

Psychotherapeutisches Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten

Prof.Dr.Jan Ilhan Kizilhan

Einleitung

Unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und auch Barrieren zur gesundheitlichen Versorgung einerseits und der Einfluss der Herkunftskultur auf das Krankheitsverständnis und die Krankheitsverarbeitung andererseits können bei Migranten eine effektive medizinische und psychotherapeutische Behandlung erschweren. Auch führen mangelnde Aufklärung der ausländischen Bürger über die Regelangebote der Gesundheitsdienste sowie ihre unzureichende Berücksichtigung bei der Planung dazu, dass diese Menschen oft sehr spät die richtige Behandlung in Anspruch nehmen.

Mit den nachwachsenden Generationen kamen viele Migrantinnen und Migranten zu der Erkenntnis, dass sie aus verschiedenen Gründen langfristig in der Bundesrepublik leben werden. Neben den besseren politischen und sozialen Bedingungen hierzulande im Vergleich zum Herkunftsland spielt für diese Entscheidung die bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland eine wichtige Rolle (Branik und Mulhaxha, 2000). Durch das Gesetz zur Gesundheitsstrukturreform von 1996 mit seinen Einschnitten in das Leistungsrecht und aufgrund zunehmender Belegungsprobleme mit deutschen Rehabilitanden werden vor allem aus wirtschaftlichem Interesse zunehmend stationäre Behandlungsangebote für Patienten mit Migrationshintergrund gemacht. Da Menschen aus der Türkei die größte Zahl der Migranten ausmachen, werden überwiegend Angebote im stationären Setting für türkischsprachige Patienten gemacht.

In diesem Beitrag möchte ich daher beispielhaft für die Gruppe der Arbeitsmigranten aus der Türkei und ihre nachfolgenden Generationen die Chancen und Schwierigkeiten der psychotherapeutischen Arbeit beschreiben.

1. Kulturspezifische Aspekte von Gesundheit

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen bedarf kulturspezifischer Kenntnisse bezüglich Gesundheits- und Krankheitsverständnis, denn Menschen aus anderen Kulturen bringen ihre Werte und Normen mit entsprechenden Einstellungen und Annahmen mit (Koch, 2003; Heine & Assion, 2005). Um ihnen helfen zu können, ist eine interkulturelle Kompetenz notwendig (Hegemann, 2000) und als Grundvoraussetzung Empathie, Wertschätzung, Kongruenz, um Kooperation zwischen dem Patienten und dem Therapeuten herstellen zu können. Gerade Menschen aus ländlich-islamischen Gegenden in der Türkei bringen ein spezifisches Krankheitsverständnis und eine entsprechende Krankheitsverarbeitung mit.

Überzeugungen und Verhaltensmuster

Die Kindheit der ersten Migrantengeneration war in der Regel geprägt von der Arbeit auf den Feldern, dem hohen Risiko von Gewalt in der Familie, der Einhaltung einer gesellschaftlichen Hierarchie mit erheblichen Nachteilen für Frauen und Mädchen einschließlich dem Risiko einer Zwangsverheiratung. Die Familienstruktur, in der viele türkische Migrantinnen und Migranten aufgewachsen sind, zeichnet sich durch eine eindeutige Rollenzuschreibung und eine strikte Definition von Autorität aus. Die Lebensgemeinschaft ist geprägt von einer kollektivistischen Lebensform. Der Einzelne ist wichtig im Sinne seiner Einbettung in die übergeordneten Systeme der Familie und der näheren Umgebung wie Verwandtschaft und Nachbarschaft. Die Lebenswirklichkeit war immer mit den anderen verbunden und der *kollektive Gedankewar* bestimmend. Konzepte über das *Ich* sind in diesen Kulturen nicht wie in westlichen Auffassungen individualistisch ausgerichtet. Die Person wird in Verbindung zu den anderen gesehen und definiert sich über andere.

Die gesellschaftlich definierten Funktionen und Organisationsstrukturen von Familie haben kulturspezifische Sozialisationsziele wie Respekt, Rollenverhalten, Hierarchie, Anpassung an die Gemeinschaft und Familie sowie eine Zurückstellung des *Ich* zum Wohle des Kollektivs zur Konsequenz. Diese *Regeln des Lebens* haben viele türkische Patienten im Laufe ihrer Entwicklung internalisiert. Die Kollision der Herkunftskultur mit der Residenzkultur und die vielen Widersprüche zwischen den beiden führen zu einer *Kulturdisharmonie*, die von den Betroffenen als eine *psychische Zerrissenheit* beschrieben wird.

