/jech.2005.041616
- Franz, M., Lujic, C., Koch, E., Wusten, B., Yuruk, N., & Gallhofer, B. (2007). Subjective illness beliefs of Turkish migrants with mental disorders - specific characteristics compared to german patients. *Psychiatric Praxis*, 34(7), 332-338. doi:10.1055/s-2007-971015
- Franz, M., Salize, H. J., Lujic, C., Koch, E., Gallhofer, B., & Jacke, C. O. (2014). Illness perceptions and personality traits of patients with mental disorders: the impact of ethnicity. *Acta Psychiatr Scand*, 129(2), 143-155. doi:10.1111/acps.12134

- Gaab, J., Bunschoten, S. L., Sprott, H., & Ehler, U. (2004). *Psychometric evaluation of a German translation of the illness perception questionnaire*. Paper presented at the American psychosomatic society (APS), Orlando, USA.
- Genkova, P. (2012). Individualismus/Kollektivismus *Kulturvergleichende Psychologie: Ein Forschungsleitfaden* (pp. 141-171). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Godoy-Izquierdo, D., Lopez-Chicheri, I., Lopez-Torrecillas, F., Velez, M., & Godoy, J. F. (2007). Contents of lay illness models dimensions for physical and mental diseases and implications for health professionals. *Patient Education Counseling*, 67(1-2), 196-213. doi:10.1016/j.pec.2007.03.016
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141-184. doi:10.1080/088704403100081321
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J., & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: a comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 50-56. doi:10.1002/eat.20056
- Kaptein, A. A., Yamaoka, K., Snoei, L., Kobayashi, K., Uchida, Y., van der Kloot, W. A., . . . Rabe, K. (2011). Illness perceptions and quality of life in Japanese and Dutch patients with non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer*, 72(3), 384-390. doi:10.1016/j.lungcan.2010.09.010
- Kim, Y., Pavlish, C., Evangelista, L. S., Kopple, J. D., & Phillips, L. R. (2012). Racial/Ethnic Differences in Illness Perceptions in Minority Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 39(1), 39-49.
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43, 126-144.
- Kizilhan, J. I. (2008). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten: eine vergleichende Studie. *na*.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006

- Kuppens, K., Neels, H., van Wilgen, C. P., Roussel, N., Heyrman, A., Lambrecht, L., . . . Nijs, J. (2016). Do Illness Perceptions in Patients with Fibromyalgia Differ Across Countries? A Comparative Study *Journal of Musculoskeletal Pain*, 23(1-2), 13-20.
- Leiner, D. (2013). SoSci Survey. Available at <https://www.socisurvey.de>.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., & Patrick-Miller, L. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness Representations and Coping With Health Threats (Handbook of Psychology and Health). In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lipson, J., & Hafizi, H. (1998). Iranians. In L. Purnell & B. Paulanka (Eds.), *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Lu, F. G., Lim, R. F., & Mezzich, J. E. (1995). Issues in the assessment and diagnosis of culturally diverse individuals. In J. M. Oldham & M. B. Riba (Eds.), *Review of psychiatry, volume 14: Assessment and diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lujic, C. (2008). *Krankheits- und behandlungsrelevante Besonderheiten türkischer Migranten mit Gesundheitsstörungen: Anregungen zur Optimierung der Versorgung*. Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen.
- Mewes, R., Christ, O., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., & Glaesmer, H. (2010). Sind Vergleiche im Depressions- und Somatisierungsausmaß zwischen Migranten und Deutschen möglich? *Diagnostica*, 56(4), 230-239. doi:10.1026/0012-1924/a000026
- Mirabzadeh, A., Forouzan, A. S., Mohammadi, F., Dejman, M., & Eftekhari, M. B. (2014). How Iranian Women Conceptualize Mental Health: An Explanatory Model. *Iranian journal of public health*, 43(3), 342.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1-16. doi:10.1080/08870440290001494

- Pollack, D., & Müller, O. (2013). *Religionsmonitor. Verstehen was verbindet. Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland*. Retrieved from
- Popov, N., Heruti, I., Levy, S., Lulav-Grinwald, D., & Bar-Sela, G. (2014). Illness perception differences between Russian- and Hebrew-speaking Israeli oncology patients. *J Clin Psychol Med Settings, 21*(1), 33-40. doi:10.1007/s10880-013-9384-x
- Rakhshan, M., Hassani, P., Ashktorab, T., & Majd, H. A. (2013). The nature and course of illness perception following cardiac pacemaker implantation: a self-regulatory approach. *Int J Nurs Pract, 19*(3), 318-325. doi:10.1111/ijn.12073
- Reich, H., Bockel, L., & Mewes, R. (2015). Motivation for Psychotherapy and Illness Beliefs in Turkish Immigrant Inpatients in Germany: Results of a Cultural Comparison Study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 2*(1), 112-123. doi:10.1007/s40615-014-0054-y
- Rief, W., Hiller, W., & Heuser, J. (1997). *SOMS - Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen*. Bern: Hans Huber.
- Salewski, C., & Bleher, J. (2010). Krankheitskonzepte zu HIV und AIDS. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 18*(1), 21-30. doi:10.1026/0943-8149/a000004
- Vahabi, M. (2010a). Iranian women's perception and beliefs about breast cancer. *Health Care for Women International, 31*(9), 817-830.
- Vahabi, M. (2010b). Iranian women's perception and beliefs about breast cancer. *Health Care Women Int, 31*(9), 817-830. doi:10.1080/07399331003725515
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C. L., van Lenthe, F. J., Verhulst, F. C., & Mackenbach, J. P. (2009). Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 44*(3), 239-246. doi:10.1007/s00127-008-0428-8
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*: World Health Organization.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol, 21*(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018



Wie lassen sich transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten steigern? Vorstellung eines web-basierten Trainingsprogramms



Judith Reichardt¹, Ulrike von Lersner², Winfried Rief¹ und Cornelia Weise¹

¹ Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg

² Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychologie, Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin

Zusammenfassung: In der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland wächst der Anteil an Patient/innen aus anderen Kulturen¹ und damit auch die Bedeutsamkeit transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeut/innen. Aktuell mangelt es an evaluierten Schulungsprogrammen, um solche Kompetenzen gezielt zu fördern. Besonders webbasierte Programme, die eine zeitlich und örtlich flexible Bearbeitung ermöglichen, fehlen bisher gänzlich. Basierend auf dem theoretischen Konzept zu transkulturellen Kompetenzen von Sue und Kollegen (1992) wurde ein webbasiertes Programm zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeut/innen entwickelt. Es besteht aus sechs Modulen, die sich aus Texten und praktischen Übungen zusammensetzen. Es sollen Wissen und Fertigkeiten im Umgang mit Patient/innen aus anderen Kulturen geschult sowie Teilnehmenden die Bedeutung ihrer kulturellen Konzepte für die therapeutische Arbeit bewusst gemacht werden. Neben dem Programm wird das Design einer geplanten randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) zu dessen Wirksamkeitsprüfung vorgestellt. Die Trainingsgruppe soll mit zwei Gruppen (Edukationsgruppe/Warteliste) hinsichtlich transkultureller Kompetenzen (u.a. erfasst mit dem Inventar zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten) sowie assoziierter Variablen (z.B. Anteil an Patient/innen aus anderen Kulturen in Behandlung) verglichen werden. Daten sollen vor und nach dem Training sowie zwei und sechs Monate nach Abschluss des Trainings erhoben werden.

Schlüsselwörter: Transkulturelle Kompetenzen, kultursensitive Psychotherapie, webbasiertes Trainingsprogramm, RCT

How to improve cross-cultural competencies in psychotherapists? Introduction of a web-based training program

Abstract: As the number of patients from diverse cultures increases in psychotherapeutic care, cross-cultural competencies of therapists become increasingly important. Currently, evaluated training programs to improve those competencies are lacking. In particular, web-based training programs, which allow therapists to work time-flexible and at their own pace on a training, are missing completely so far. Based on the conception of cross-cultural competencies according to Sue et al. (1992) a web-based training program to improve therapists' cross-cultural competencies was developed. It consists of six modules with texts and practical exercises. Skills and knowledge concerning the work with culturally diverse patients shall be trained as well as participants' awareness regarding the importance of their cultural concepts for the therapeutic work. Beside the program the study design of a randomized controlled trial (RCT) to evaluate its effectiveness is introduced. The training group will be compared with two other groups, i.e. an education only and a waitlist control group. Groups will be compared regarding cross-cultural competencies (e.g. Questionnaire on the Transcultural Competencies of Psychotherapists) and associated variables (e.g. percentage of culturally diverse patients in treatment). Data will be collected before and after the training as well as two and six month after training completion.

Keywords: cross-cultural competencies, culture sensitive psychotherapy, web-based training program, RCT

Deutschland ist ein Einwanderungsland: 21 % der in Deutschland lebenden Menschen besitzen einen Migrationshintergrund – Tendenz steigend (Statistisches Bundesamt, Stand 2015). Auch die große Anzahl Geflüchteter, die seit 2015 in Deutschland ankommen, trägt dazu bei, dass

Menschen unterschiedlichster Ethnien in der psychosozialen Versorgung aufeinander treffen. Gleichzeitig ist die Versorgungssituation von Patient/innen mit Migrationshintergrund und Geflüchteten kritisch: Zum einen wird diese Patientengruppe nur unzureichend in der Regelver-

¹ Gemeint sind alle Patientinnen und Patienten, die aus irgendeinem Kulturkreis stammen, der nicht dem der Therapeutin/des Therapeuten entspricht. Der Übersichtlichkeit halber verwenden wir einheitlich den Begriff „Patient/innen aus anderen Kulturen“, auch wenn viele andere Bezeichnungen denkbar sind (z.B. „Patient/innen mit Migrationshintergrund“).

sorgung berücksichtigt und nur ungenügend über Versorgungsmöglichkeiten aufgeklärt (Lindert et al., 2008; Mösko, Pradel & Schulz, 2011). Zum anderen ist Psychotherapie zumeist nicht ausreichend an dieses Klientel angepasst (Machleidt, Behrens, Ziegenbein & Calliess, 2007).

Psychotherapie ist kulturell eingebettet und wirkt vornehmlich in dem kulturellen Kontext, in dem sie entwickelt wurde. Um effektiv zu sein, muss eine gewisse Kongruenz bestehen zwischen dem (kulturellen) Verständnis von Denken, Fühlen und Verhalten der Patient/in und dem Therapiekonzept (Benish, Quintana & Wampold, 2011). Obwohl bereits entsprechende Leitlinien formuliert wurden (von Lersner, Baschin, Wormeck & Mösko, 2016), fehlen evaluierte Trainings zur Verbesserung transkultureller Kompetenzen für Psychotherapeut/innen in Deutschland fast gänzlich und haben bei weitem nicht ausreichend Eingang in die Regelausbildung gefunden (Mösko, Baschin, Längst & von Lersner, 2012). Die wenigen vorhandenen Trainingsangebote stammen hauptsächlich aus dem anglo-amerikanischen Raum und sind auf das entsprechende Gesundheitssystem sowie die dort dominierenden Minderheitengruppen zugeschnitten (Beach et al., 2005) sowie nicht ausreichend evaluiert (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding & Normand, 2003).

Die häufig unzureichende Passung zwischen Patient/innen und Therapieangebot zeigt sich in der höheren Abbrecherquote bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund (Gaitanides, 2001), sowie in einem geringeren Inanspruchnahmeverhalten und vergleichsweise geringeren Behandlungserfolgen (Mösko et al., 2012; Mösko et al., 2011). Als mögliche Ursachen auf Behandlerseite wurden dafür ein Mangel an Sensibilität für kulturelle Unterschiede, Vorurteile sowie Befürchtungen von Mehraufwand diskutiert (Gaitanides, 2001). Demgegenüber stehen die deutlich erhöhten Prävalenzen psychischer Störungen vor allem bei Geflüchteten, aber auch bei Menschen mit Migrationshintergrund (Fazel, 2005).

Für das Konzept von transkulturellen Kompetenzen existieren verschiedenste Definitionen (Sue, Zane, Nagayama Hall & Berger, 2009). Die Arbeiten von Sue et al. (1982) und Sue et al. (1992) waren die ersten wichtigen Arbeiten zur Definition und Konzeptualisierung von transkulturellen Kompetenzen in der Psychologie. Sie wurden stetig weiterentwickelt (Sue, 2001) und gelten mit folgenden Faktoren als gut etabliert: (1) Bewusstsein für Einstellungen/Überzeugungen zu anderen Kulturen (*awareness of attitudes/beliefs*), (2) Wissen über andere Kulturen (*knowledge*) und (3) Fähigkeiten im Umgang mit Personen aus anderen Kulturen (*skills*). Das im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelte Trainingsprogramm baut auf allen drei Faktoren auf.

