

Erfahrungen mit Migranten türkischer Herkunft in der Michael-Balint-Klinik

Dr. J. Kizilhan, Königsfeld

Einführung

Die Versorgung psychisch kranker Migranten wird mit zunehmendem Bevölkerungsanteil dieser Gruppe ein immer wichtigeres Problem. Studien von Häfner (1989) oder Holzmann et al. (1994) zeigen zwar, dass die Häufigkeit der psychischen Erkrankungen bei Migranten deutlich geringer ist als bei der deutschen Bevölkerung. Es ist aber auch zu beobachten und durch die Frankfurter Studie (Holzmann et al. 1994) belegt worden, dass der relative Anteil der Migranten in psychiatrischen Kliniken deutlich unter dem der deutschen Mitbürger liegt. Als Ursache werden immer wieder u.a. die geringen sprachlichen Kenntnisse, die fehlende Akzeptanz gegenüber deutschen psychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen, sowie ein unterschiedliches Verständnis für Krankheiten und das Fehlen von migrantenspezifischen Angeboten diskutiert.

Schon lange betonen Autoren aus dem Feld der Ethnomedizin, dass Wahrnehmung, Interpretation wie auch die Bewertung von Symptomen durch kulturelle Faktoren geformt werden (Kleinmann, Eisenberg u. Wood 1978). Im Rahmen ethnomedizinischer Diskussionen wurde bereits vor längerer Zeit der Begriff des „kulturspezifischen Syndroms“ geprägt. Dazu gehören nach Ritenbaugh (zit. n. Greifeld 1995) Erkrankungen, die „nicht losgelöst von ihrem kulturellen oder subkulturellen Kontext verstanden werden können, wobei ihre Ätiologien zentrale Bedeutungsfelder und Verhaltensnormen dieser Gesellschaft zusammenfassen und symbolisieren“ (Greifeld 1995).

Bei der Betrachtung ausländischer Patientinnen fällt eine Gruppe ins Auge, die an mehreren Krankheiten leidet. Sie beschreiben ihre Verfassung als „Alles kaputt“; die Diagnostik und damit auch Einleitung eines genauen Behandlungsprogramms erschwert. Für ihre zahlreichen, sozial und beruflich beeinträchtigenden Beschwerden lässt sich meist (zunächst) kein organischer Befund ermitteln; mitunter manifestieren sich im Laufe der Zeit schwere, auch organische oder psychische Krankheiten. Kommt es im Rahmen mehrfacher Überweisungen auch zu einer psychosomatischen Begutachtung, kann u. U. die Diagnose „psychosomatischer Beschwerdekomples bei Gastarbeiterinnen“ lauten (Brucks 1994).

Eine psychiatrische Diagnosestellung und Therapie hat eine ausreichende sprachliche Verständigung zur Voraussetzung. Bereits für deutsche Patienten ist die Kommunikation in diesem Kontext mitunter schwierig. Dies gilt um so mehr für Migranten, wo neben dem Problem, eine gemeinsame Sprache zu finden, noch die Gefahr kultureller Missverständnisse hinzukommt. So etwa, wenn bei Patienten Wahnvorstellungen (Zarifoglu 1992) oder dissoziative Lähmungen auftreten, Symptome, bei denen es sich um kulturell festgelegte Reaktionsformen innerhalb eines Deutungsschemas magischen Bewusstseins handeln kann (Zimmermann 1988). Die Schwierigkeiten bei der psychiatrischen Versorgung ausländischer Patienten sind seit langem bekannt und mehrfach beschrieben (Lajos 1993, Zeiler u. Zarifoglu 1994).

Erhebung der Daten in der Michael-Balint-Klinik

Die Michael-Balint-Klinik in Königsfeld hat derzeit 42 Betten in einer Krankenhausabteilung und 60 Betten in einer Vorsorge- und Rehabilitationsabteilung. Als Fachkrankenhaus für Psychosomatik leistet sie sowohl die stationäre Versorgung der Region in ihrem Indikationsgebiet, bietet zusätzlich aber auch ein überregionales Angebot mit spezialisierten und störungsspezifischen Therapieprogrammen für besondere Patientengruppen an.

