

MIGRANTEN

Zwischen den Kulturen

In Deutschland leben mehr als sieben Millionen Ausländer. Ihre besonderen Lebensumstände fördern psychische Probleme. Um diese zu lindern, müssen Therapeuten Sprachbarrieren und kulturelle Missverständnisse zugleich überwinden.

TEXT: MILA HANKE

FOTOS: STEFANIE SCHMITT

Es fühlt sich an, als würde man mir einen Dolch in den Rücken stoßen.« Die Frau im Behandlungszimmer hat das Kopftuch tief in die Stirn gezogen, knetet ihre Hände und blickt den Therapeuten mit einer Mischung aus Misstrauen und Hoffnung an. »Wo genau tut es weh?«, fragt dieser nach. »Eigentlich überall. Wahrscheinlich hat mir die Nachbarin den ›bösen Blick‹ zugeworfen, und ich habe mein Amulett nicht getragen. Jetzt kann mir niemand mehr helfen!«

Wenn Ärzte oder Psychotherapeuten auf Patienten aus anderen Kulturkreisen treffen, sind Dialoge wie dieser keine Seltenheit. Oft ist die eine Seite ratlos, die andere fühlt sich unverstanden. Denn was es heißt, krank zu sein, wie Menschen körperliches und seelisches Leiden erleben und ausdrücken, welche Art der Behandlung angebracht ist, darüber herrschen je nach Herkunftsland sehr unterschiedliche Ansichten.

Nach Angaben des statistischen Bundesamts leben in Deutschland zurzeit rund sieben Millionen Ausländer – das sind etwa neun Prozent der Bevölkerung. Hinzu kommen Eingebürgerte, Spätaussiedler und Kinder von Paaren mit zweierlei kulturellem Hintergrund. Anhaltende Zuwanderung etwa durch Fami-

lienzusammenführungen sowie immer mehr interkulturelle Ehen dürften diese Zahl in den kommenden Jahren weiter steigen lassen – eine Entwicklung, mit der sich auch Psychotherapeuten und Psychiater auseinandersetzen müssen. Denn Migranten sind häufig besonders starken seelischen Belastungen ausgesetzt: etwa auf Grund der Trennung von Familie und gewohnter Umgebung, sprachlicher und sozialer Isolierung sowie Identitäts- und Rollenkonflikten innerhalb der eigenen Gemeinschaft.

Die physische und psychische Gesundheit von Einwanderern wurde in Deutschland bis Ende der 1970er Jahre kaum wissenschaftlich untersucht. Grund dafür war vor allem die verbreitete Vorstellung, die angeworbenen Gastarbeiter würden ja nur vorübergehend bleiben und bald wieder in ihre Heimat zurückkehren. Doch die meisten ließen sich langfristig hier nieder – und holten zudem ihre Familien nach. So begannen Psychologen, Mediziner und Soziologen schließlich die speziellen Belastungen dieser Bevölkerungsgruppe unter die Lupe zu nehmen.

In einer der ersten verlaufsorientierten Studien untersuchte 1977 ein Forscherteam um den türkischstämmigen Psychiater Metin Özek 200 Gastarbeiter direkt bei ihrer Ankunft in Deutschland sowie jeweils 3 und 18 Monate später. Bereits nach einem Vierteljahr in der

Fremde zeigten etwa 25 Prozent der Probanden psychische Auffälligkeiten, insbesondere depressive Verstimmungen. Nach anderthalb Jahren mussten die Forscher ein Drittel der Probanden als seelisch krank einstufen – wobei die weitaus meisten Beschwerden psychosomatischer Natur waren.

In den folgenden Jahrzehnten belegten gleich mehrere Studien eine deutlich höhere Stressbelastung und Krankheitsanfälligkeit von Migranten im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt. Und trotz diverser Förderprogramme zur besseren Integration von Ausländern scheint das Einleben in unsere »westliche« Kultur noch immer nicht leicht zu sein.

Im Frühjahr 2005 veröffentlichte der Psychologe Haci-Halil Uslucan von der Universität Magdeburg umfangreiche Ergebnisse zur psychischen Belastung türkischer Migranten im heutigen Deutschland. Der Forscher – selbst 32 Jahre zuvor aus der Türkei eingewandert – hatte das Ausmaß an sozialer Verunsicherung, Heimweh und Depression von insgesamt 357 türkischstämmigen Menschen im Alter von 13 bis 66 Jahren per Frage- ▶

VERKEHRTE WELT?