Die Diskrepanz zwischen steigendem Bedarf und mangelhafter Berücksichtigung in der psychotherapeutischen

Ausbildung macht eine Verbesserung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeut/innen notwendig. Aufgrund von hoher Ökonomie sowie niedriger Zugangsschwelle versprechen webbasierte Trainingsprogramme eine besonders hohe Erreichbarkeit für potenzielle Teilnehmer/innen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein webbasiertes Trainingsprogramm zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeut/innen zu präsentieren und ein geplantes Studiendesign zu dessen Wirksamkeitsprüfung vorzustellen. Im Programm werden Wissen zum Einfluss der kulturellen Prägung auf die Wahrnehmung und Bewertung von und Fertigkeiten im Umgang mit Patient/innen aus anderen Kulturen geschult sowie den Teilnehmenden die Bedeutung ihrer kulturellen Konzepte für die therapeutische Arbeit bewusst gemacht. Langfristig soll damit der Therapieerfolg für Patient/innen aus anderen Kulturen erhöht werden.

Darstellung des Trainingsprogramms

Programmformat und Trainingselemente

Das Trainingsprogramm wurde auf der Grundlage ausführlicher Literaturrecherche, Expertenbefragungen und Erfahrungsberichten von Psychotherapeut/innen erstellt. Die Informationsvermittlung findet textbasiert statt, verteilt auf sechs Module. Diese stehen als PDF-Datei zum Download aus einem geschlossenen Onlinesystem zur Verfügung. Jedes Modul enthält Texte zur Wissensvermittlung und praktische Übungen zur eigenständigen Durchführung. Im ersten Modul werden die Ziele des Trainings transparent gemacht (z. B. vermehrte Sensibilisierung für die eigene kulturelle Prägung). Zur Veranschaulichung der theoretischen Inhalte wird zudem ein Fallbeispiel eingeführt, welches die Teilnehmenden durch das Programm begleitet. Zu Beginn eines jeden Moduls werden die Inhalte des vorherigen wiederholt. Zur Reflexion des eigenen Wissensstands gibt es am Ende eines jeden Moduls Modulfragen i. S. eines Kompetenzchecks. Es besteht die Möglichkeit, bei Bedarf ein aufgabenbezogenes Feedback des Trainingsleitenden zu erhalten. Zusätzlich zu den Modultexten stehen ergänzende Materialien auf dem Internetportal zur Verfügung (z. B. Fallbeispiele, Arbeitsblätter, Videofiles), die bei der Erarbeitung der Trainingsinhalte unterstützen sollen. Die Teilnehmenden erhalten einmal wöchentlich Zugang zu einem neuen Modul und den zugehörigen Übungsmaterialien. Diese sollen wöchentlich bearbeitet werden, wobei eine Unterbrechung des gerade bearbeiteten Moduls möglich ist. Insgesamt soll das Training innerhalb von sechs Wochen bearbeitet werden.

Modul 1: Was ist Kultur? – Konzepte von Kultur und transkultureller Psychotherapie

Ziel des ersten Moduls ist es, die Teilnehmenden in das Thema Kultur und Psychotherapie einzuführen. Dazu werden zunächst verschiedene *Kulturbegriffe* (z. B. Geertz, 1995), *kulturspezifische Selbstkonzepte* (z. B. Kirmayer, 2007) sowie *Kulturdimensionen* (z. B. Hall & Hall, 1989) vorgestellt. Im Anschluss sollen die Teilnehmenden die Konzepte schriftlich reflektieren, in Bezug zum eigenen psychotherapeutischen Alltag setzen und sich ihr eigenes Kulturverständnis bewusst machen. Anschließend wird ihnen das „Diversity-Konzept“ näher gebracht, welches Kultur i. S. von „Nationalität“ durch sechs Merkmale ersetzt, die Kategorien beschreiben aufgrund derer Personen Ausgrenzung erfahren: Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Behinderungen und Fähigkeiten, Religion, sozioökonomischer Status und Hautfarbe (van Keuk, Ghaderi, Joksimovic & David, 2011). In diesem Zuge wird der Begriff der transkulturellen Kompetenzen vorgestellt und verdeutlicht, dass diese nicht nur bei der Arbeit mit Patient/innen aus anderen Kulturen relevant sind, sondern einen Gewinn für *jede* Therapie darstellen. Sie sind immer dann von Bedeutung, wenn sich die Kontexte, aus denen Patient/innen und Behandler/innen stammen, unterscheiden.

Sowohl die Informationsvermittlung zu den verschiedenen Konzepten von Kultur als auch das Bewusstmachen, dass durch die eigene soziokulturelle Gruppe eine starke Prägung erfolgt und welche Bedeutung diese für das eigene Handeln hat, stellen Grundsteine dar, die im Trainingsverlauf immer wieder aufgegriffen werden.

Modul 2: Was macht Kultur mit uns? – Wie Kultur unser Handeln beeinflusst

Im zweiten Modul wird die Selbstreflexion zur kulturellen Eingebundenheit der Teilnehmenden vertieft. Dazu wird anhand von Fallbeispielübungen und Videobeispielen verdeutlicht, wie die kulturelle Prägung eines Individuums seine Wahrnehmung, sein Denken und sein Handeln beeinflusst. Zudem werden die Teilnehmenden über mögliche Einflussfaktoren auf die Kommunikation im transkulturellen Setting aufgeklärt. So wird z. B. die Rolle von Machtasymmetrien oder Kollektiverfahrungen für das psychotherapeutische Gespräch erarbeitet (vgl. Auernheimer, 2005) und inwiefern sie für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung hinderlich sein können. Aufbauend auf dem Diversity-Konzept wird die Bedeutung der „Kulturfälle“ erläutert, also die Tendenz, eine misslungene Kommunikation auf kulturelle Unterschiedlichkeit (i. S. unterschiedlicher Nationalität) zu attribuieren, obwohl das Kommunikations-

problem tatsächlich auf andere Ursachen (wie z. B. Alter oder Geschlecht) zurückzuführen ist. Mit Hilfe von Übungen soll die Notwendigkeit, im therapeutischen Kontakt ständig zwischen Universalität (menschliche Gleichartigkeit) und Diversität (individuelle und gruppenbezogene Unterschiedlichkeit) zu wechseln, verdeutlicht werden.

Beispiel: Fischschwarmübung

Den Teilnehmenden wird das Bild eines Fischschwarms gezeigt, bei dem ein Fisch separiert vor dem großen Schwarm schwimmt. Sie erhalten die Aufgabe, in kurzen Stichworten zu beschreiben, was auf dem Bild passiert. Daraufhin bekommen sie zwei häufig gegebene Interpretationen zum Vergleich. Die erste fokussiert auf den einzelnen Fisch: sie interpretiert den voranschwimmenden Fisch z. B. als Anführer oder Wegbereiter für den Rest des Schwarms. Diese Deutung wird häufig in individualistischen Kulturen gegeben. Die zweite fokussiert stattdessen auf den Schwarm (also die Gruppe): z. B. wird dieser als Verfolger des einzelnen Fisches verstanden. Diese Interpretation wird häufig in eher kollektivistischen Kulturen gegeben. Die Teilnehmenden sollen erkennen, dass die eigene Sichtweise kulturell geprägt und nur eine von vielen möglichen ist, wobei keine richtig oder falsch ist.

Modul 3: Die sind doch alle gleich! – Vorurteile und Diskriminierung

Hier beschäftigen sich die Teilnehmenden mit der Entstehung und Funktion von Vorurteilen, Arten von Vorurteilen (z. B. offenen und verdeckten) sowie Diskriminierungsmerkmalen. Als Grundlage dafür lernen die Teilnehmenden die Konzepte von Ethnozentrismus (Sumner, 2010) und sozialer Identität (Turner & Tajfel, 1986) kennen. Ein grundlegendes Verständnis von Vorurteilsprozessen soll als Basis dienen, um eigene Urteilsprozesse zu reflektieren und typische Vorurteilsfallen zu erkennen. Sie werden angeregt, neben Unterschieden auch Gemeinsamkeiten zur Patient/in wahrzunehmen. Auch in diesem Modul sollen Fallbeispielübungen den Teilnehmenden helfen, ihr Verhalten im Alltag zu reflektieren.

Modul 4: Was bedeutet Migration? – Migrations- und Akkulturationsprozesse und ihre Auswirkungen

Das vierte Modul verdeutlicht den Teilnehmenden, warum Migration als ein Prozess aufzufassen ist. Es werden die verschiedenen Migrationsphasen sowie die dabei möglichen spezifischen Belastungen thematisiert (z. B. Überkompensation) und auf Herausforderungen des Ak-

kulturationsprozesses (z.B. Identitätskonflikte) eingegangen. Die Teilnehmenden erhalten eine Übersicht zu den verschiedenen Aufenthaltstiteln und damit verknüpften typischen Anliegen von Patient/innen mit Migrationserfahrung, um diese im Kontext äußerer Bedingungen zu verstehen. Gleichzeitig wird auch auf Vorteile hingewiesen, die sich aus einer Migrationserfahrung ergeben können (z.B. Healthy-migrant-Effekt, vgl. Razum, 2007). Die Teilnehmenden werden darauf aufmerksam gemacht, dass sich migrierte Patient/innen ggf. nicht aufgrund ihrer Kultur „anders“ verhalten, sondern aufgrund ihrer Migrationserfahrung. Sie werden dazu angehalten, die individuelle Migrationsgeschichte ihrer Patient/innen detailliert zu explorieren und bei Bedarf in das Störungsmodell und den Therapieplan zu integrieren.

Modul 5: Was bedeuten diese Symptome? Kultursensitive Diagnostik und Störungsmodell

Dieses Modul verdeutlicht die Bedeutung kultursensitiver Verfahren in der Psychodiagnostik und der Anamneseerhebung. Die Teilnehmenden werden über die Relevanz von sprachlicher und kultureller Äquivalenz von Testverfahren für die Gewährleistung vergleichbarer Messwerte aufgeklärt (Glaesmer, Brähler & von Lersner, 2012). Außerdem wird die Gefahr von Fehldiagnosen aufgrund von kulturellen Unterschieden im Beschwerdeaussdruck am Beispiel von Psychosediagnosen bei afrikanischen Migrant/innen thematisiert (Haasen & Yagdiran, 2000).

Zudem wird eine Einführung in den Gebrauch des Cultural Formulations Interview (CFI) aus dem DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) gegeben. Das Interview ist ein halbstrukturierter Leitfaden zur Exploration verschiedener Aspekte des kulturellen Hintergrunds der Patient/in (z.B. die kulturelle Definition des Problems). Die besondere Rolle der Integration von kulturell geprägten Annahmen (z.B. verflucht worden zu sein) der Patient/in und spezifischem Störungswissen der Therapeut/in in das Störungsmodell wird betont. Die Teilnehmenden werden nach Abschluss des Moduls dazu angehalten, das CFI im eigenen Berufsalltag zu erproben. Zudem erhalten sie eine Übersicht zu kultursensitiven Messinstrumenten für verschiedene Störungsbilder.

Modul 6: Abschluss

Das sechste Modul dient dazu, die gelernten Inhalte zu wiederholen und zu vertiefen. Dazu werden fiktive Situati-

onen mit der Patientin aus dem begleitenden Fallbeispiel beschrieben, die sich inhaltlich auf die verschiedenen Module beziehen. Die Teilnehmenden werden aufgefordert, Ideen zu sammeln, wie sie mit den Situationen bestenfalls umgehen würden und erhalten ein aufgabenbezogenes Feedback durch den Trainingsleitenden. Zudem erfolgt eine kurze subjektive Bewertung des Trainings durch die Teilnehmenden sowie ein Abgleich mit den zu Beginn eingeführten Lernzielen.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit stellt ein webbasiertes modularisiertes Trainingsprogramm zur Steigerung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeut/innen vor, dessen Stärken und Einschränkungen im Folgenden diskutiert werden.

Zu den Stärken des Trainingsprogramms zählen seine hohe zeitliche, räumliche und finanzielle Ökonomie. Zudem unterstützen Fallbeispiele aus dem Berufsalltag die Teilnehmenden darin, ihre Verhaltens- und Denkmuster im Kontakt mit Patient/innen aus anderen Kulturen zu reflektieren. Der hohe Anteil an Übungen zur Selbstreflexion in einem online-Trainingsprogramm stellt eine bisher seltene Möglichkeit der Fortbildung dar. Gerade durch die aktuell stark ansteigende Zahl von Patient/innen aus anderen Kulturen mit Bedarf an Psychotherapie ist dies sehr wichtig. Inhaltlich fußt das Trainingsprogramm auf dem bereits gut etablierten und untersuchten Konzept zu transkulturellen Kompetenzen von Sue und Kollegen (Sue, 2001; Sue et al., 1992; 1982).