Die auftretenden psychischen Beschwerden können sehr unterschiedlich zum Ausdruck gebracht werden. Wir erleben Patientinnen und Patienten, die aus dem Bedürfnis heraus, die Familie nicht zu belasten, ihr Leiden verschweigen. Allerdings können sie ihr Leiden, wenn das Verschweigen nicht mehr möglich ist, in einem stärkeren Ausdruck betonen, um zu zeigen, dass sie nicht mehr in der Lage sind, ihre bisherige Rolle in der Familie auszufüllen. Darauf reagieren kollektivistisch denkende Familien häufig mit übermäßiger Versorgung, wie mit der ständigen Anwesenheit eines Familienmitglieds während der Krankheit, uns übertrieben vorkommenden Autofahrten und Begleitungen zu den unterschiedlichen Behandlern oder dem Besuch der Community zu Hause oder im Krankenhaus, um Mitgefühl und Solidarität zu bekunden.

Soziale Prozesse können die *Rolle des Kranken* weiter verstärken, etwa die Ablehnung eines Rentenanspruchs und drohende Arbeitslosigkeit, weil die Patienten dann ihrer Rolle als Familienversorger nicht mehr nachkommen können. Das führt leicht dazu, dass sie in der Rolle verharren, um ihre Familie von der Krankheit zu überzeugen und ihr Gesicht und ihre Ehre nicht zu verlieren. Dieses Kognitionsmuster ist vor allem in familienorientierten Gesellschaften stark ausgeprägt. Für einige dieser Patienten beginnt dann zuweilen ein Prozess der Desintegration ihres Lebens und ihrer Leistungsfähigkeit, was durch die Schmerzen symbolisiert und rationalisiert wird. Sie erleben dies als unkorrigierbar, was für die Behandlung eine große Herausforderung darstellt. Eine mögliche Konfliktlösung kann zwar durch die gewonnene soziale Unterstützung des Kollektivs sekundär verstärkt werden, führt aber häufig eher zu einem primären Krankheitsgewinn, indem beispielsweise das eigene Ohnmachtgefühl via Schmerzen auf effektvolle Weise nach außen dargestellt wird. Solche Bewältigungsversuche ziehen jedoch einen Verlust an Autonomie und die Rolle des kranken und betreuungsbedürftigen, schwachen Mitglieds der Familie nach sich, was eine weitere Kränkung bedeuten kann. Derartige Teufelskreise können daher am ehesten durch die Einbeziehung der Familie in die Behandlung durchbrochen werden: durch deren ausreichende Information über die Krankheit und eine entsprechende Änderung des Verhaltens der Familie, ohne mögliche kulturelle Konflikte zu erzeugen (siehe weiter unten).

2. Magische Vorstellungen in traditionellen patriarchalischen Kulturen

Magische Vorstellungen im Zusammenhang mit Krankheit, wie am Beispiel von Geistern, Djinnen, Symbolen und Ritualen deutlich wird, spielen in den Balkanländern und im Mittleren Osten schon immer eine wichtige Rolle. Noch heute kann man in traditionellen Teilen der nahöstlichen Gesellschaften, auch in der städtischen Bevölkerung, die Affinität zur traditionellen Medizin finden. So sind auch verschiedene traditionelle Heiler sowohl im Herkunftsland als auch im Residenzland aktiv. Beispiele sind Knochenheiler, religiöse Heiler, die als Magier oder Zauberer tätig sind, die arabischen Ärzte, die in der Tradition der »Vier-Säfte-Lehre« stehen, Pflanzenheiler und die heilkundigen Frauen, die besonders bei gynäkologischen und geburtlichen Problemen zurate gezogen werden (Heine & Assion, 2005). So werden etwa die Knochenheiler zur Behandlung von Verspannungen, Zerrungen oder vermeintlichen oder tatsächlichen Knochenbrüchen aufgesucht.

Diese religiösen Heiler sind in der Regel Korankundige. Auch nichtislamische traditionelle Heiler sind in den vielen Ländern des Nahen Ostens zu finden. Im türkischen Kulturraum werden sie *Hodschas* genannt und als befähigt angesehen, magische Einflüsse wie den *Bösen Blick*, böse Geister oder schwarze Magie als Ursache für eine Erkrankung zu erkennen. Sie werden zur Heilung eines breiten Spektrums unterschiedlicher Probleme aufgesucht, die von psychischen, neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen wie Depression, Epilepsie oder chronischen Beschwerden bis hin zu familiären, ökonomischen oder beruflichen Schwierigkeiten reichen (ebd.).