Frauen aus islamischen Staaten stehen hier zu Lande im Spannungsfeld zwischen strenger Tradition und der im Westen propagierten Freizügigkeit.



▷ bogen ermittelt. Das Resultat fiel eindeutig aus: Obwohl sie teils schon seit Jahrzehnten in der Bundesrepublik lebten, erschien 60 bis 80 Prozent aller Probanden das soziale Miteinander in Deutschland undurchschaubar und verunsichernd. Viele der Befragten hatten zudem das Gefühl, selbst keine Kontrolle über das eigene Wohl und Wehe zu haben. Dabei empfanden die türkischen Frauen ihren Alltag noch belastender und neigten stärker zu depressiven Verstimmungen als die Männer. Diesen Befund stützen auch andere Studien, wonach gerade weibliche Einwanderer aus islamischen Ländern besonders stark unter dem Verlust ihrer Heimat leiden. »Frauen müssen neben dem normalen Migrationsstress auch noch ausgeprägte Rollenkonflikte bewältigen, wenn traditionelle Werte des Heimatlands auf die liberale Kultur des Westens prallen«, erklärt Uslucan.

Allerdings schien die Dauer des Aufenthalts das Ausmaß der Verunsicherung kaum zu beeinflussen. Im Klartext: Migranten, die schon länger in Deutschland lebten, schätzten ihre Lage deshalb nicht einfacher ein als Neuankömmlinge. »Man integriert sich nicht automatisch besser in eine fremde Kultur, nur weil man lange Zeit darin lebt«, so der Psychologe. Stattdessen wirken offenbar andere Faktoren den psychischen Belastungen entgegen: ein positives Selbstwertgefühl, Bildung, religiöse Überzeugung und vor allem die Unterstützung durch Freunde und Verwandte. »Soziale Netzwerke können Heimweh und Depressi-

viät deutlich mildern«, fasst Uslucan seine Studienergebnisse zusammen. Die von Deutschen oftmals beklagte Tendenz von Migranten, sich zu sehr in ihre eigenen Kreise zurückziehen, sei aus gesundheitspsychologischer Sicht gar nicht so verkehrt. Dies scheine – auch wenn es die gesellschaftliche Integration verzögert – für die Betroffenen die Situation zumindest teilweise zu erleichtern. Allerdings steht der endgültige Beweis noch aus, denn in Uslucans Untersuchung fehlte eine Kontrollgruppe mit Probanden ohne soziale Unterstützung.

ACHTUNG VORURTEIL!

Zwar belegen zahlreiche Studien ein erhöhtes Risiko von Ausländern im Vergleich zu Normalbevölkerung, psychisch und körperlich zu erkranken – doch muss dies nicht immer mit der Migration selbst zu tun haben. »Die Auffassung, dass Einwanderung per se, das heißt jenseits von familiären Umständen, sozialen Rahmenbedingungen oder eventuell vorhandenen Traumatisierungen, psychiatrische Störungen provoziere, ist nicht haltbar«, betont etwa Renate Schepker, Professorin am Zentrum für Psychiatrie in Ravensburg. »Besondere psychische Auffälligkeiten fanden nur solche Studien, die diese Faktoren eben nicht berücksichtigten.« Erschwerend kommt hinzu, dass es an Langzeitstudien über die Migrationsfolgen bisher noch mangelt.

Egal, ob die Psyche von Einwanderern durch den Kulturwechsel nun tatsächlich stärker belastet ist als die von Einheimischen oder nicht – Bedarf an psycholo-

gischer Unterstützung ist zweifellos vorhanden. Doch in therapeutischen Praxen und psychiatrischen Kliniken finden sich nur verhältnismäßig wenig ausländische Patienten. Lange Zeit vermuteten Ärzte und Therapeuten eine hohe Hemmschwelle als Ursache für diese Beobachtung. Schließlich sei Psychotherapie als Heilmethode in den Herkunftskulturen entweder unbekannt oder aber mit Scham besetzt – und die Vorbehalte müssten durch entsprechende Aufklärung beseitigt werden.