Neben diesen Stärken sind allerdings auch einige Einschränkungen bei der Verwendung des Trainingsprogramms zu bedenken. So erfordert die Durchführung eine hohe intrinsische Motivation von Seiten der Teilnehmenden, da sie es eigenverantwortlich bearbeiten und nach Abschluss keinerlei Zertifizierung erhalten. Dies könnte zur Folge haben, dass das Programm vor allem von jenen genutzt wird, die ohnehin ein großes Interesse am Thema haben, und es damit nur bedingt zur Verbesserung der Versorgungssituation beiträgt. Hilfestellungen und Feedback von Trainer/innen sind in einer geplanten ersten Studie zur Evaluierung des Programms (s. Ausblick) zwar vorgesehen, unklar ist aktuell aber, wie der Support nach Abschluss dieser Studie angeboten werden kann. Bei der Implementierung des Trainings nach Studienabschluss sollten also ggf. konkrete Überlegungen zur Umsetzung des Supports getroffen werden. Auf lange Sicht wäre es wünschenswert, das Programm ergänzend zu Seminaren in die Aus- und Fortbildung zu implementieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entwicklung eines Trainingsprogramms zur Verbesserung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeut/innen einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Versorgungssituation darstellt und einen bisher vernachlässigten Bereich in der psychotherapeutischen Ausbildung anspricht. Die wachsende Relevanz dieser Kompetenzen im psychotherapeutischen Alltag macht ein ökonomisches und effektives Schulungsprogramm notwendig. Durch den substantiellen Anteil an Selbstreflexionsübungen stellt das Trainingsprogramm zudem einen ganz neuen Ansatz vor, der es Praktiker/innen ermöglichen soll, Hemmungen vor der Arbeit mit Patient/innen aus anderen Kulturen abzubauen und ihre Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Ausblick: Studienprotokoll

Um die Wirksamkeit des dargestellten Trainings zu überprüfen, soll zwischen Dezember 2017 und Juli 2018 eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) durchgeführt werden. Im Folgenden werden geplantes Studiendesign, anvisierte Stichprobengröße sowie geplante Messmethoden vorgestellt.

Studiendesign und Zielgruppe

Die Teilnehmenden werden randomisiert einer Trainingsgruppe (TG), einer Gruppe mit reiner Edukation (EOG) oder einer Wartekontrollgruppe (WLG) zugeordnet. Die Trainingsteilnahme ist kostenfrei. Eine Aufwandsentschädigung ist nicht vorgesehen. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission des Fachbereichs Psychologie an der Phillips-Universität Marburg liegt bereits vor (2017-07k). Die Studie wurde unter clinicaltrials.gov registriert (NCT03038347).

Das Trainingsprogramm richtet sich an psychologische und ärztliche Psychotherapeut/innen (approbiert oder in Ausbildung). Voraussetzungen für die Teilnahme sind (1) eine aktuelle psychotherapeutische Tätigkeit, um praktische Übungen durchführen zu können, (2) Internetzugang, (3) ausreichende Deutschkenntnisse, (4) ausreichende Zeit und Motivation, um das 6-wöchige Training zu bearbeiten, (5) abgeschlossene oder laufende Ausbildung (mindestens ein Jahr) in einem der Psychotherapie Richtlinienverfahren, Anerkennung nach PsychTG in Deutschland oder äquivalenter Abschluss aus dem Ausland. Ausschlusskriterium sind zu viele Vorkenntnisse, d. h. die Teilnehmenden dürfen nicht mehr als 10 UE Fortbildung in transkulturellen Kompetenzen innerhalb der letzten 3 Jahre besucht haben.

Stichprobengröße und Power-Berechnungen

Da webbasierte Trainingsprogramme für transkulturelle Kompetenzen im psychotherapeutischen Kontext bisher im deutschsprachigen Raum nicht existieren und bestehende Programme (primär im englischsprachigen Raum) nicht systematisch evaluiert wurden, kann eine angestrebte Effektgröße für die Unterschiede zwischen den drei Gruppen nicht genau geschätzt werden. Ein systematisches Review zu face-to-face Trainings zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Mitarbeitern des Gesundheitssystems zeigte insgesamt eine moderate Wirksamkeit (Truong, Paradies & Priest, 2014). Die Wirksamkeit von webbasierten Trainings gilt insgesamt mit mittleren bis hohen Effekten als belegt (z. B. Bellhäuser, Lösch, Winter & Schmitz, 2016).

Unter Berücksichtigung dieser Effektgrößen sowie der insgesamt eingeschränkten Forschungslage legen wir unseren Power-Berechnungen einen mittleren Effekt zugrunde ($f = 0.25$, $\alpha = 0.05$, Power 80 %). Mit G*Power (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) ergibt sich für eine 3×3 multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (MANOVA) eine Stichprobengröße von $N = 108$.

Rekrutierung, Randomisierung und Studienverlauf

Die Studienteilnehmenden werden rekrutiert über E-Mail-Verteiler von Ausbildungsinstituten, den Verbund der universitären Ausbildungsgänge (unith), die Landespsychotherapeutenkammern, Kompetenznetzwerke, psychotherapeutische und psychosomatische Kliniken, sowie eine freie Internetrecherche zu niedergelassenen Psychotherapeut/innen. Nach einer Prüfung der prinzipiellen Teilnahmebedingungen mittels eines Onlinefragebogens erhalten die Teilnehmenden eine ausführliche Studieninformation und füllen eine Einverständniserklärung aus. Anschließend werden sie randomisiert einer der drei Studiengruppen zugeteilt und über die Gruppenzuordnung informiert. Daraufhin erfolgt bei allen drei Gruppen die Prä-Training-Messung. Hierbei bearbeiten alle Teilnehmenden über ein Onlineportal Fragebögen zu den Outcomes sowie zu demografischen Aspekten. Teilnehmende der TG bearbeiten daraufhin sechs Wochen lang das Trainingsprogramm. Teilnehmende der EOG bearbeiten eine auf edukative Inhalte reduzierte Version des Programms (rein textbasierte Informationsvermittlung). Teilnehmende der WLG warten nach Bearbeitung der Pre-Training-Messung sechs Wochen auf den Beginn des Trainings. In allen drei Gruppen erfolgt nach Abschluss der sechs Wochen Training /Wartezeit die erste Post-Training-Mes-

sung und nach weiteren acht Wochen die zweite Post-Training-Messung. Im Anschluss bearbeiten die Teilnehmenden der EOG den praktischen Anteil des Trainings (praktische Übungen und Selbstreflexionen) und erhalten entsprechend aufgabenbezogenes Feedback von den Trainer/innen. Teilnehmende der WLG bearbeiten nun das vollständige Training über sechs Wochen. Sowohl bei der EOG als auch der WLG erfolgen nach Abschluss des Trainings erneut eine Post-Training-Messung sowie eine weitere Post-Training-Messung acht Wochen später. Alle drei Gruppen werden sechs Monate nach Beendigung des Trainings erneut befragt (Follow-up-Messung). Eine ausführliche Beschreibung des Studienverlaufs finden Sie im Anhang.

Messungen

Die primären und sekundären Outcomes werden mittels Fragebögen über ein Onlineportal erhoben. Dazu erhalten die Teilnehmenden personalisierte Links per E-Mail sowie bei Bedarf Erinnerungs-E-Mails, falls die Fragebogen nicht (vollständig) bearbeitet wurden.

Demografische Variablen

Folgende demografische Variablen werden erhoben: Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Religion, Familienstand, Muttersprache, höchster Bildungsabschluss, Jahr der Approbation bzw. Stand der Ausbildung, aktueller Tätigkeitsbereich, Therapieschule, Berufserfahrung, Fortbildungen zum Thema transkulturelle Kompetenzen, Erfahrung in der Arbeit mit Patient/innen aus anderen Kulturen, Anteil an Personen aus anderen Kulturen im privaten Umfeld.

Primäre Outcomes

Inventar zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (TKKP)

Beim Inventar zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (Reichardt, von Lersner, Rief & Weise, 2017) handelt es sich um ein Selbstauskunftsinstrument, welches speziell für den psychotherapeutischen Kontext entwickelt wurde. Es besteht aus 16 Items, die sich auf die Subskalen Fertigkeiten, Überzeugungen und Bewusstsein aufteilen. Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt. Eine erste Validierung des Fragebogens ergab mittlere bis gute interne Konsistenzen der Subskalen ($\alpha = .69-.74$) sowie Hinweise für ausreichende Konstruktvalidität (Reichardt et al., 2017).

Deutsche Version des Multicultural Counseling Inventories (MCI)

Das Multicultural Counseling Inventory (Sodowsky, Taffe, Gutkin & Wise, 1994; deutsche Übersetzung Dr. Ulrike

von Lersner, HU Berlin; Hauptmann, 2014) misst mit 43 Items transkulturelle Kompetenzen in Beratungsberufen. Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt und können zu vier Subskalen aufsummiert werden: Wissen, Bewusstsein, Fertigkeiten und multikulturelle Beratungsbeziehung. Der englischsprachige Originalfragebogen weist mit $\alpha = .88$ eine hohe interne Konsistenz und ausreichende Evidenz für Konstrukt- sowie Kriteriumsvalidität auf (Sodowsky et al., 1994). Für die deutsche Übersetzung liegen bisher keine Validierungsuntersuchungen vor.

Sekundäre Outcomes

I. Die Teilnehmenden werden gebeten, *Angaben zu ihren aktuellen Erfahrungen in der Therapie mit Patient/innen aus anderen Kulturen zu machen*. Beispielsweise sollen sie den Anteil der Patient/innen aus anderen Kulturen angeben, die sich aktuell bei ihnen in Behandlung befinden. Des Weiteren sollen sie auf einer fünfstufigen Likert-Skala die eigene Zufriedenheit mit den Therapien, das eigene Kompetenzerleben sowie die erlebte Wirksamkeit und Schwierigkeit der Therapien einschätzen. Zudem erfolgt eine generelle Einschätzung der Bereitschaft zur Aufnahme von Patient/innen aus anderen Kulturen unter verschiedenen Bedingungen (z.B. ethnische Herkunft, Art oder Schwere der psychischen Störung).

II. Die Teilnehmenden erhalten *trainingsbezogene Aufgaben im multiple-choice Format*. Sie dienen der Wissensüberprüfung i.S. eines manipulation checks und beziehen die eigene praktische Tätigkeit der Teilnehmenden mit ein.

III. Da angenommen wird, dass reine Selbstauskünfte zur Behandlung von Patient/innen aus anderen Kulturen anfällig für sozial erwünschte Antworttendenzen sind, werden neben den o.g. direkten Fragen auch indirekte Fragen gestellt und *Verhaltensmaße* als Outcomes genutzt. Aufgrund der langen Wartezeiten für Psychotherapie und der erforderlichen langfristigen Planung von Patientenaufnahmen sind Veränderungen im tatsächlichen therapeutischen Alltag erst nach längerer Zeit zu erwarten. Deswegen wird bei der Trainingsevaluation auf *Fallbeispiele* (Patient/innen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen und unterschiedlichen Diagnosen) ausgewichen. Die Teilnehmenden beantworten dazu Fragen, z.B. ob sie einen vorgestellten (fiktiven) Fall übernehmen würden und welche Schwierigkeiten sie in der Behandlung antizipieren. Die Fragen werden sowohl im multiple-choice-Format als auch im Freiantwortformat vorgegeben und orientieren sich beim Aufbau an den aus der Wirtschaftspsychologie stammenden Culture Assimilators (Fiedler, Mitchell & Triandis, 1971; Thomas, 1999).

In der Follow-up Messung erhalten die Teilnehmenden zudem Fragen zur *Zufriedenheit* mit dem Training. Hierbei handelt es sich um selbst entwickelte Items im geschlosse-

nen und offenen Antwortformat, die dazu dienen, die Qualität des Trainings einzuschätzen und Potentiale für dessen Weiterentwicklung und Verbesserung zu ermitteln.

Statistische Analyse

Alle Outcomes werden mittels Intention-to-treat-Analyse ausgewertet. Gruppenunterschiede in den primären und sekundären Outcomes werden mittels einer 3(TG, EOG, WLK) \times 3(Pre-Training/Post-Training/8 Wochen Post-Training) MANOVA analysiert. Zur weiteren Untersuchung der Haupteffekte werden entsprechende *post hoc* Vergleiche verwendet. Die Effektgrößen der Gruppenunterschiede werden mit Hedges' *g* berechnet.