Vor allem in der Türkei sind seit Jahrhunderten die Begriffe *weiße* und *schwarze Magie* bekannt, die in der Alltagssprache immer wieder verwendet werden. Durch die weiße Magie wird mittels magischer Handlungen Schutz vor den Einflüssen böser Geister oder Mächte gesucht. Sie wird eingesetzt, um die Familienbeziehungen oder die Ehe vor Unheil zu bewahren. Es werden Amulette im Haus des »Opfers« angebracht, magische Knoten geknüpft, magische Texte aufgeschrieben und gelesen, bestimmte Dinge der Nahrung zugefügt oder auch Erde aus Gräbern den Menschen vor die Tür gelegt. Es wird vermutet, dass dadurch ein böser Zauber entsteht und zielgerichtet Personen geschadet werden kann.

Schwarze Magie gilt als Erklärungsmodell für Unglücke wie Missernten, Beziehungskonflikte, Unfälle und verschiedene Erkrankungen; auch psychische und neurologische Krankheiten werden darauf zurückgeführt. Die Existenz von Geistern mit unterschiedlichen Funktionen ist ebenfalls in den Vorstellungen dieser Gesellschaften integriert. Die Existenz von guten und bösen Geistern als ein Erklärungsmodell für psychische Störungen wird schon von dem islamischen Propheten Mohammed angenommen (Gün, 2003).

Von Menschen aus dem Mittleren Osten werden auf der Grundlage der traditionellen Medizin psychische Beschwerden bestimmten Organen zugeordnet:

	Ätiologie	Beschwerdebild	Therapie	Assoziationen
Nabelfall	Schwer heben, in die Höhe springen, schwere Arbeit, schweres Leben, Stress	Bauch- und Magenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit	Bauch- und Rückenmassage, heiße Teller, Ziehen des Nabels an den richtigen Ort, anschließend	Schweres Leben, Verlust der Mitte

			Ruhe	
brennende Leber	Traurigkeit, Sorgen, schweres Leid	Leberschmerzen, Oberbauchschmerzen	Rezitationen aus dem Koran, Einnahme von Kräutern und Säften	Kummer, Trauer, Sehnsucht, Verlust oder Liebeskummer
Rückenschmerzen	familiäre Konflikte, Sorgen, Rollenproblematik, schwere Arbeit	Stechenden und ziehende Rückenschmerzen, kaum in der Lage, sich zu bewegen oder etwas zu heben und zu tragen.	Massagen, wenig Bewegung und Ruhe	Halt, Sitz von Stärke und Ausdauer bei Männern, geschwächte „männliche Identität“ (Libidoverlust)
Wanderschmerzen/ „Windschmerzen“	Kummer, Sorgen, Konflikte, Sehnsucht	Müdigkeit, Schwäche, Antriebslosigkeit, jeden Tag befinden sich die Schmerzen an einer anderen Stelle des Körpers	Massage, Ruhe, keine Belastung	Wenig Akzeptanz in der Familie oder Gemeinde, schweres Leben
Beklemmungsgefühl	Kummer, Sorgen, Schuldgefühle, Sehnsucht, Ärger	Kopf- und Halsschmerzen, Enge-, Globus- und Erstickungsgefühl, Kurzatmigkeit	Hodcha, Arzt, Benutzung von „Schutzamuletten“	Ängste, Unsicherheit

Tab. 1: Kulturspezifische Syndrome (erweitert nach Petersen, 1995)

Somatoforme Störungen

Problematische Situationen entstehen in der biomedizinisch ausgerichteten Versorgungslandschaft unserer Gesellschaft durch die Somatisierung psychisch und sozial bedingter Leiden vieler Migranten. Unter »somatoformen Störungen« werden unter Nummer F45 der ICD-10 körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung und eine übermäßige Besorgnis wegen der körperlichen Erkrankung verstanden, die häufig einhergeht mit Depression und Angst sowie häufigen Arztbesuchen und negativen Untersuchungsergebnissen (Glier & Erim, 2007; Kizilhan, 2009). In der stationären Rehabilitationsbehandlung von Migrantinnen und Migranten wird die Somatisierungsstörung als eine der häufigsten Diagnosen gestellt (Glier & Erim, 2007). Ch. Schmeling-Kludas (2005) untersuchte einen Jahrgang von Patienten mit Migrationshintergrund in einer psychosomatischen Klinik (N=184), 53 Prozent davon waren Frauen. Als häufigste Erstdiagnose für das Jahr 2005 wurde das Krankheitsbild der somatoformen Störung (62 Prozent) festgestellt (siehe auch Koch, 2003; Kizilhan, 2007).

Die Betroffenen sprechen über alle Beschwerden so, als seien sie körperlich. Das subjektive Leiden wird als Müdigkeit, Weinen, Hinken etc. ausgedrückt; die Patienten zeigen sich als gebrochene, schwache Menschen. In der Regel halten sie diese regressiv und appellativ erscheinende Haltung konsequent durch, sodass sie auch in ihrem häuslichen Umfeld nicht mehr aktiv werden.