Hier widerspricht die türkischstämmige Therapeutin Yesim Erim, Oberärztin für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Essen: »Die ganze Diskussion wurde falsch geführt. Das Haupthindernis, einen Psychologen oder Psychiater aufzusuchen, ist nicht Unwissenheit oder Angst, sondern ganz einfach die Sprache. Psychotherapie lebt schließlich davon, dass wir unsere Gefühle und Probleme mitteilen können. Wird die Barriere durch muttersprachliche Therapieangebote überwunden, kommen die Migranten auch.« Doch genau daran mangelt es bisher in Deutschland. Als Beispiel nennt Erim die Versorgungssituation im Rheinland: »Während für Deutsche in Köln und Umgebung auf 35 000 Einwohner eine psychiatrische Praxis kommt, ist das Angebot für die türkischstämmige Bevölkerung 1:120 000. Die Wartezeit für eine Behandlung beträgt daher oft ein bis drei Jahre.« Auch das Psychotherapeutengesetz sei in dieser Hinsicht ein Hindernis: Um hier zu Lande die Approbation als

KRANK IST RELATIV – DER EINFLUSS DER KULTUR

VON LAND ZU LAND unterscheiden sich psychische Störungen oft in ihren Symptomen, ihrer Verbreitung und ihrem Gegenstand:

- ▶ Je nach Kultur stellen sich die Symptome einzelner Erkrankungen häufig verschieden dar. Zum Beispiel der Inhalt von Wahnvorstellungen: Ob sich ein Patient mit paranoid übersteigertem Selbstbild für Jesus, Buddha, den Kaiser oder den Präsidenten eines Landes hält, hängt zwangsläufig von der Wertschätzung dieser Persönlichkeiten in der jeweiligen Gemeinschaft ab.
- ▶ Eine psychische Störung kann in der einen Kultur weit verbreitet, für andere Länder dagegen eher untypisch sein. Dies betrifft

etwa das Spektrum der sozialen Phobien: So gibt es in Japan einen Untertyp »Taijin-Kyofusho«. Die Betroffenen leiden an einer ausgeprägten Angst vor menschlichem Kontakt, da sie befürchten, andere zu kränken oder ihnen Leid zuzufügen. Dieses Phänomen ist in Europa kaum bekannt.

- ▶ Manche Erkrankungen treten ausschließlich in einer bestimmten Umgebung auf und werden in den psychiatrischen Diagnosehandbüchern als kulturspezifisch beschrieben – wie zum Beispiel das in Südasien verbreitete »Koro«-Syndrom: die panische Angst von Männern davor, ihr Genital könne sich in den Unterleib zurückziehen.

ALLTAG IN DER FREMDE

Der Kulturschock verunsichert manche Migranten so tief, dass sie unter Heimweh, Angst und Depressionen leiden.

Psychologischer Psychotherapeut zu erhalten, müssen Anwärter entweder die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen oder – vorausgesetzt, die jeweilige Ausbildung wird anerkannt – einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union angehören. Die Folge: Therapeuten aus anderen Kulturkreisen mit entsprechenden Sprachkenntnissen sind selten.

Doch selbst wenn die Patienten gut deutsch sprechen, bleiben kulturelle Unterschiede, die einer erfolgreichen Behandlung häufig im Weg stehen. Das zeigt sich meist schon bei der Diagnose. Oft werden diffuse oder sehr bildhafte Symptomschilderungen als charakteristisch für Einwanderer angegeben. »Morbus türkikus – da tut von der Ferse bis zu den Haarwurzeln alles weh!«, beschreibt ein Hausarzt seine Schwierigkeiten im Praxisalltag. Aber nicht nur bei körperlichen Beschwerden, auch bei psychischen Leiden kommt es auf Grund kultureller Unterschiede oft zu Fehleinschätzungen. Schnell werden Verhaltensweisen oder Wahrnehmungen als krankhaft beurteilt, die im Herkunftsland nicht die geringste Aufmerksamkeit erregen.

VON GÖTTERN UND GEISTERN

So etwa bei unserem Eingangsbeispiel: Die Patientin mit dem »Dolch im Rücken« stammt aus einem kleinen Dorf in der türkischen Provinz, in dem es lange Zeit nur eine Schulpflicht von fünf Jahren gab. Wahrscheinlich hat die Frau wenig Wissen über ihren Körper erworben und ganz einfach nicht gelernt, ihren Schmerz präziser zu beschreiben. Auch muss sie keineswegs unter Wahnvorstellungen leiden, nur weil sie befürchtet, dem »bösen Blick« zum Opfer gefallen zu sein. Rund um das Mittelmeer ist die Vorstellung dieser Krankheitsursache weit verbreitet. Der »böse Blick« gilt als Ausdruck von Neid und Missgunst und wird als Auslöser für verschiedenste Lei-



den herangezogen: seelische Störungen, körperliche Schmerzen, Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsprobleme, Kinderkrankheiten sowie Unfälle aller Art. Um sich gegen ihn zu schützen, haben viele Türken ein Mavi boncuk – ein blaues Steinauge – um den Hals oder am Rückspiegel im Auto hängen.