Kritische Würdigung

Das methodische Design der geplanten Studie soll verschiedene Aussagen über die Wirksamkeit des Trainings ermöglichen: Im Vergleich mit der WLK soll untersucht werden, ob das Training zu einer stärkeren Verbesserung transkultureller Kompetenzen führt als eine reine Aufmerksamkeitslenkung auf das Thema. Im Vergleich mit der EOG soll überdies untersucht werden, wie umfassend ein Training sein muss, um eine nachweisbare Verbesserung transkultureller Kompetenzen zu erreichen. Es wird überprüft werden, ob die als wichtig angenommenen Elemente zur Selbstreflexion einen über eine reine Edukation hinausgehenden Gewinn darstellen. Zudem soll durch die Nutzung von verhaltensnahen Outcomes Tendenzen sozial erwünschter Antworten entgegengewirkt werden.

Aufgrund des Mangels an gut validierten Messinstrumenten zur Erfassung transkultureller Kompetenzen speziell im psychotherapeutischen Kontext, entwickelten die Autoren ein eigenes Inventar (Reichardt et al., 2017). Dieses wird neben dem MCI (Sodowsky et al., 1994; deutsche Übersetzung Dr. Ulrike von Lersner, HU Berlin; Hauptmann, 2014) für die Evaluierung des Programms eingesetzt. Beide Inventare sind im deutschsprachigen Raum nicht ausreichend validiert und erlauben derzeit keine Aussage über ihre Retestrelabilität. Ähnliche Einschränkungen gelten für die eigens an die Inhalte des Trainings angepassten Verhaltensaufgaben. Auch hier steht eine Validierung aus, wobei die hohe Augenscheinvalidität ihren Einsatz höchst sinnvoll erscheinen lässt. Aufgrund des Pilotcharakters der geplanten Studie können diese Einschränkungen als tolerierbar betrachtet werden.

Da es sich bei der geplanten Studie um eine erste Evaluierung des Trainingsprogramms handeln wird, sollten die Bewertungen und Rückmeldungen der Teilnehmenden dazu verwendet werden, einzelne Module und Aufgaben

zu optimieren. Im nächsten Schritt sollte das Programm mit einem anderen (face-to-face) Schulungsprogramm als Kontrollbedingung verglichen werden (z.B. von Lersner, 2014). Auf lange Sicht wäre es wünschenswert, das Programm ergänzend zu Seminaren in die Aus- und Fortbildung zu implementieren.

Literatur

- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 68 – 79.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Auernheimer, G. (2005). Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. *Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit*, 1, 15 – 22.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., ... Bass, E. B. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43, 356.
- Bellhäuser, H., Lösch, T., Winter, C. & Schmitz, B. (2016). Applying a web-based training to foster self-regulated learning – Effects of an intervention for large numbers of participants. *The Internet and Higher Education*, 31, 87 – 100.
- Benish, S. G., Quintana, S. & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279 – 289.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175 – 191.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365, 1309 – 1314.
- Fiedler, F. E., Mitchell, T. & Triandis, H. C. (1971). The culture assimilator: An approach to cross-cultural training. *Journal of Applied Psychology*, 55, 95.
- Gaitanides, S. (2001). Zugangsbarrieren von Migrant(inn)en zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen* (pp. 181 – 194). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Geertz, C. (1995). Dichte Beschreibung: *Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme* (4. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp.
- Glaesmer, H., Brähler, E. & von Lersner, U. (2012). Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis. *Psychotherapeut*, 57, 22 – 28.
- Haasen, C. & Yagdiran, O. (2000). *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg: Lambertus.
- Hall, E. T. & Hall, M. R. (1989). *Understanding cultural differences: Germans, French and Americans*. Yarmouth, ME: Intercultural press.
- Hauptmann, N. J. (2014). *Training interkultureller Kompetenz in der Aus-/Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten: Evaluation eines Trainingskonzepts*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin.
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry*, 44, 232 – 257.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit

- Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 58, 123 – 129.
- Machleidt, W., Behrens, K., Ziegenbein, M. & Calliess, I. T. (2007). Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34, 325 – 331.
- Möske, M., Baschin, K., Längst, G. & von Lersner, U. (2012). Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung. *Psychotherapeut*, 57, 15 – 21.
- Möske, M., Pradel, S. & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 465 – 474.
- Razum, O. (2007). Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. *International Journal of Public Health*, 52, 75 – 77.
- Reichardt, J., von Lersner, U., Rief, W. & Weise, C. (2017). *Entwicklung und Validierung des Inventars zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten (TKKP)*. Manuskript in Vorbereitung.
- Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B. & Wise, S. L. (1994). Development of the Multicultural Counseling Inventory: a self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 137 – 148.
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*, 29, 790 – 821.
- Sue, D. W., Arredondo, P. & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, 70, 477 – 486.
- Sue, D. W., Bernier, J. E., Durran, A., Feinberg, I., Pedersen, P., Smith, E. J. & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist*, 10, 45 – 52.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C. & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525 – 548.
- Sumner, W. G. (2010). *Folkways: a study of the sociological importance of usages, manners, customs, mores, and morals*. Boston: Ginn and Company.
- Thomas, A. (1999). Training von Fach- und Führungskräften für den Auslandseinsatz. In R. C. Meiler (Hrsg.), *Mittelstand und Betriebswirtschaft* (S. 123 – 148). Wiesbaden: Springer.
- Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*, 14, 1.
- Turner, J. C. & Tajfel, H. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. *Psychology of Intergroup Relations*, 7 – 24.
- van Keuk, E., Ghaderi, C., Joksimovic, L. & David, D. M. H. (2011). *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- von Lersner, U. (2014) *Kultursensibel aber wie? Leitlinien für Trainings transkultureller Kompetenzen von Psychotherapeuten und Implikationen für die Praxis*. Jahrestagung der DGPPN, Berlin.
- von Lersner, U., Baschin, K., Wormeck, I. & Möske, M. (2016). Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie: Psychosomatik: medizinische Psychologie*, 66, 67 – 73.

Judith Reichardt

Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstraße 18
35032 Marburg an der Lahn

judith.reichardt@uni-marburg.de

Anhang

Detaillierte Beschreibung des Studienverlaufs

Nach der Randomisierung werden die Teilnehmenden einer der drei Studiengruppen zugeteilt und über die Gruppenzuordnung informiert. Daraufhin erfolgt bei allen drei Gruppen die Prä-Training-Messung (t1-Messung). Hierbei bearbeiten alle Teilnehmenden über ein Onlineportal Fragebögen zum primären Outcome, zum sekundären Outcome I sowie zu demografischen Aspekten. Teilnehmende der TG bearbeiten daraufhin sechs Wochen lang das Trainingsprogramm. Teilnehmende der EOG bearbeiten eine auf edukative Inhalte reduzierte Version des Programms. Das heißt, dass in diesem Programm praktische Übungen zur Anwendung im therapeutischen Alltag oder Übungen zur Selbstreflexion nicht enthalten sind, sondern eine rein

textbasierte Vermittlung von Informationen stattfindet. Teilnehmende der WLG warten nach Bearbeitung der t1-Messung sechs Wochen auf den Beginn des Trainings. Sie erhalten in diesem Zeitraum keine Trainingsmaterialien. In allen drei Gruppen erfolgt nach Abschluss der sechs Wochen Training/Wartezeit die t2-Messung. Hierbei wird erneut ein Online-Fragebogenpaket bearbeitet, welches zusätzlich zu den Instrumenten der t1-Messung trainingsbezogene multiple-choice-Aufgaben enthält, die auch die praktische Tätigkeit der Teilnehmenden miteinbeziehen (sekundäres Outcome II). Acht Wochen nach Abschluss des Trainings/der Wartezeit bearbeiten alle Gruppen dann einen weiteren Fragebogen (t3), der neben dem sekundären Outcome I auch verhaltensnahe Aufgaben wie die Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele beinhaltet (sekundäres Outcome III). Nach Abschluss dieser t3-Mes-

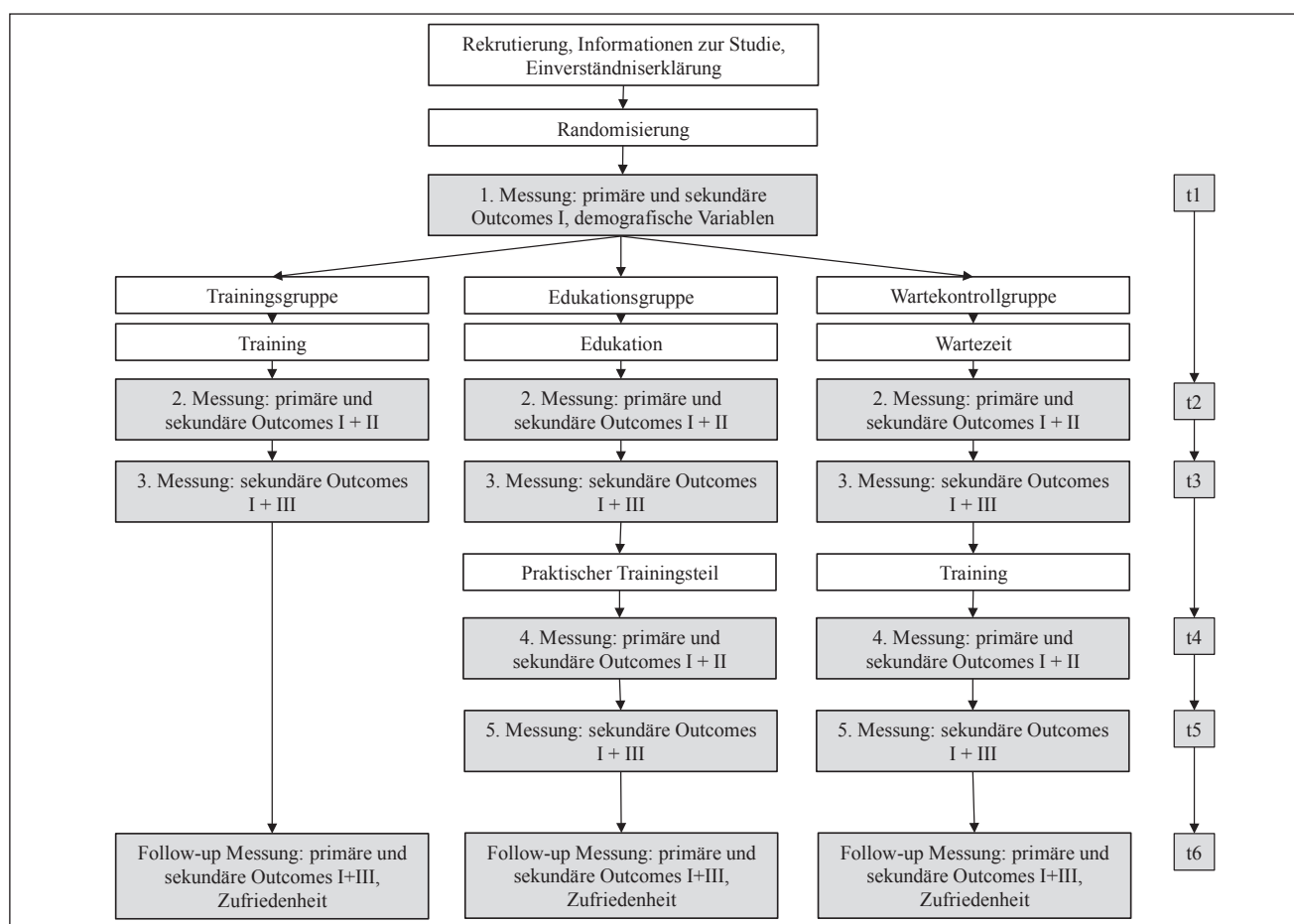


Abbildung 1. t = Messzeitpunkt, t1 = Prä-Messung, t2 = 1. Post-Messung (6 Wochen nach Trainingsbeginn), t3 = 2. Post-Messung (8 Wochen nach Trainingsende), t4 = 1. Post-Messung für die Kontrollgruppen (6 Monate nach Trainingsende), t5 = 2. Post-Messung für die Kontrollgruppen (8 Wochen nach Trainingsende), t6 = Follow-up Messung (6 Monate nach Trainingsende), primäres Outcome = Inventar zur Erfassung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten und deutsche Version des Multicultural Counseling Inventories, sekundäres Outcome I = aktuelle Erfahrungen mit Patient/innen aus anderen Kulturen, sekundäres Outcome II = trainingsbezogene multiple-choice Aufgaben, sekundäres Outcome III = fallbeispielbezogene Verhaltensmaße.

sung erhalten die Teilnehmenden der EOG die Möglichkeit, die praktischen Übungen sowie die Selbstreflexionen, die nur im Programm der TG enthalten sind, zu bearbeiten und entsprechend aufgabenbezogenes Feedback von den Trainer/innen zu erhalten. Teilnehmende der WLG erhalten nach der t3-Messung Zugang zu den Materialien und können das vollständige Training über sechs Wochen bearbeiten. Sowohl die EOG als auch die WLG bearbeitet nach Abschluss des Trainings erneut die Fragebogenbatterie,

die der t2 Messung entspricht (t4 Messung) sowie nach acht Wochen die Fragebogenbatterie, die der t3-Messung entspricht (t5). Alle drei Gruppen werden sechs Monate nach Beendigung des Trainings erneut befragt (t6-Messung). Neben den primären und sekundären Outcomes (I + III) beinhaltet diese Messung offene und geschlossene Fragen zur Zufriedenheit mit dem Trainingsprogramm. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Ablauf der Studie und die einzelnen Messzeitpunkte.