Unter einer Genderperspektive klagen männliche Migranten häufig über Rückenbeschwerden, Frauen leiden vermehrt unter Kopf- und Unterleibsschmerzen. Häufig sind bei beiden Geschlechtern Beschwerden aus dem rheumatisch-arthritischen Formenkreis sowie dem Magen-Darm-Bereich. Auch traumatisierte Menschen aus dem Mittleren Osten klagen über ein deutlich gehäuftes Auftreten von Magenbeschwerden. Es scheint, als reagierten einige ethnische Gruppen bei erheblichen Stressoren eher mit Magenbeschwerden als mit Kopfschmerzen. Ebenso treten im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden Ohnmachtsanfälle, Lähmungen, Blockaden und Verhaltensweisen auf, die hypochondrisch und histrionisch anmuten (Koch, 2003; Schmeling-Kludas, 2005).

Diese starke Fixierung auf körperliche Beschwerden, für die die westliche Medizin keine Erklärungen hat, führt häufig zu interaktiven Problemen bei der Diagnosestellung und in der Therapie (Branik & Mulhaxha, 2000; Koch, 2003; Glier & Erim, 2007).

3. Interkulturelle Diagnostik

Seit Jahren wird eine Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheitskonzepte bei der Diagnostik reklamiert (Glier & Erim, 2007; Haasen et al., 2005; Oestereich, 2001). Es wird gefordert, psychometrische Tests auf ihre kulturspezifische klinische Validität zu überprüfen und die konzeptuelle und linguistische Vergleichbarkeit psychischer Probleme, die fehlende Vertrautheit mit der Testsituation und eine geringe Schulbildung bei der Beurteilung zu berücksichtigen. In psychosomatischen Rehabilitationskliniken haben sich für türkische Patientinnen und Patienten eine Reihe von Verfahren noch am ehesten bewährt: *Symptom-Checkliste* (SCL-90-R), *Beck Depressionsinventar* (BDI), *Beck Angstinventar* (BAI), *Impact of Event Scale* (IES-R), *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS), *Maudsley Obsessif-Kompulsif Belirti Ölçeği* (Maudsleys Test zur Zwangsstörung), *Mini-SPIN Sosyal Fobi Test* (Minitest zur sozialen Phobie), *Wechsler Yeti?kinler Zeka Ölçeği* (Wechsler Intelligenztest), *West Haven Yale Multi Dimensional Pain Inventory*, *ICD-10 Symptom Checkliste (ISR)* (Kizilhan et al. 2013). Diese Tests sind in der türkischen Fassung hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität geprüft.

Allerdings berichten türkischsprachige Behandler entsprechend den oben genannten Kritikern, dass diese Tests zwar für türkische Patienten mit guter Bildung, ebenso wie für Deutsche, geeignet sind. Bei Menschen aus ländlichen Gegenden und mit geringer Schulbildung ist der Aussagewert hingegen, wie zu erwarten, sehr eingeschränkt (Koch, 2003, Kizilhan, 2007).

Das Thema der interkulturellen Diagnostik ist eine große Herausforderung, in der noch ein starker Forschungsbedarf vorhanden ist. So fordert zum Beispiel J. de Jong (2001) in seinem Beitrag neben der Überprüfung von kulturellen Normen und Werten im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit, sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV durch eine Kategorie von »atypischen« oder kulturspezifischen Verhaltensmustern zu erweitern. In diesem Zusammenhang sollten dann auch spezifische psychometrische Verfahren entwickelt und validiert werden.

4. Sozialmedizinische Beurteilung

Patientinnen und Patienten, die über die Deutsche Rentenversicherung (DRV) in eine Rehabilitationsmaßnahme verwiesen werden, müssen vom Behandler auf ihre Leistungsfähigkeit beurteilt werden. Im Entlassungsbericht wird eine sozialmedizinische Beurteilung gefordert, die eine Aussage zur Erwerbsfähigkeit für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit und für den allgemeinen Arbeitsmarkt einschließt. Allerdings ist es nicht die Aufgabe von Behandlern, über eine mögliche Berentung zu entscheiden, dies obliegt dem ärztlichen Dienst der Rentenversicherungsträger. Da auch kulturelle Faktoren in der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen sind, ist es die Aufgabe des Gutachters, diese angemessen zu beschreiben, so beispielsweise, wenn das Vorliegen einer psychischen Störung und deren Ausprägung als möglicher Einfluss auf Einsichts- und Willensfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und andere Funktionen, für Therapie und Prognose von Bedeutung sind (Schneider et al., 2001).