Wie eine Krankheit entsteht, verläuft und geheilt werden kann, wird je nach Kultur anders verstanden. Diese Auffassungen können westlich rational geprägt sein oder etwa auf magischen Vorstellungen beruhen, die Götter oder Geister für Ausbruch und Abklingen von Leiden verantwortlich machen. Entsprechend lässt sich auch bei der Klassifikation psychischer Störungen kein universelles Raster anlegen. Wo Normalität aufhört und Krankheit beginnt, hängt stark von gesellschaftlichen Normen ab (siehe auch Gehirn&Geist 2/2004, S. 16). Daher widmet das internationale Diagnosemanual ICD-10 ein Kapitel im Anhang speziell den kulturspezifischen Störungen. Darin werden neben den besonderten Symptomen auch landestypische

Erklärungen für die Beschwerden und volksmedizinische Heilmethoden berücksichtigt (siehe Kasten links).

Doch in der therapeutischen Praxis scheitern diese guten Vorsätze oft an mangelnder Kenntnis der jeweiligen Traditionen und Bräuche. »Um Fehlurteile zu vermeiden, sollte man zum Beispiel der jeweiligen Lebensgeschichte des Patienten viel Aufmerksamkeit schenken«, erläutert Yesim Erim. »Wenn Sie einen 23-jährigen Türken in der Therapie sitzen haben, der weder Schulabschluss noch Berufsausbildung vorweisen kann, würden Sie vielleicht eine Lern- oder Verhaltensstörung vermuten.« Sobald die speziellen Zusammenhänge bekannt seien, erscheine der Fall aber möglicherweise in einem ganz anderen Licht: Viele türkische Einwanderer haben ihre Kinder so lange wie möglich in der Obhut von Verwandten in der Heimat gelassen, weil sie in Deutschland berufstätig waren und sich nicht selbst um sie kümmern konnten. Mit spätestens 16 Jahren müssen sie den Nachwuchs in der Regel jedoch nachholen, weil die Kinder laut ▷



MUT TUT GUT

Der Weg zum Psychotherapeuten fällt Migranten oft besonders schwer. Doch immer mehr professionelle Helfer beziehen den kulturellen Hintergrund ihrer Patienten in die Behandlung ein.

▷ Gesetz nur bis zu diesem Alter zureisen dürfen. »Da ist es kein Wunder, dass der junge Mann keinerlei Abschluss hat – das sagt gar nichts über seine Intelligenz oder Lernfähigkeit aus!«, stellt Erim fest.

Nach der Diagnose wartet auf den Therapeuten schon das nächste Problem: Können die bei uns etablierten, vom westlichen Denken geprägten Behandlungsformen auf andere Kulturkreise übertragen werden? Medizinerin Erim meint, dass man trotz aller Differenzen sehr wohl psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch arbeiten könne – vorausgesetzt die jeweiligen kulturellen Besonderheiten werden in der Behandlung berücksichtigt.

Eine wesentliche Rolle spielt dabei die zwischenmenschliche Beziehung. »In vielen Ländern des Mittelmeerraums – besonders in der Türkei – orientieren sich die Menschen stark an der Gemein-

schaft, legen viel Wert darauf, Entscheidungen im Konsens zu treffen und füreinander da zu sein«, so Erim. Zudem gebe es eine strenge Hierarchie nach Alter und Geschlecht. Dies stehe in deutlichem Gegensatz zur westlichen Kultur, in der Individualismus, Selbstständigkeit und persönlicher Erfolg als höchste Werte gelten.

Behandlungsziele können somit nicht automatisch auf Migranten übertragen werden. Hier zu Lande wollen Therapeuten in der Regel dazu beitragen, dass der Klient ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen kann und lernt, sich im Alltag durchzusetzen. Dieses Bestreben kann bei Patienten aus anderen Kulturkreisen mitunter mehr schaden als nutzen. »Besonders bei türkischen Frauen, die häufig jung verheiratet werden und dann zu der Familie des Mannes nach Deutschland kommen, prallen traditionelle Rollenvorgaben auf die Entfaltungsmöglichkeiten einer modernen westlichen Gesellschaft«, erläutert Erim.

Die Medizinerin plädiert daher für die Entwicklung kultureller Leitfäden, die den Therapeuten als Orientierung dienen und beide Seiten vor Missverständnissen schützen sollen. Diese Richtlinien müssen zentrale Aspekte abdecken wie den Einfluss von Geschlecht und

Generation, das Krankheitserleben sowie die Form der Partnerfindung. Darüber hinaus müsse die kultursensitive Diagnostik und Behandlung in die psychotherapeutischen Ausbildungspläne aufgenommen werden.