CME-Fragen



1. Welche Aussage trifft auf das Themenfeld der transkulturellen Kompetenzen bei Psychotherapeuten zu?

- Es existiert eine Vielzahl evaluierter Trainings zur Verbesserung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten.
- Transkulturelle Kompetenzen sind für die Psychotherapie im deutschsprachigen Raum nicht relevant.
- Es existieren kaum evaluierte Programme zur Verbesserung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten.
- der Aufbau transkultureller Kompetenzen ist ein obligatorischer curriculärer Baustein in der Psychotherapieausbildung.

2. Transkulturelle Kompetenzen sind in der Psychotherapie

- nur für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen relevant.
- auch im Umgang mit Menschen aus anderen kontextuellen Bedingungen hilfreich.
- nur durch die Arbeit mit Dolmetschern zu erreichen.
- nur für die Arbeit mit sehr religiösen Patienten von Bedeutung.

3. Die „Kulturfälle“ beschreibt

- die Tendenz, eine misslungene Kommunikation auf kulturelle Unterschiedlichkeit zu attribuieren, obwohl andere Gründe ursächlich sind.
- eine allgemein vorurteilsbehaftete Haltung gegenüber Migrantinnen und Migranten.
- die Tendenz Menschen aus anderen Kulturen im Rahmen der Psychotherapie zu bevorteilen.
- die Tendenz kulturell besetzte Vorurteile auf das Verhalten der Migrantinnen und Migranten zu übertragen.

4. Welche Aussage trifft zu?

- Das Cultural Formulations Interview (CFI) aus dem DSM-5 ist ein Explorationsleitfaden zur kulturspezifischen Erfassung von psychosomatischen Beschwerden bei Patienten mit Migrationshintergrund.
- Bei dem Cultural Formulations Interview (CFI) aus dem DSM-5 handelt es sich um eine Explorationshilfe, in welcher konkrete Symptome psychischer Störungen kulturspezifisch dargestellt werden.
- Bei dem Cultural Formulations Interview (CFI) aus dem DSM-5 handelt es sich um ein standardisiertes, computergestütztes Verfahren, mit welchem verschiedene Aspekte des kulturellen Hintergrunds eines Patienten erfasst werden können.
- Bei dem Cultural Formulations Interview (CFI) aus dem DSM-5 handelt es sich um einen halbstrukturierten Explorationsleitfaden zur Erfassung verschiedener Aspekte des kulturellen Hintergrunds eines Patienten.

5. Welche Herausforderung geht mit der Durchführung eines webbasierten Trainings zur Förderung transkultureller Kompetenzen bei Psychotherapeuten einher?

- Die Durchführung des Trainings nimmt etwa ein Jahr in Anspruch und erfordert einen wöchentlichen Zeitaufwand von zwei Stunden.
- Zur Durchführung des Trainings bedarf es eines grundlegenden Wissens über kulturspezifische Ausprägungen psychischer Störungen.
- Die Durchführung des Trainings erfordert eine hohe intrinsische Motivation auf Seiten der Therapeuten, was einen Einfluss auf die Compliance ausübt.
- Die Durchführung des Trainings erfordert umfassende Computerkenntnisse und Systemvoraussetzungen des eingesetzten Computers.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (min. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag bis zum **14.08.2017** an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Dr. Ulrike de Vries
ZKPR
Universität Bremen
Grazer Str. 6
28359 Bremen
Deutschland

Fortbildungszertifikat

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 2 Fortbildungspunkte an.

Stempel

Zeitschrift für Psychiatrie,
Psychologie und
Psychotherapie
03/2017



«Wie lassen sich transkulturelle Kompetenzen bei Psychotherapeuten steigern? Vorstellung eines webbasierten Trainingsprogramms»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name _____

Berufsbezeichnung, Titel _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

**Development and Validation of the Questionnaire on Transcultural Competencies of
Psychotherapists (TCCP)**

Judith Reichardt¹, Ulrike von Lersner², Winfried Rief¹, Cornelia Weise^{1}*

¹ Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Psychology, Philipps
University Marburg, Marburg/Germany;

² Division of Transcultural Psychology, Department of Psychology, Humboldt-University
Berlin/Germany

* Corresponding author: Dr. Cornelia Weise, Philipps University Marburg, Department of
Psychology, Division of Clinical Psychology and Psychotherapy, Gutenbergstraße 18, 35032
Marburg, Germany; telephone: 0049 6421 2826738; fax: 0049 6421 2828904; e-mail:
weise@uni-marburg.de

Abstract

Because of migration flows and the current refugee movement a growing amount of culturally diverse patients are a significant challenge for psychotherapeutic and psychiatric health care. Accordingly, transcultural competencies become increasingly relevant for clinicians. Trainings aiming to improving transcultural competencies are nevertheless rare. Moreover, it is difficult to assess their efficacy since adequate measuring instruments, in particular in German language, are lacking. Existing inventories in English-language vary considerably in the definition and conception of transcultural competencies, as well as in their psychometric quality.

We developed and evaluated the Questionnaire on the Transcultural Competencies of Psychotherapists (TCCP) in German language. On the basis of extensive literature research and expert surveys, 44 items referring to transcultural aspects (e.g. skills, knowledge, and awareness) as well as to common factors of psychotherapy (e.g. therapeutic alliance, resource activation) were compiled. In study I ($N = 213$) three factors were extracted using an exploratory factor analysis (EFA) and scaling the questionnaire down to 16 items. The three scales (*Skills*, *Challenges-Therapist*, and *Challenges-Relationship*) showed acceptable internal consistencies ($\alpha = .69 - .74$). In study II ($N = 195$) a confirmatory factor analysis (CFA) revealed good model fit, confirming the TCCP's three-factor solution. Correlations with the Multicultural Counseling Inventory and the Big Five Inventory 10, indicate convergent and discriminant validity, respectively.

In the future the TCCP shall be used to investigate the efficacy of trainings on transcultural competencies in psychotherapy and accordingly give advice on how these trainings should be improved. Thus, the questionnaire shall contribute to improving psychotherapeutic health care of culturally diverse patients.

Keywords: cross-cultural competencies, cross-cultural psychotherapy, questionnaire, validation

Introduction

Due to globalization and increased migration flows the number of patients from diverse cultures increases in psychotherapeutic care. Seventy-six million people (10%) living in European countries, and forty-seven million people (15%) living in the United States (United Nations, 2016) have a migration background. Culture shapes every aspect of mental health care (Kirmayer, 2006) as well as the individual's values, beliefs and practices (Betancourt & Lopez, 1993). And as congruence of treatment with the cultural worldviews of the patient is necessary for an effective intervention, transcultural competencies of therapists become increasingly important (Benish, Quintana, & Wampold, 2011).

The increasing numbers of cross-cultural encounters challenge the health care systems worldwide: Findings show that therapists tend to have poorer therapy outcomes with patients with migration background compared to patients without migration background (Hayes, Owen, & Bieschke, 2015; Imel et al., 2011). Further, patients with migration background seem to have reduced access to psychotherapeutic health care and thus show reduced health care utilization (Möske, Baschin, Längst, & von Lersner, 2012; Stanciole & Huber, 2009). Various explanations for these inequalities are discussed: On the side of therapists, lack of knowledge, awareness and sensitivity for cultural differences, fear of additional expenses, or prejudices are named, whereas on the side of patients mistrust or fear of legal consequences seem to be important (Gaitanides, 2001; Kim, Cartwright, & Asay, 2003).

Despite the obvious need for improvements in the psychotherapeutic health care of culturally diverse patients, trainings for transcultural competencies are scarce and often not sufficiently evaluated (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand, 2003; Beach et al., 2005). Further, many different conceptualizations of transcultural competencies exist (Sue, Zane, Nagayama Hall, & Berger, 2009), resulting in a huge variety of instruments to assess these competencies (Gamst, Liang, & Der-Karabetian, 2011). In fact, even the conception's terminology varies considerably: *intercultural*, *multicultural*, *transcultural*, *cross-cultural*, *cultural sensitive* are just a few of the terms used. The inconsistent use of terms is not only confusing but also raises the question whether they designate the same conception (Ridley, Mendoza, Kanitz, Angermeier, & Zenk, 1994; Steinhäuser, Martin, von Lersner, & Auckenthaler, 2014). In Germany, the term of *intercultural competencies* dominated linguistic usage for a long time. It is now replaced by *transcultural competencies*, a term that underlines the blurring of boundaries between cultures rather than considering them as clearly definable units (Welsch, 1999). Hence, we decided using the term *transcultural competencies* in the current study.

Among the first and well-established conceptions of transcultural competencies in the field of psychology were those by Sue et al. (1982) and Sue, Arredondo, and McDavis (1992). According to the authors transcultural competencies consist of three main factors: Awareness of attitudes/beliefs, knowledge, and skills. *Awareness of attitudes/beliefs* implies being aware of the own cultural heritage, values, and biases that could affect the interaction with a culturally diverse patient. *Knowledge* includes knowledge about the cultural background of the patient as well as potential barriers within the institutional system one is working in. *Skills* imply specific skills in the interaction with culturally diverse patients, for example integrating the patients' culture specific explanatory model into the therapy. This conception is the theoretical basis of the most investigated and applied measuring instruments of cross-cultural competencies in the English-speaking area. These are the Multicultural Counseling Inventory (MCI; Sadowsky, Taffe, Gutkin, & Wise, 1994), the Multicultural Awareness-Knowledge-and-Skills Survey (MAKSS; D'Andrea, Daniels, & Heck, 1991) and its revised version MAKSS-CE-R (Kim et al., 2003) as well as the Multicultural Counseling Knowledge and Awareness Scale (MCKAS; Ponterotto, Rieger, Barrett, & Sparks, 1994). Their reliability is good, however results of construct validity vary and results of criterion validity are scarce (Ponterotto et al., 1994). Further, the following limitations must be considered: (1) Lack of consistency between same-named subscales and high correlations between the *Knowledge* and *Skills* subscales suggest that they measure different constructs or different aspects of the same construct (Kocarek, Talbot, Batka, & Anderson, 2001; Ponterotto et al., 1994; Pope-Davis & Dings, 1994). (2) Measurements were developed in North America and thus refer to the local socio-cultural and political context (Dunn, Smith, & Montoya, 2006). An adaption for the use in European countries is necessary (Qureshi, Collazos, Ramos, & Casas, 2008). (3) The majority of existing inventories address people working in counseling professions in general. Measurements specifically tailored to the context of psychotherapy are lacking so far. In German, the only existing inventory is the Cross-Cultural Competence Instrument for the Healthcare Profession (CCCHP; Bernhard et al., 2015), which also addresses members of the health care system in general. It assesses transcultural competencies on five dimensions, i.e., intercultural motivation, intercultural attitudes, intercultural skills, intercultural knowledge/awareness and intercultural emotions/empathy. It is, however, not yet sufficiently evaluated. Well evaluated inventories assessing transcultural competencies of *psychotherapists*, in particular, are lacking so far (Möske et al., 2012).

Hence, the aim of the current studies was to develop and evaluate a valid and reliable questionnaire to assess transcultural competencies in psychotherapists in German language.

Therefore, an item pool consisting of items assessing aspects of the therapeutic process as well as transcultural competencies was created.

In a first study (Study I) items were analyzed with an explorative approach and dimensions of transcultural competencies in psychotherapy were derived. In a second study (Study II) the newly developed questionnaire was re-tested and validated.

Development of the TCCP

Items of the questionnaire were developed in several steps. At first, items were created based on two concepts: (1) the three factors of transcultural competencies, awareness of attitudes/beliefs, knowledge and skills, according to Sue et al. (1982) and - as the questionnaire should be specific for the psychotherapeutic context - (2) the Common Factors of psychotherapy according to Grawe, Donati, Bernauer, and Donati (1994). The authors suggest five dimensions that substantially influence therapeutic processes and outcomes across all therapy approaches: therapeutic alliance, resource activation, problem actuation, mastery and motivational clarification. As these factors seem to be universal, they are presumably important in therapies with culturally diverse patients as well.

Second, we looked for adequate items in inventories assessing transcultural competencies in North America and we had interviews with psychotherapists working with culturally diverse patients in Germany.