Aus Sicht der DRV-Bund (ebd.) sind besonders folgende Punkte bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen:

1. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit darf sich nicht allein auf die Feststellung einer Krankheitsdiagnose stützen.
2. Einschränkungen müssen einer psychopathologischen Beschreibung zugänglich sein, um im sozialmedizinischen Sinne als Beeinträchtigung des Leistungsvermögens anerkannt zu werden.
3. Aus- und Wechselwirkungen der störungsbedingten Einschränkungen auf der bio-psycho-sozialen Ebene müssen in Analogie zur Sichtweise der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO durch den Gutachter differenziert wahrgenommen, beschrieben und abschließend in der Epikrise gewichtet werden.

Diese Kriterien sind bei einer Begutachtung von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund um spezifische Aspekte zu erweitern: Traumata und Gewalt im Herkunftsland, religiöse und ethnische Unterdrückung über mehrere Generationen, archaisch-patriarchalische Vorstellungen, Familien- und Generationskonflikte, Identitätsproblematik, individuelles und kollektives Krankheitserleben, Ausgrenzungserfahrungen in der Migration.

5. Behandlungskonzepte

Bei genauer Betrachtung der Therapiekonzepte zeigt das Beispiel der Versorgung türkischer Patientinnen und Patienten in psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland, dass der Schwerpunkt auf die Verständigung, also auf die muttersprachliche Behandlung gelegt wird (Koch, 2003; Schmeling-Kludas, 2005). In

einem weiteren Schritt geht es dann meistens um die Berücksichtigung kultureller Aspekte (siehe oben). Die Grundprinzipien einer Psychotherapie – Motivation, offene Grundhaltung, Informationen zur Verhaltens- und Bedingungsanalyse, Definition von Zielen – unterscheiden sich nicht von denen bei deutschen Patienten. Auf Grundlage der bisherigen Studien zu diesem Thema kann davon ausgegangen werden, dass zu Beginn der Behandlung eine kultursensible Hinführung zu einem Verstehen psychischer Zusammenhänge notwendig ist (Kizilhan, 2008a). Auch bei den türkischen Patienten geht es um eine Aufarbeitung intrapsychischer und intrafamiliärer Konflikte (Oestereich, 2001).

Neben diesen Gemeinsamkeiten gibt es jedoch spezifische Fragestellungen. Bei Menschen mit psychosomatischen Leiden ergeben sich diese auf der einen Seite aus der Erfahrung der Migration, die oftmals einen radikalen Umbruch der individuellen und der familiären Biografie darstellt. Auf der anderen Seite entwickeln sich besondere Probleme aus der Komplexität der Lebenswelt türkischer Migranten (Moro & Sturm, 2006). Daher scheinen in der Behandlung von Migranten die Migrationsgeschichte, ethnische und religiöse Lebenswelten, Familienstruktur, Generationskonflikte, soziales Umfeld, mögliche Kulturkonflikte zwischen der Herkunfts- und Residenzkultur sowie Vorstellungen von psychischen und körperlichen Beschwerden besonders wichtig zu sein.

Behandlungssettings für Menschen aus anderen Kulturen

Patientinnen und Patienten aus sogenannten traditionellen Gesellschaften drücken psychische Beeinträchtigungen oft mittels somatischer Schmerzen aus. Ihre Kausal- und Kontrollattributionen werden eher durch einfache biomedizinische Annahmen und durch magische Vorstellungen bestimmt. Daran muss das Behandlungssetting gegebenenfalls angepasst werden. Folglich ist gemeinsam mit den Patienten, letztlich wie bei allen anderen auch, ein Behandlungs- und Erklärungsmodell zu entwickeln, das an das jeweilige Bildungsniveau und kulturelle Verständnis anschlussfähig ist. Demnach ist Psychoedukation ein notwendiger Bestandteil der Therapie, um die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu stärken. Dieses kann etwa durch den Einsatz von Medien wie Selbsthilfebroschüren und Videos in der Muttersprache erfolgen. Ziel ist, den Patienten neue Erklärungen zum Zusammenhang von körperlichen und psychischen Prozessen vorzustellen. Für Patienten aus familienorientierten Gesellschaften mag die gemeinsame Entwicklung eines Erklärungsmodells ungewohnt sein; sie erwarten eher, dass der Therapeut nach der ersten Untersuchungsstunde ein vollständiges Erklärungsmodell liefert (Kirmayer & Young, 1998; Herzer, 2000), was sie von traditionellen Heilern kennen. Daher ist es hilfreich, den Patienten bereits frühzeitig die Sinnhaftigkeit einer für sie ungewohnten Behandlungsstrategie zu erklären. Mit den Inhalten der Psychoedukation kann die Wirkungsweise eines Entspannungstrainings verdeutlicht werden. Entspannung kann als eine Selbstkontrollmethode zur Verhinderung von neuen Schmerzepisoden oder zur Reduzierung eines hohen tonischen Schmerznieaus verstanden werden. Hypnoseinduktionen, Tanz und Meditation kennen viele Patienten mit Migrationshintergrund und so können diese Mittel oft effektiv eingesetzt werden. Frauen der ersten Migrationsgeneration aus religiös geprägten Traditionen bevorzugen eher einen Tanz aus ihrer Kultur als Sport, etwa statt eines Lauftrainings (Kizilhan, 2007).