In die Krankenhausabteilung werden die Patienten durch die Verordnung von Krankenhauspflege vornehmlich von Nervenärzten und ärztlichen Psychotherapeuten eingewiesen, darüber hinaus erfolgen Verlegungen aus Allgemeinkrankenhäusern und kooperierenden Psychiatrischen Kliniken. Die Kostenträger sind überwiegend die gesetzlichen Krankenkassen; etwa 10% der Patienten sind Privatpatienten. Die Klinik bietet die muttersprachliche Behandlung in türkischer, kurdischer und serbokroatischer Sprache an.

Erhebungsmethode

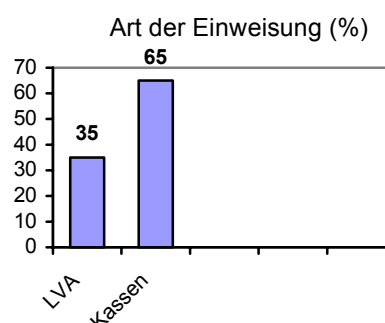
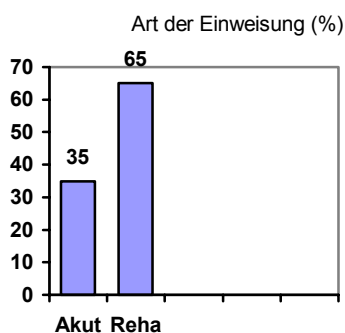
Die Klinikverwaltung erfasst routinemäßig alle stationär aufgenommenen Patienten. Über Rechner ließen sich sämtliche Patienten mit ausländischer Staatsangehörigkeit, Religion oder Muttersprache im Untersuchungszeitraum identifizieren. EDV-gestützt ließen sich anhand der Parameter Religion, Staatsangehörigkeit oder Muttersprache die Patienten türkischer Herkunft identifizieren. Alle drei Parameter wurden herangezogen, da viele Patienten bereits deutsche Staatsbürger sind, aber dennoch muttersprachlich behandelt werden wollten. Anhand der in der Datenbank festgelegten Patientennummern konnten durch die im Computer geführte Basisdokumentation andere Parameter wie Schulbildung, berufliche Qualifikation, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Kostenträger, Diagnosen, etc. festgestellt werden. Zusätzlich wurden die von uns übersetzten SCL-90-R Fragebogen von Derogatis/Franke (1995) in der türkischen Sprache eingesetzt. Da innerhalb der Gruppe der Migranten solche türkischer Herkunft, welche mehrheitlich von einem türkischsprechenden Arzt und Psychologen behandelt wurden, am stärksten vertreten waren, wurden sie in dieser Erhebung untersucht.

Tabelle 1: Design der Untersuchung

Datenquelle	Instrument	Aufnahme	Entlassung
Patient	Basisdokumentation Entlassungsfragebogen SCL-90-R (türkische Version) Aktenstudium	X	X

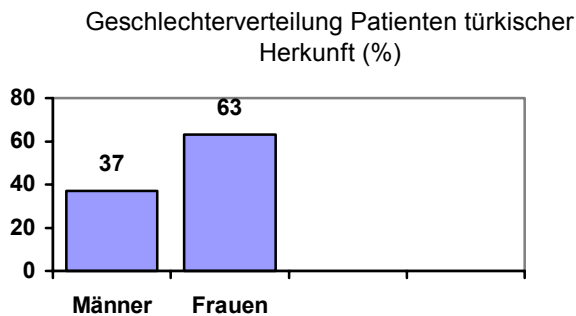
Im Untersuchungszeitraum vom 01.01.2000 bis zum 01.01.2001 wurden insgesamt 765 Patienten stationär behandelt, darunter 68 Patienten türkischer Herkunft; dies entspricht einem durchschnittlichen Anteil von 8,8%. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Erwachsene Patienten, die mehrheitlich aus dem Land Baden-Württemberg kamen. Gleichzeitig wurden auch andere Nationalitäten behandelt, die wir hier nicht in unsere Erhebung eingebracht haben. Von den 68 Patienten türkischer Herkunft waren 43 (63%) Frauen und 25 (37%) Männer. Hierbei wurde eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 5,5 Wochen verzeichnet.