In a third step, experts in the field of transcultural psychotherapy critically evaluated the items regarding relevance, comprehensibility, and completeness. If necessary, items were rephrased. The resulting 44 items were answered on a 5-point Likert Scale ranging from 1 (totally disagree) to 5 (totally agree).

After item development we conducted two studies to examine aspects of reliability and validity of the TCCP. The studies were approved by the Ethical Committee of the Department of Psychology of the Philipps University Marburg (Ref.-No. 2015-29k).

STUDY I

Method

Study design and procedure

In the first study, an exploratory approach was used to investigate the factorial structure of the TCCP in a cross-sectional design. Data were collected via an online survey using the platform Unipark (Version 10.5; Questback GmbH, 2015) on a convenience sample of licensed psychotherapists in outpatient settings in Germany. The only inclusion criterion was a current

occupation as psychotherapist. There were no exclusion criteria. Participants were recruited via E-Mail from Mailing lists of the State Chambers of Psychological Psychotherapists and a free Internet search of licensed outpatient psychotherapists in Germany. All potential participants received a link to the online survey. After giving informed consent they could start answering the survey.

Measurements

In addition to the TCCP, we administered a set of questionnaires assessing socio-demographic information (i.e. age, sex, educational level, migration background) as well as details about the participants' profession (i.e. licensed, current activity, duration of professional activity, number of culturally diverse patients in treatment, workshop experience, transcultural supervision or intervision).

The convergent validity of the TCCP was investigated using the German translation of the Multicultural Counseling Inventory (MCI; Sodowsky et al., 1994; German translation by von Lersner, HU Berlin; Hauptmann, 2014). The MCI measures multicultural competencies in counseling professions. It consists of 43 items that are rated on a four-point Likert-Scale from 1 (very inaccurate) to 4 (very accurate). They can be summed up into four subscales: Multicultural awareness, knowledge, skills and relationship. The English original questionnaire shows high internal consistency with $\alpha = .88$ and sufficient evidence for construct and criterion validity (Sodowsky et al., 1994). For the German translation there are no validation investigations so far.

Statistical Analyses

All analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS; version 22, IBM, Chicago, Illinois, USA). To analyze underlying dimensions of the TCCP, an exploratory factor analysis was conducted (maximum likelihood analysis; Lawley & Maxwell, 1962). We used oblique rotations (promax), as we expected significant factor correlations. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO; Kaiser, 1960) was used to measure the sample adequacy as well as the adequacy of individual variables. We conducted Bartlett's test of sphericity to check whether a factor analysis was statistically justified. To identify the number of factors represented in the data, a parallel analysis and a MAP Test were conducted. Further, the eigenvalues of the factors were considered. Items were excluded if they had factor loadings below 0.32 or multi-factorial loadings (loadings greater than 0.32 on more than one factor; Worthington & Whittaker, 2006). In order to examine the construct validity of the TCCP, Pearson's correlations with the MCI were

calculated. Following the guidelines of Cohen (1988), correlation coefficients between 0.10 and < 0.30 were rated as small, between 0.30 and < 0.50 as medium and ≥ 0.50 as large effects.

Results

Sample characteristics

A detailed description of the sample is presented in Table 1. In study I, 213 participants completed at least the TCCP items and were included in the analyses. A total of $N = 196$ completed the TCCP as well as all sociodemographic items, resulting in 8% missing data in sociodemographic variables. Participants were on average 43 years old ($SD = 11.6$) with a range between 23 and 76 years, approx. 72% were females and 23% had a migration background themselves.

TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

 Table 1. *Descriptive sample characteristics*

	Study I	Study II	Statistical comparison
<i>N</i>	213	195	
Age (<i>M, SD</i> years)	43.6 (11.6)	51.6 (11.2)	$t(368) = -2.82^{**}$
Sex (% female)	71.8	74.7	$\chi^2(1) = .58$
Migration background (%)	23	21.3	$\chi^2(1) = .72$
Educational Level (%)			$t(326) = -2.11^*$
Diploma	1.4	0.6	
University degree	80.3	78.2	
PhD	8.5	17.8	
Habilitation	0.5	0.6	
Other	1.4	2.9	
Licensed (%)	77.9	96.6	$\chi^2(1) = 14.76^{***}$
Current activity (%)			$t(384) = 1.14$
Psychotherapy practice	77.9	83.2	
Training Institute	8.5	2.3	
Day-care hospital	1.9	0.0	
Psychosomatic hospital	3.8	1.2	
Psychiatric hospital	6.1	1.7	
University	4.7	1.7	
Currently not therapeutically active	1.4	0.6	
Other	8.9	9.2	
Duration of professional activity (<i>M, SD</i> years)	14.5 (7.4)	16.3 (6.4)	$t(368) = -2.56^*$
> 20 years (%)	33.3	43.1	$\chi^2(1) = 1.49$
Culturally diverse patients in treatment (<i>M, SD</i>)	4.5 (12.2)	7.0 (14.2)	$t(248) = -2.05^*$
Workshop experience (%)	49.8	59.2	$\chi^2(2) = 2.24$
Transcultural supervision or intervision (%)	15.5	23.0	$\chi^2(2) = 3.66$
MCI ^a (<i>M, SD</i>)			
Multicultural Relationship	18.5 (3.8)	18.7 (3.1)	$t(391) = -.52$
Multicultural Awareness	27.9 (5.4)	28.0 (5.4)	$t(375) = -.22$
Multicultural Knowledge	33.6 (7.0)	33.7 (6.7)	$t(391) = -.21$
Multicultural Skills	36.1 (5.8)	36.7 (5.9)	$t(378) = -.89$
MCI total	114.2 (22.7)	114.4 (23.2)	$t(391) = -.11$
BFI ^b (<i>M, SD</i>)			
Extraversion	-	3.6 (0.8)	-
Agreeableness	-	3.7 (0.7)	-
Conscientiousness	-	4.0 (0.7)	-
Openness to experience	-	4.2 (0.7)	-
Neuroticism	-	2.3 (0.8)	-
TCCP ^c (<i>M, SD</i>)			
Skills	26.3 (4.0)	27.3 (3.9)	$t(406) = -2.47^*$
Challenges-Therapist	15.3 (3.2)	15.4 (2.7)	$t(406) = -.23$
Challenges-Relationship	11.92 (2.9)	10.9 (3.0)	$t(406) = 0.97$

Note. *N* = Sample size, *M* = Mean, *SD* = Standard deviation, *t* = *t* value, χ^2 = Chi-square value,

^a Multicultural Counselling Inventory, ^b Big Five Inventory-10, ^c Questionnaire on the Transcultural Competencies of Psychotherapists, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Factor analysis EFA

Results of the exploratory factor analysis are shown in Table 2. The Bartlett's measure ($p < .000$) as well as the Kaiser-Meyer-Olkin measure (.76) indicated that the conditions for conducting an exploratory factor analysis were met. MAP-test indicated two factors, whereas parallel analysis as well as the scree-plot of eigenvalues indicated three factors. Theoretical considerations supported a three-factorial solution. Therefore, factor analysis was conducted restricting the number of factors to three. A total of 28 items had to be excluded due to small factor loadings ($< .32$) or multi-factorial loadings. Thus, the final questionnaire consisted of 16 items. Its three factors explained 42.3% of variance of the TCCP.

Table 2. *Descriptives and factor loadings of the explorative administrations of the TCCP*

Item	Study I (N = 213)			Item total correlation
	Factor 1 ^a	Factor 2 ^b	Factor 3 ^c	
S1	.50			.44
S2	.62			.53
S3	.49			.43
S4	.56			.51
S5	.55			.47
S6	.42			.34
S7	.62			.51
C-Th1		.42		.36
C-Th2		.69		.55
C-Th3		.58		.45
C-Th4		.67		.53
C-Th5		.45		.46
C-R1			.67	.52
C-R2			.73	.59
C-R3			.37	.32
C-R4			.63	.47
Eigenvalues	3.4	2.7	1.3	
% of variance	13.8	14.5	14.0	
Cronbach's α	.74	.71	.69	

Note. ^a Skills, ^b Challenges-Therapist, ^c Challenges-Relationship, only factor loading over .30 are presented.

For an overview of the German items and the English translations see Table 3. The first factor consists of seven items measuring several skills in psychotherapy with culturally diverse patients, such as using resources of the patients' cultural system or integrating the patients'

culture specific explanation model in therapy. Therefore, the first factor was named ‘*Skills*’. Values of the subscale range between 7 and 35. The second factor (five items) assesses the extent to which one is aware of challenges concerning the own cultural background, for example overstraining patients with the own culture specific expectations. Thus, the factor was named ‘*Challenges-Therapist*’. Values of the subscale range between 5 and 25. The third factor with four items measures challenges one may experience concerning the therapeutic relationship with culturally diverse patients, for example finding it harder to establish a good therapeutic alliance with this patient group. The third factor was called ‘*Challenges-Relationship*’. Values of the subscale range between 4 and 20.

Table 3. *Items of the TCCP and their English translations*

Item Number	German Items	English translation
S1	Ich informiere mich über die wichtigsten Kommunikations- und Verhaltensregeln, die im Kulturkreis meiner Patienten gelten (z.B. Kleidung, Begrüßung).	I learn about the most important rules of communication and behavior that are applied in my patients’ cultural group (e.g. clothing, welcome).
S2	Ich erfrage die kulturspezifischen Bedürfnisse und Erwartungen meiner Patienten.	I ask about my patients’ culture specific needs and expectations.
S3	Ich achte darauf, dass meine Patienten aus anderen Kulturen vor mir nicht "das Gesicht verlieren".	I ensure that my culturally diverse patients do not “lose face” in front of me.
S4	Ich nutze die Stärken und Ressourcen, die meine Patienten aus ihrem kulturellen System mitbringen (z.B. Glaube an Magie, Spiritualität) für therapeutische Interventionen.	I use strengths and resources from my patients’ cultural systems (e.g. spirituality, faith in magic) for therapeutic interventions.
S5	Ich komme meinen Patienten aus anderen Kulturen bzgl. kulturspezifischer Kommunikations- und Verhaltensregeln entgegen, sofern dies meine persönlichen Grenzen nicht verletzt.	I accommodate my patients’ culture specific rules of communication and behavior as long as it does not exceed my personal limits.
S6	Ich motiviere meine Patienten, indem ich mein Wissen über und meine Aufgeschlossenheit für ihre Kultur zeige.	I motivate my patients by showing my knowledge and open-mindedness about their culture.
S7	Ich erfrage und integriere das kulturell geprägte Erklärungsmodell meiner Patienten in die Therapie.	I ask about my patients’ culturally shaped explanation model and integrate it into therapy.
C-Th1*	Psychotherapie wirkt unabhängig von der Kultur meiner Patienten.	Psychotherapy works independently of my patients’ culture.

TRANSKULTURELLE KOMPETENZEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

C-Th2	Es kommt vor, dass ich in der Therapie mit Patienten aus anderen Kulturen Vorurteile habe.	Sometimes I have prejudices in therapy with culturally diverse patients.
C-Th3	Es kommt vor, dass ich meine Patienten mit meinen kulturspezifischen Erwartungen überfordere.	Sometimes I overstrain my patients with my culture specific expectations.
C-Th4	Mein eigener kultureller Hintergrund beeinflusst, wie ich meine Patienten aus anderen Kulturen wahrnehme und bewerte.	My own cultural background influences how I perceive and evaluate my culturally diverse patients.
C-Th5	Kulturelle Unterschiede zwischen Patient und Therapeut können den Therapieverlauf ungünstig beeinflussen.	Cultural differences between patient and therapist can impact the treatment process in a negative way.
C-R1	Mit Patienten aus meinem Kulturkreis fällt mir die Therapie leichter als mit Patienten aus anderen Kulturen.	I find it easier to work with patients from my own cultural group than with culturally diverse patients.
C-R2	Es fällt mir schwerer, mit Patienten aus anderen Kulturen eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen als mit Patienten aus meinem Kulturkreis.	It is harder for me to build a good therapeutic alliance with culturally diverse patients than with patients from my own cultural group.
C-R3	Ich finde die drastische Art, wie manche meiner Patienten aus anderen Kulturen ihre Beschwerden ausdrücken, befremdlich.	I find it strange that some of my culturally diverse patients express their symptoms in a rather drastic way.
C-R4	Die Therapie mit Patienten aus anderen Kulturen ist aufwendiger als mit Patienten aus meinem Kulturkreis.	Therapy with culturally diverse patients is more complex than therapy with patients from my own cultural group.

Note. S = Item of the subscale TCCP-Skills, C-Th = Item of the subscale TCCP-Challenges-Therapist, C-R = Item of the subscale TCCP- Challenges-Relationship, * Reversed item.