Einige Schritte in diese Richtung sind bereits getan. Am Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen können Studenten seit 2004 das Wahlfach »Migrantenmedizin« belegen. Zudem wurde 2005 der bundesweit erste interdisziplinäre Arbeitskreis »Transkulturelle Medizin, Migration und Gesundheit« (TkMMG) gegründet. Er versucht, Lehrangebote für Studierende und Weiterbildungen für Krankenhauspersonal zu entwickeln sowie klinische Forschungsprojekte zur besseren medizinischen Versorgung von Einwanderern voranzutreiben.

UNGERECHTE GLEICHBEHANDLUNG

Die kulturelle Verschiedenheit birgt jedoch noch weitere Fallgruben, wie der Psychologe Ali Kemal Gün in seiner Dissertation kürzlich feststellte. Er führte Interviews mit vier deutschen Therapeuten und vier aus der Türkei stammenden Patienten. Letztere verfügten sowohl über Erfahrungen mit deutschen als auch mit muttersprachlichen Be-



handlungen. Trotz der niedrigen Fallzahl liefern Güns Ergebnisse interessante Hinweise auf mögliches Konfliktpotenzial: »Eines der zentralen Probleme ist offenbar das häufig angestrebte Ideal, jeden Patienten gleich zu behandeln«, so der Psychologe. »Die befragten Therapeuten betonten, dass für ihre Behandlung allein die gestellte Diagnose ausschlaggebend sei – nicht aber die kulturellen, religiösen, ethnischen und sprachlichen Hintergründe der Patienten.« Gut gemeint sei aber eben meist das Gegenteil von gut: Die Betroffenen erlebten gerade die von den Therapeuten angewandte Gleichbehandlung als ungerecht und fühlten sich unverstanden oder nicht ernst genommen.

Die Essener Oberärztin Erim weist auf ein weiteres Problem hin: »Oft empfinden Therapeuten ausländischen Patienten gegenüber Mitleid oder auch Schuldgefühle, weil sie ihnen vom sozialen Status her weit überlegen sind.« Diese Einstellung kann dazu führen, dass sie den Migranten eine Opferrolle zuschreiben und ihnen gegenüber mehr Zugeständnisse machen als deutschen Patienten – etwa wenn diese sich vor bestimmten Vereinbarungen drücken.

Bei allen Schwierigkeiten in der interkulturellen Therapie warnt Psychologe

Uslucan vor Pauschalisierungen: »Vergessen wird häufig, dass die Mehrheit der Einwanderer in ihrem Alltag gut zurechtkommen und keine Störungen entwickeln.« Und kulturelle Differenzen müssen die Behandlung nicht unbedingt behindern – sie können auch als Bereicherung und Chance betrachtet werden. »Aus psychoanalytischer Sicht dient die Begegnung mit dem Fremden durchaus als hilfreiche Projektionsfläche für beide Seiten«, meint auch Erim. »Denn die Konfrontation mit dem Andersartigen bietet die Möglichkeit, eigene Wertvorstellungen in Frage zu stellen.«

MILA HANKE ist Diplompsychologin und arbeitet als freie Wissenschaftsjournalistin in Berlin.

Literaturtipps

Assion, H.-J.: Migration und seelische Gesundheit. Berlin: Springer 2004.
Schildert vielfältige Behandlungs- und Präventionsansätze

Weiss, R.: Macht Migration krank? Zürich: Seismo 2005.
Konzepte und Forschungsergebnisse aus sozialwissenschaftlicher, psychiatrischer und medizinischer Sicht

Der Fischer Weltalmanach 2007.

Für alle, die es schon immer besser wissen wollten.

Wer regiert in Tuvalu?
Was will die ECOWAS?
Wie hoch ist die Arbeitslosigkeit in China?
Wann hat Angela Merkel Geburtstag?
Wer wurde Torschützenkönig der WM?

Die passenden Antworten hat sofort parat: **Der Fischer Weltalmanach.** Seit über 40 Jahren liefert das Jahrbuch die wichtigsten Zahlen, Daten, Fakten und Hintergrundinformationen zu allen 194 Staaten der Erde. Jährlich auf den neuesten Stand gebracht.

Großes Gewinnspiel unter
www.weltalmanach.de



3-596-72007-9
€ 14,95 (D) sFr 26,90
832 Seiten