Insgesamt scheint bei einer großen Zahl von Patientinnen und Patienten aus traditionellen Gesellschaften das Aktivitätsspektrum erheblich eingeschränkt zu sein. Ihr Leben kreist häufig nur noch um den Schmerz, der zum Zentrum ihres Denkens und Verhaltens geworden ist. Ihre Annahme, dass der Körper bei Schmerzen ruhen müsse, führt zu einer Schonhaltung. Die Ausweitung des Handlungsspielraums ist daher eine große Herausforderung. Es gilt, die behavioralen (geringe Bewegung), emotionalen (Verringerung der Depressivität und Hilflosigkeit) und kognitiven (Einengung auf Schmerzen) Einschränkungen des Patienten schrittweise aufzuweichen.

Zur notwendigen Reduzierung von Vermeidungsverhalten ist das Besprechen einer etwaigen funktionalen Rolle, die der psychischen Erkrankung zukommt, sinnvoll. So eine Vermeidung kann in einer »Belohnung« von Schmerzäußerungen durch die Aufmerksamkeit der Familie bestehen oder in einer negativen Verstärkung, wenn der Schmerz die Vermeidung aversiver Situationen ermöglicht (Krankschreibung bei Konflikten am Arbeitsplatz). Ohne einen Einbezug der Familie ist bei diesen Menschen, vor allem bei Personen der ersten Generation, die eine streng kollektive Lebensform aufrechterhalten haben, eine effektive Behandlung nur schwer zu erreichen.

Therapeut-Patient-Beziehung

In kollektiven Gesellschaften ist infolge der traditionellen Erziehung und Sozialisation die Beziehung zu anderen Menschen zentral, so auch die zum Behandler. Gerade wegen ihrer *kommunikativen Kompetenzen* werden traditionelle Heiler aufgesucht. Eigenschaften wie Verständnis, Geduld, Respekt, Höflichkeit, Aufmerksamkeit, Freundlichkeit und Offenheit werden deshalb beim Behandler höher geschätzt als Fachwissen (Gilson et al., 1994).

Wenn Therapeuten Beschwerden psychologisch zu erklären versuchen, dann geschieht es leicht, dass Patienten die Behandlung ablehnen oder noch stärker ihre körperlichen Beschwerden betonen, um so deren Vorhandensein zu »beweisen«. Günstig ist es daher, wenn der Patient von einem ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Behandler kontinuierlich betreut wird, um so eine Beziehung aufbauen zu können. Vielen

Patienten kann die Herstellung eines guten Klimas wichtiger sein als die Anamnese oder Bearbeitung von Konflikten. Im Gespräch mit dem Therapeuten können die Patienten indirekt, bildhaft, emotional, persönlich gefärbt oder durch *Nebenerzählungen* über sich und ihre Konflikte sprechen. Sachthemen können eher »nebenbei« und indirekt besprochen werden.

Eine erste Schwierigkeit kann schon der Erstkontakt sein, in dem der Patient zur Begrüßung einen *Händedruck* verweigert. Der Händedruck zwischen einem Mann und einer Frau kann bei einigen religiösen Muslimen als eine Verletzung der Intimität verstanden werden. Nach dem Gebet geben zum Beispiel viele Frauen den Männern die Hand nicht und umgekehrt. Hinsichtlich der körperlichen Untersuchung kann aber auf einen *Notfall* gemäß ihrer Religion hingewiesen werden, in dem der körperliche Kontakt, also die Untersuchung erlaubt wird. Auch sollte man die Patienten danach fragen oder sich Informationen einholen, ob etwa zum Zeitpunkt der Untersuchung *Ramadan* ist, um dies entsprechend bei der Untersuchung zu würdigen.

Bei der Anamnese erzählen Menschen aus orientalisch-patriarchalischen Gesellschaften die Ereignisse nicht chronologisch und nicht individuell an ein bestimmtes Punktereignis gebunden, sondern immer im Zusammenhang mit dem Kollektiv, das heißt, es wird an Vorfahren, an die Familie, an Stammesstrukturen etc. erinnert.