Internal consistency and item-total correlations

Internal consistencies of the three subscales TCCP-Skills, TCCP-Challenges-Therapist (Challenges-Th) and TCCP-Challenges-Relationship (Challenges-R) ranged between $\alpha = .69 - .74$. Skills had an internal consistency of $\alpha = .74$, Challenges-Th $\alpha = .71$ and Challenges-R $\alpha = .69$. Item-total correlations ranged between .32 and .59. Challenges-Th and Challenges-R correlated significantly with $r = .44, p < .001$. There was no other significant correlation between the three subscales. For details see Table 2.

Validity

Details of the results regarding convergent validity of the TCCP are presented in Table 4. Significant medium to high correlations between TCCP-Skills and the MCI subscales Awareness, Knowledge and Skills were found, ranging between .49 and .51. Correlations

between Challenges-Th and MCI-Relationship, MCI-Awareness and MCI-Skills were small to medium ($-.15 \leq r \leq -.41$), but significant. Small to medium significant correlations were found between Challenges-R and all of the four MCI subscales ($-.17 \leq r \leq -.42$).

STUDY II

Method

Study design and procedure

In the second study, a confirmatory approach was used to confirm the three-factor structure of the TCCP (study I) in a cross-sectional design. Here again, data were collected via an online survey using the platform Unipark (Version 10.5; Questback GmbH, 2015) on a convenience sample of licensed psychotherapists in outpatient settings in Germany. As in study I, the only inclusion criterion was current occupation as psychotherapist. Participants were recruited via mailing lists of the State Chambers of Psychological Psychotherapists and a free Internet search of licensed outpatient psychotherapists in Germany. They received a link to the online survey. After giving informed consent they could start answering the survey.

Measurements

As in study I, we administered the same set of questionnaires assessing socio-demographic information as well as details about the participants' profession.

To assess the discriminant validity of the TCCP we used the Big Five Inventory-10 (BFI-10; Rammstedt & John, 2007). The BFI-10 is a short questionnaire measuring the five personality traits Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Openness to experience, and Neuroticism with two items per trait (Rammstedt & John, 2007). Each item can be rated from 1 (disagree strongly) to 5 (agree strongly). The BFI-10 has moderate to good test-retest-reliability ($r_{tt} = 0.66 - r_{tt} = 0.87$) as well as good convergent validity (Rammstedt & John, 2007).

As in study I, convergent validity was investigated using the Multicultural Counseling Inventory (Sodowsky et al., 1994).

Statistical Analyses

All analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS; version 22, IBM, Chicago, Illinois, USA). A CFA was conducted to confirm the three-factor solution identified in Study I. To examine multivariate normal distribution, the Mardia-Test (Mardia, 1980) was used. A critical ration (C.R.) ≥ 3.165 indicates a violation of the assumption of multivariate normal distribution (Bühner, 2011). The model fit was estimated using the

following goodness-of-fit indices: overall χ^2 -test of the hypothesized model, comparative fit index (CFI), root mean square error of approximation (RMSEA), and the Tucker-Lewis index (TLI). RMSEA values less than 0.05 indicate good fit (Byrne, 2010), CFI and TLI values above 0.95 indicate a close fit to the suggested model (Byrne, 2010).

Results

Sample characteristics

Sample characteristics of study II as well as comparisons with the sample of study I are shown in Table 1. In study II, 197 participants completed the TCCP items. Two participants were excluded due to conspicuous response patterns (i.e. answering every single item with 1). Accordingly, 195 participants answered all variables relevant for the CFA (i.e., TCCP, MCI, BFI-10). Of those, 19 (10.7%) did not answer the sociodemographic variables, resulting in $N = 174$ complete datasets.

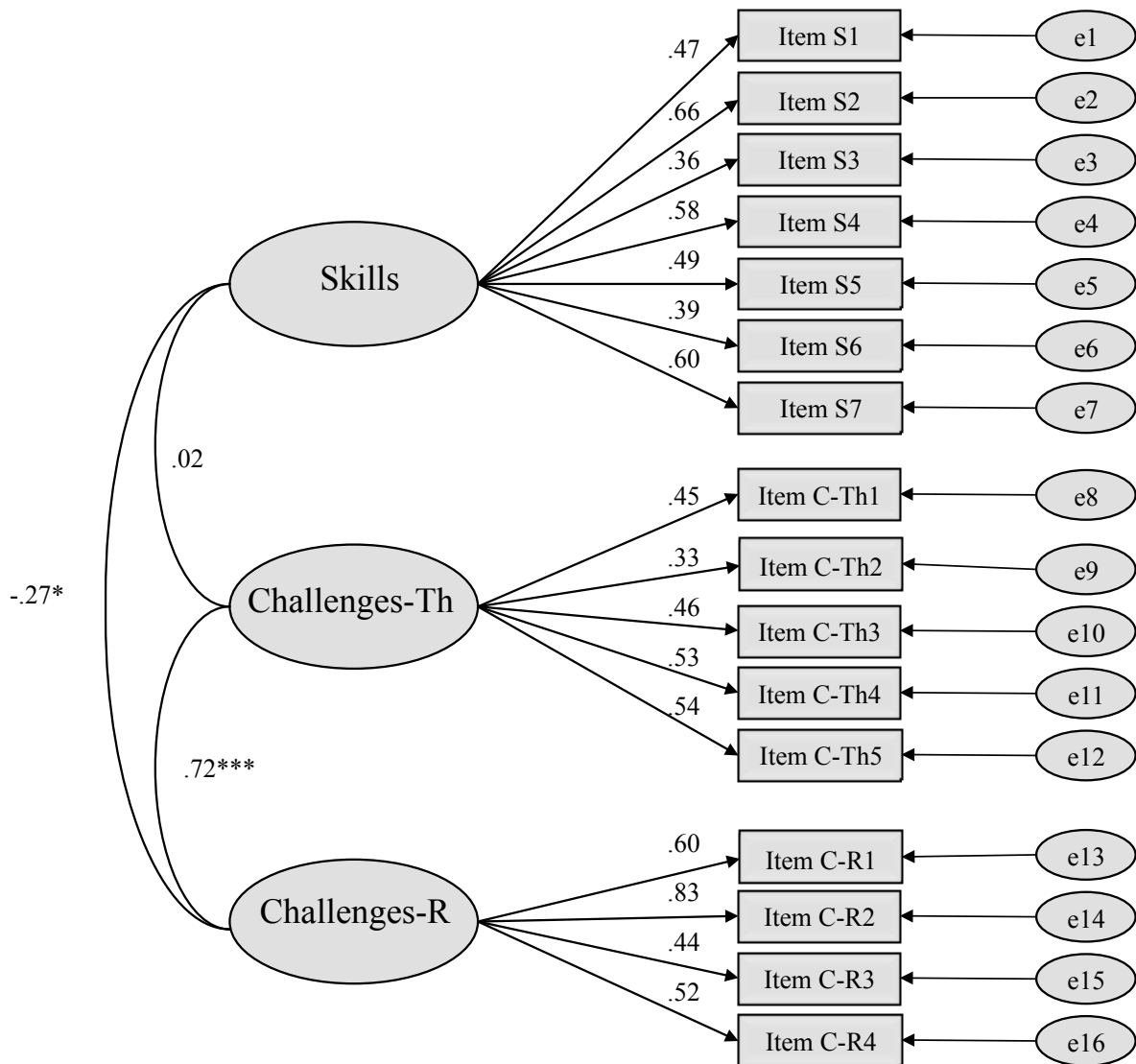
Participants were on average 52 years old ($SD = 11.2$), ranging from 30 to 77. Approximately 75% were female and 21.3% had a migration background.

The samples of study I and II differed on a few variables: The sample of study II was significantly older ($t = -2.82, p < .01$) and had a higher educational level ($t = -2.11, p < .05$) as well as more professional experience ($t = -2.56, p < .05$). Further, a higher percentage were licensed psychotherapists ($\chi^2 = 14.76, p < .001$). Except for TCCP-Skills ($t = -2.47, p < .05$) the samples did not differ on any other variable.

Factor analysis CFA

The Mardia-test showed a C. R. of 4.80 indicating that the criterion of multivariate normal distribution was not met in the data. Thus, the Bollen-Stine bootstrap method was used for a p -value correction (Bollen & Stine, 1992). At first a general factor model was tested, including all 16 items of the TCCP. The significant χ^2 -Test ($\chi^2 = 293.8, p < .001$) indicated a poor model fit. Further, none of the goodness-of-fit indices met the recommended criteria ($RMSEA = 0.10, CFI = 0.57, \text{ and } TLI = 0.50$). In a second step, the three-factor solution as suggested by the results of the EFA in study I was tested. The χ^2 -Test was not significant ($\chi^2 = 115.6, p = .378$) and all goodness-of-fit indices met the recommended criteria ($RMSEA = 0.03, CFI = 0.97, \text{ and } TLI = 0.96$). Accordingly, the three-factor-solution should be preferred over the general-factor model. All factor loadings were significant ($p < 0.01$). For more details concerning the confirmatory factor analysis, see Figure 1.

Figure 1. Path diagram of the TCCP (CFA)



Note. Challenges-Th = Challenges-Therapist, Challenges-R = Challenges-Relationship, * $p < .05$, *** $p < .001$.

Validity

Details of the analyses on convergent and discriminant validity are presented in Table 4.

Concerning convergent validity, correlations between the TCCP subscales and the MCI subscales ranged between $(-.44 \leq r \leq .42)$, so that they were similar to those in study I. There were two exceptions: In contrast to study I the correlations between Challenges-R and MCI-Knowledge and Challenges-Th and MCI-Skills were not significant in study II. As in study I, the subscales Challenges-Th and Challenges-R correlated significantly ($r = .72, p < .001$), whereas TCCP-Skills and Challenges-R correlated only in study II ($r = -.27, p < .05$).

Concerning discriminant validity correlations between the TCCP subscales and the BFI-10 subscales were small to medium as well ($-.20 \leq r \leq .30$). TCCP-Skills correlated significantly with Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, and Openness to experience. Challenges-Th correlated significantly with Extraversion, Agreeableness, Openness to experience, and Neuroticism, whereas Challenges-R correlated significantly with Conscientiousness, Openness to experience, and Neuroticism.

Table 4. Analysis of validity (Correlations of the TCCP with the MCI and the BFI-10).

Study I	MCI ^a			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
TCCP-Skills	.07	.51**	.49**	.51**
TCCP-Challenges-Therapist	-.41**	-.15**	-.13	-.23**
TCCP-Challenges-Relationship	-.42**	-.23**	-.20**	-.17*

BFI-10^b

Study II	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	TCCP-Skills	-.05	.42**	.40**	.38**
TCCP-Challenges-Therapist	-.44**	-.23**	.01	-.08	.19*
TCCP-Challenges-Relationship	-.35**	-.42**	-.07	-.18*	-.20**

Note. ^aMCI Factor 1 = Multicultural Relationship, Factor 2 = Multicultural Awareness, Factor 3 = Multicultural Knowledge, Factor 4 = Multicultural Skills,

^bBFI-10 Factor 1 = Extraversion, Factor 2 = Agreeableness, Factor 3 = Conscientiousness, Factor 4 = Openness to experience, Factor 5 = Neuroticism,

* $p < .05$, ** $p < .01$, significant correlations appear in bold.

Discussion

The aim of the current studies was to develop and validate an inventory measuring transcultural competencies in the context of psychotherapy. Aspects of reliability and validity as well as shortcomings and advances of the TCCP will be discussed in the following.

Factorial Validity

As suggested by several measuring instruments for transcultural competencies in the health care system (Ponterotto et al., 1994) as well as by the conception of transcultural competencies by Sue et al. (1992), a three-factorial structure was found for the newly developed questionnaire by means of the EFA in study I. In accordance with comparable inventories, we identified a 'Skills' factor. Contents of the other two factors, however, differed: unlike other measuring instruments we identified two facets of transcultural and therapy-related 'Challenges'. In study II, a good model fit confirmed these three factors, i.e. TCCP-Skills, TCCP-Challenges-Therapist and TCCP-Challenges-Relationship. As the general factor model showed very poor model fit we do not recommend the calculation of a TCCP total score, instead the three subscales should be interpreted separately. In both studies, the subscales Challenges-Th and Challenges-R showed medium to high positive intercorrelations. This is not surprising, as perceiving challenges concerning one's own self (e.g. having prejudices) probably influences the quality of the therapeutic relationship (e.g. finding it harder to build a good therapeutic alliance). The negative correlation between TCCP-Skills and Challenges-R possibly indicates that more transcultural skills relate to less perceived challenges in building a therapeutic alliance. However, this correlation was rather small and did only appear in study II, which is why further investigation is needed to confirm this hypothesis. TCCP-Skills and Challenges-Th did not correlate either in study I or in study II. This could be due to more general statements of the items of Challenges-Th in contrast to the quite behavior related wording of the items of TCCP-Skills. In addition, items of Challenges-Th could have been stated too unspecific, which may have caused more variance in the answering pattern. Further research is needed to clarify the validity of this subscale.