In stationären Settings ist ein solcher Kontakt sicher leichter über ein Bezugsbetreuersystem herstellbar. Auch die Sprachbarriere kann in vielen Einrichtungen und Servicediensten ein beträchtliches Hindernis darstellen, einen solchen Kontakt herzustellen. Ebenso müssen Professionelle lernen, von sich aus Informationen, die ihnen auf den ersten Blick unzusammenhängend mitgeteilt werden, in eine Ordnung zu bringen. Es lohnt sich unserer Erfahrung nach, in dieser Hinsicht von und mit den Patienten zu lernen, denn der gute Kontakt ist die Voraussetzung für alle weiteren Behandlungserfolge.

Die Tabelle 2 stellt die wichtigsten kulturspezifischen Aspekte für die psychotherapeutische Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund dar.

Berücksichtigung kulturspezifische Aspekte:

Erstuntersuchung:

- Beim Erstkontakt kann der Bericht des Patienten auf Körperschmerzen beschränkt und auf diese fixiert sein. Mögliche psychische Konflikte und Belastungen können zunächst abgelehnt bestritten. Geringe Deutschkenntnisse können die Anamnese erschweren.
- Das Gefühl, mit den Beschwerden nicht ausreichend ernst genommen zu werden, kann die Fixierung auf diese eher verstärken.
- Türkische Patienten z.B. berichten bei Somatisierungsstörungen oder anderen Schmerzsyndromen über multiple, wiederholt auftretende, fluktuierende körperliche Symptome, die an wechselnden Körperorganen auftreten. Diese *Wanderschmerzen* können jeden Tag an anderen Teilen des Körpers wahrgenommen werden.
- Häufige körperliche und organische Beschwerden sind u. a.: Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, Schwindel, einhergehend mit Ohnmachtsanfällen, Zittern, innere Unruhe, Müdigkeit, Kraft- und Antriebslosigkeit.

Komorbidität

- Eine Komorbidität mit anderen psychischen Beschwerden, in der Hauptsache Depressionen und Angststörungen, ist häufig anzutreffen. Viele Patienten erkennen einen möglichen Zusammenhang zwischen den Störungen nicht oder wurden bisher nicht ausreichend darüber informiert.

Psychoedukation

- Psychoedukative Maßnahmen müssen der Herkunftskultur des Patienten angepasst werden, damit das gemeinsam entwickelte Krankheitsmodell verstanden und angenommen werden kann.

Einbeziehung der Familie

- Die Einbeziehung von Familienmitgliedern kann sowohl für die Diagnostik als auch für die Behandlung im Hinblick auf sekundären Krankheitsgewinn, Familiendynamik etc. wichtig sein. Die Familie kann bei der

Verbesserung von Fähigkeiten im Sinne der sozialen Kompetenz und Ressourcen unterstützend in die Therapie mit einbezogen werden.

Medikamentöse Behandlung

- Die Behandlung durch Medikamente, Operationen oder physiotherapeutische Maßnahmen kann aus der Sicht des Patienten zunächst als ausreichend erscheinen.

Bewegungssportarten und physiotherapeutische Maßnahmen

- Dass die Patienten trotz ihrer Schmerzen sportlich aktiv werden und sich bewegen sollen, wirkt auf sie oftmals irritierend, da aus ihrer Sicht der Körper krank sei und ruhen müsse. Aktivitäten passen nicht zum Krankheitsverständnis vieler dieser Patienten; während der Behandlung muss durch Informationen, Beratung und Psychotherapie Überzeugungsarbeit geleistet werden. Dennoch bleibt offen, inwieweit die erlernten neuen Bewegungsmuster ins alltägliche Leben integriert werden. Kommt es jedoch nicht zu einer Linderung der Schmerzen, reagieren viele Patienten ungehalten, gekränkt und haben das Gefühl, nicht verstanden zu werden.
- Passive Anwendungen wie Massagen, Wärmetherapie etc. werden eher angenommen.

Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren wie z.B. PMR und andere hypnotische Verfahren werden angenommen, ob sie nach dem Abschluss der Behandlung jedoch auch in den Alltag integriert werden, ist fraglich.

Tab. 2: Berücksichtigung von kulturspezifischen Aspekten bei der Behandlung von türkischen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation (Kizilhan, 2009)

6. Schlussbemerkung

In einer Gesellschaft mit verschiedenen Kulturen existieren immer auch unterschiedliche kulturelle Krankheits- und Gesundheitskonzepte. Migrationsprozesse bewirken in der Regel einen dauerhaften und sich dynamisch entwickelnden Wechselwirkungsprozess dieser Krankheits- und Gesundheitskonzepte. Durch den Einbezug sprachlicher, kultureller und migrationsspezifischer Aspekte in die bestehende Gesundheitsversorgung ist eine deutliche Verbesserung der Versorgung dieser Personen erreichbar.

Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen sowohl Behandler als auch die Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse, um diese Gruppe frühzeitig und adäquat behandeln zu können, nicht zuletzt um Chronifizierungen zu vermeiden. In der medizinischen Behandlung von Migranten bestehen Defizite im Wissensstand, aber auch in den Behandlungskonzepten. Sprachliche Barrieren, die Unkenntnis vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme, der Umgang mit verschiedenen Krankheiten (etwa psychische Erkrankungen und Sucht) und deren Tabuisierung erschweren die Versorgung.

Dringlicher als die Schaffung migrantenspezifischer Einrichtungen ist sicher die Öffnung der Regeldienste für diese Versorgungsaufgaben. Dafür müssen Maßnahmen eingesetzt werden, um das Personal in der Regelversorgung für die transkulturelle Arbeit zu befähigen. Neben der Förderung der Bildung von multikulturellen Behandlungsteams sind vor allem eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter für eine transkulturelle, kultursensitive Perspektive und die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Erwerb transkultureller Kompetenz notwendig.

7. Literatur

- Branik, E., Mulhaxha, A. (2000). Zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Hochschwarzwald-Klinik St. Blasien. In: T. Heise (Hrsg.), *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (S. 185-199). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB).
- De Jong, J. (2001). Klassifizieren oder nuancieren? Psychodiagnostik mit Hilfe von DSM oder ICD. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 130-151). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gilson, L., Alilio, M., Heggenhougen, K. (1994). Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro Region of Tanzania. In: *Social Science Medicine*, 39 (6): 767-780. London: Elsevier.
- Glier, B., Erim, Y. (2007). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger, P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 231-243). Heidelberg: Springer.
- Gün, A.K. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.), *Gesunde Integration* (S. 36-42). Berlin: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin.
- Haasen, C., Kleinmeier, E., Yadirgan, O. (2005). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In:

- J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit (S.145-153). Heidelberg: Springer.
- Hegemann, T. (2000). *Das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München*. In: Th. Heise (Hrsg.) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin: VWB-Verlag.
- Heine, P., Assion, H.J. (2005). Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit (S. 29-42.). Heidelberg: Springer.
- Herzer, H. (2000). Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. In Zeitschrift: Schweizerische Ärztezeitung, 8 1/47, p2668-2672.
- Kirmayer, L. J., & Young, A.** (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60, 420-430.
- Kizilhan, J. (2007). Spezifisches Behandlungskonzept in der Psychosomatik für Migranten. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis* (S. 200-206). Berlin.
- Kizilhan, J. (2008a). Stimmenhören. Transkultureller-psychiatrischer Hintergrund. In: *Der Kern. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie*, Kerbe 04/2008 (S.23-25), Berlin: Psychiatrie-Verlag.
- Kizilhan, J. (2008b). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. In: *Verhaltensmedizin & Verhaltenstherapie* 2008, 29 (4), 352-366. Lengerich: Pappst Science Publisher.
- Kizilhan, J. (2009). Interkulturelle Aspekte somatoformer Störungen. In: *Der Psychotherapeut* 2009, DOI 10.1007/S0278-009-0656-8. Heidelberg: Springer Medizin.
- Kizilhan, J. Roniger, A., Heyman F, Tritt, K. (2013). Validation of a Turkish Version of the ICD-10 Symptom Rating (ISR). *Europe's Journal of Psychology*, Vol. 9(2), 1–99.
- Koch, E. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration* (S. 43.53). Berlin: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin.
- Künzler, E. (2005). Ethnopschoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken Arbeitsmigrantinnen und –migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo. Dissertation an der Universität Zürich. Zürich: Studentendruckerei Zürich.
- Moro, R.S. & Sturm, G. (2006). Die Differenzierung der therapeutischen Räume in der Therapie von Migranten. In: W. Macheleidt, R. Salman & I. Calliess (Hrsg.), *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 141-149). Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Oestereich, C. (2001). Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 152-165). Bonn: Psychiatrie Verlag. Bonn.
- Petersen, A. (1995). Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. *Curare*, 18(2), 531-540.
- Schmeling-Kludas, Ch. (2005). Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In: *Migration und seelische Gesundheit*. Assion, J., 2005 (Hrsg.) (S. 187-193). Heidelberg: Springer.
- Schneider, W., Henningsen, P. & Rüger, U. (2001). *Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie*. Bern: Huber.

Prof. Dr. Jan Ilhan Kizilhan