Convergent and Discriminant Validity

Concerning convergent validity, the subscale TCCP-Skills correlated as expected with the MCI-subcales: In both studies TCCP-Skills was positive associated with MCI-Skills, MCI-Knowledge, and MCI-Awareness. Challenges-Th and Challenges-R correlated negatively with the MCI subscales suggesting that perceiving more challenges (i.e. problems) in therapy with culturally diverse patients is related to having less transcultural skills, knowledge and

awareness. Both TCCP subscales had the highest negative correlation with MCI-Relationship. As this subscale measures transcultural competencies in building a good therapeutic alliance this result is consistent. All in all, these findings support the convergent validity of the TCCP. Regarding the BFI-10 items, correlations with the TCCP-subcales were small to medium, supporting the discriminant validity of the inventory. The fact that both TCCP subscales, Challenges-Th as well as Challenges-R, showed similar correlation patterns with the BFI-10 subscales supports the assumption of their content-related similarity.

Reliability

Reliability of the TCCP-subcales were acceptable ranging between $\alpha = .69 - .74$. For a newly developed measuring instrument, these results and can be rated as acceptable (DeVellis, 2016). Especially in comparison to the Cross-Cultural Competence Instrument for the Healthcare Profession (CCCHP; Bernhard et al., 2015) a lately published inventory that assesses transcultural competencies of members of the health care system this classification is sustainable. The reliability of related scales to those of the TCCP (Cross-cultural skills, and Cross-cultural knowledge/awareness) ranges between $\alpha = .54 - .68$. Still, further research is needed to improve the reliability of the TCCP.

Shortcomings

Several limitations of the studies as well as the inventory itself need to be considered. First, the studies' cross-sectional design does not allow any statements about retest-reliability. Second, all measures were in self-report format, thus the influence of social desirability could not be controlled. Therefore, it is possible that the TCCP is measuring transcultural self-efficacy more than actual transcultural behavior (Constantine, 2000, 2002). Including other perspectives such as patients' or supervisors' views to a multi-modal approach has been discussed to minimize this problem (Dunn et al., 2006; LaFromboise & Coleman, 1991). Third, differences in sample sizes concerning correlations between the TCCP and the MCI may be sources of bias concerning convergent validity. Forth, the samples in study I and II differed from each other concerning age, educational level, duration of professional activity, number of culturally diverse patients in treatment, and proportion of licensed therapists. All in all, the sample of study II was older, which clearly correlates with being licensed and the duration of professional activity. Still, this sample seemed to be more experienced and – as participants reported a significantly higher value on TCCP-Skills – more skilled working with culturally diverse patients. These differences could have been source of bias concerning the factorial validity of the TCCP.

Moreover, there is a great content-related overlap between transcultural competencies and general psychotherapeutic competencies (Coleman, 1998) questioning the validity of the TCCP. On the other hand, Fuertes (2002) found only small correlations between transcultural competencies and general counseling competencies, pointing out that transcultural and general competencies overlap but also have distinct effects (Sue et al., 2009).

Regarding the inventories measuring transcultural competencies in health care professionals, the number of factors varies. Whereas Ponterotto, Gretchen, Utsey, Rieger, and Austin (2002) found two Factors (Knowledge and Awareness) in the Multicultural Counseling Knowledge and Awareness Scale, Kim et al. (2003) considered a three-factorial solution of the Multicultural Awareness-Knowledge-and-Skills Survey and Sadowsky et al. (1994) even a four-factorial solution. Further, not only the number but also the content of the factors varies between those inventories. The TCCP joins this rank in specifying two Challenges factors for the therapeutic context and thus adding a new aspect to the potentially important facets of transcultural competencies. The insufficient conceptualization of those competencies underlying this phenomenon is a serious problem of the field (Steinhäuser et al., 2014). It unmask the fact that many questions about the conception still remain unanswered.

Advances and implications

As measuring instruments can address the investigation of transcultural competencies, the efficacy of trainings and the influence of cultural variables on therapy process and outcomes, they are crucial for the field of research (Bellini, 2002). To the best of our knowledge, there are no psychotherapy-specific questionnaires assessing transcultural competencies in German so far. As we took the common factors of psychotherapy (Grawe et al., 1994) into account during item development, the TCCP is the first inventory explicitly addressing transcultural competencies in the psychotherapeutic process. With that, it refers to an aspect of transcultural competencies that has, until now, been ignored and contributes to a deeper understanding of the conception of transcultural competencies. Further, the wordings of the TCCP items allow an application to every kind of minority group (e.g. people with other sexual identities, religious minorities, older people or women). With that it refrains from an exclusive conceptualization of *culture* as *ethnicity*. This is one of the biggest problems conceptualizing transcultural competencies (Sue, 2001) and a growing body of research suggests expanding the concept of culture to other minority groups (Reynolds & Pope, 1991; Ridley, Baker, & Hill, 2001; Speight, Myers, Cox, & Highlen, 1991).

As they have not been research focus so far, especially criterion validity and retest reliability should be investigated. However, the TCCP captivates due to its economy and its

practical significance. Looking at single items, it can provide important information about cultural aspects in the therapeutic process already. Regarding this, especially the TCCP-Skills subscale is promising.

After some supplementary validation procedures the TCCP can be used as an economic self-assessment to evaluate trainings of transcultural competencies in psychotherapists. This underlines the importance of the inventory and its potential to contribute to closing the gap between increasing treatment demand of culturally-diverse patients and their lacking consideration in standard health care.

References

- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 68-79. doi:10.1016/s0749-3797(02)00657-8
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., . . . Bass, E. B. (2005). Cultural competency: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4), 356.
- Bellini, J. (2002). Correlates of multicultural counseling competencies of vocational rehabilitation counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2), 66-75.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 279-289. doi:10.1037/a0023626
- Bernhard, G., Knibbe, R. A., von Wolff, A., Dingoyan, D., Schulz, H., & Mosko, M. (2015). Development and Psychometric Evaluation of an Instrument to Assess Cross-Cultural Competence of Healthcare Professionals (CCCHP). *PLoS One*, 10(12), e0144049. doi:10.1371/journal.pone.0144049
- Betancourt, H., & Lopez, S. R. (1993). The Study of Culture, Ethnicity, and Race in American Psychology. *American Psychologist*, 48(6), 629-637.
- Bollen, K. A., & Stine, R. A. (1992). Bootstrapping goodness-of-fit measures in structural equation models. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 205-229.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test-und Fragebogenkonstruktion* (2nd ed.). München: Pearson Studium.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2. ed). London: Routledge.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coleman, H. L. K. (1998). General and multicultural counseling competency: Apples and oranges? *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 26(3), 147-156.
- Constantine, M. G. (2000). Social Desirability Attitudes, Sex, and Affective and Cognitive Empathy as Predictors of Self-Reported Multicultural Counseling Competence. *The Counseling Psychologist*, 28, 857-872. doi:10.1177/0011000000286008
- Constantine, M. G. (2002). Predictors of satisfaction with counseling: Racial and ethnic minority clients' attitudes toward counseling and ratings of their counselors' general

- and multicultural counseling competence. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 255.
- D'Andrea, M., Daniels, J., & Heck, R. (1991). Evaluating the Impact of Multicultural Counseling Training. *Journal of Counseling and Development*, 70, 143-150.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed. Vol. 26). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Dunn, T. W., Smith, T. B., & Montoya, J. A. (2006). Multicultural competency instrumentation: A review and analysis of reliability generalization. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 84(4), 471.
- Fuertes, J. N., & Brobst, K. (2002). Clients' ratings of counselor multicultural competency. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(3), 214.
- Gaitanides, S. (2001). Zugangsbarrieren von Migrant (inn) en zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung. In G. Auernheimer (Ed.). *Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen* (pp. 181-194). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gamst, G. C., Liang, C. T., & Der-Karabetian, A. (2011). *Handbook of multicultural measures*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3), 130-145.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., & Donati, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hauptmann, N. J. (2014). *Training interkultureller Kompetenz in der Aus-/Fort-und Weiterbildung von Psychotherapeuten: Evaluation eines Trainingskonzepts*. (Masterarbeit).
- Hayes, J. A., Owen, J., & Bieschke, K. J. (2015). Therapist differences in symptom change with racial/ethnic minority clients. *Psychotherapy (Chic)*, 52(3), 308-314.
doi:10.1037/a0037957
- IBM, C. (2013). IBM SPSS statistics for windows, version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Imel, Z. E., Baldwin, S., Atkins, D. C., Owen, J., Baardseth, T., & Wampold, B. E. (2011). Racial/ethnic disparities in therapist effectiveness: a conceptualization and initial study of cultural competence. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 290-298.
doi:10.1037/a0023284
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 141-151.

- Kim, B. S., Cartwright, B. Y., & Asay, P. A. (2003). A revision of the multicultural awareness, knowledge, and skills survey-counselor edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 36(3), 161-181.
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43, 126-144.
- Kocarek, C. E., Talbot, D. M., Batka, J. C., & Anderson, M. Z. (2001). Reliability and Validity of Three Measures of Multicultural Competency. *Journal of Counseling and Development*, 79, 486-496.
- LaFromboise, T. D., & Coleman, H. L. K. (1991). Development and Factor Structure of the Cross-Cultural Counseling Inventory-Revised. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(5), 380-388.
- Lawley, D., & Maxwell, A. (1962). Factor analysis as a statistical method. *Journal of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician)*, 12(3), 209-229.
- Mardia, K. V. (1980). 9 Tests of univariate and multivariate normality. *Handbook of statistics*, 1, 279-320.
- Möske, M., Baschin, K., Längst, G., & von Lersner, U. (2012). Interkulturelle Trainings für die psychosoziale Versorgung. *Psychotherapeut*, 57(1), 15-21.
- United Nations. (2016). International Migration Report 2015. Retrieved from http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf
- Ponterotto, J. G., Gretchen, D., Utsey, S. O., Rieger, B. P., & Austin, R. (2002). A Revision of the Multicultural Counseling Awareness Scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 30, 153-180.
- Ponterotto, J. G., Rieger, B. P., Barrett, A., & Sparks, R. (1994). Assessing Multicultural Counseling Competence: A Review of Instrumentation. *Journal of Counseling and Development*, 72(316-322).
- Pope-Davis, D. B., & Dings, J. G. (1994). An empirical comparison of two self-report multicultural counseling competency inventories. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 27(2), 93-102.
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, 49-58. doi:10.1016/s0924-9338(08)70062-2

- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of research in Personality, 41*(1), 203-212.
- Reynolds, A. L., & Pope, R. L. (1991). The complexities of diversity: Exploring multiple oppressions. *Journal of Counseling and Development, 70*(1), 174-180.
- Ridley, C. R., Baker, D. M., & Hill, C. L. (2001). Critical issues concerning cultural competence. *The Counseling Psychologist, 29*(6), 822-832.
- Ridley, C. R., Mendoza, D. W., Kanitz, B. E., Angermeier, L., & Zenk, R. (1994). Cultural sensitivity in multicultural counseling: A perceptual schema model. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 125.
- Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B., & Wise, S. L. (1994). Development of the Multicultural Counseling Inventory: A Self-Report Measure of Multicultural Competencies. *Journal of Counseling Psychology, 41*(2), 137-148.
- Speight, S. L., Myers, L. J., Cox, C. I., & Highlen, P. S. (1991). A redefinition of multicultural counseling. *Journal of Counseling & Development, 70*(1), 29-36.
- Stanciole, A. E., & Huber, M. (2009). Access to health care for migrants, ethnic minorities, and asylum seekers in Europe. *Policy Brief. European Centre, 1-8*.
- Steinhäuser, T., Martin, L., von Lersner, U., & Auckenthaler, A. (2014). Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. *PPmP-Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 64*, 345-353. doi:10.1055/s-0034-1371805
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist, 29*(6), 790-821.
- Sue, D. W., Bernier, J. E., Durran, A., Feinberg, I., Pedersen, P., Smith, E. J., & Vasquez-Nuttall, E. (1982). Position Paper Cross-Cultural Counseling Competencies. *The Counseling Psychologist, 10*, 45-52.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology, 60*, 525-548. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163651
- Welsch, W. (1999). Transculturality: The puzzling form of cultures today. *Spaces of culture: City, nation, world, 194-213*.

Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist, 34*(6), 806-838.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich meine Dissertation „Transkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie“ selbstständig ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe. Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Marburg, September 2017

Judith Reichardt