Bei den Krankheitsbildern wurde am häufigsten als Erstdiagnose eine depressive Störung (50,0%) festgestellt. Hiernach folgen die Angststörungen (14,7%) und Somatoforme Störungen (13,2%). Gleichzeitig ist eine starke Kombination mit depressiven Störungen und Somatoformen Störungen zu beobachten.



Über ein Drittel der türkischen Patienten wird von Landesversicherungsanstalten in die Michael-Balint-Klinik geschickt (35%) und die anderen Patienten kommen durch Überweisungen durch die örtlichen Ärzte (65%).

Hierbei werden die Patienten der Einweisung entsprechend in stationäre Akut- oder Rehabilitationsbehandlung eingeteilt. So waren im Jahr 2000 von den türkischen Patienten 44 (65%) in der Reha- und 24 (35%) in der stationären Akutbehandlung.



Bei den Krankheitsbildern wurde am häufigsten als Erstdiagnose die depressive Störung (50,0%) festgestellt. Hiernach folgen Angststörungen (14,7%) und Somatoforme Störungen (13,2%). Gleichzeitig ist eine starke Komorbidität der depressiven Störung mit Somatoforme Störungen zu beobachten.

Tabelle 2: Das Krankheitsbild der Patienten türkischer Herkunft kann der ICD 10 entsprechend wie folgt dargestellt werden:

	Häufigkeit der Hauptdiagnosen		
	Gesamtzahl: 68	m: 25	w:43
Depressive Störungen	34 (50,0%)	12 (17,6%)	22 (32,5%)
Angststörungen	10 (14,7%)	3 (4,4%)	7 (10,3%)
Somatoforme Störungen	9 (13,2%)	3 (4,4%)	7 (10,3%)
Posttraumatische Belastungsstörung	4 (5,9%)	2 (2,9%)	2 (2,9%)
Anpassungsstörung	2 (2,9%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)
Essstörung	3 (4,4%)	3 (4,4%)	0
Zwangsstörung	2 (2,9%)	2 (2,9%)	0
Dissoziative Krampfanfälle	2 (2,9%)	0	2 (2,9%)

Bei der Mehrheit der Patienten wurden mehrere Diagnosen festgestellt. So war eine Depressionsstörung meistens mit einer Somatoformen Störung oder einer Angststörung zu beobachten. 61,8% der Patienten hatten eine Depression und eine Somatoforme Störung. Es sei noch erwähnt, dass es sich bei den meisten Somatoformen Störungen um Körperschmerzen, wie Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen handelte.

Wie aus der Tabelle 2 ersichtlich, sind bei den ersten drei häufig diagnostizierten Krankheitsbildern die Frauen am häufigsten vertreten. Dieses Bild zeigt sich auch in der psychosozialen Situation, wie z.B. in geringerer Schulbildung, ungelernter Tätigkeit, geringem Einkommen, Arbeitslosigkeit, etc.

Schon zu Beginn der Aufnahme kommen türkische Patienten mit einer Reihe von physischen und psychischen Beschwerden in die Klinik. Die Auswertung mit dem SCL 90R im Vergleich zu deutschen Patienten zeigt eine deutliche Tendenz zur Somatisierung (1,86), Depressivität (2,14), Zwanghaftigkeit (2,05) und Ängstlichkeit (1,99). Die Beschwerden werden bei den türkischen Patienten insgesamt höher bewertet, was mit dem Krankheitsverständnis aufgrund des unterschiedlichen kulturellen Hintergrundes zu tun haben könnte.

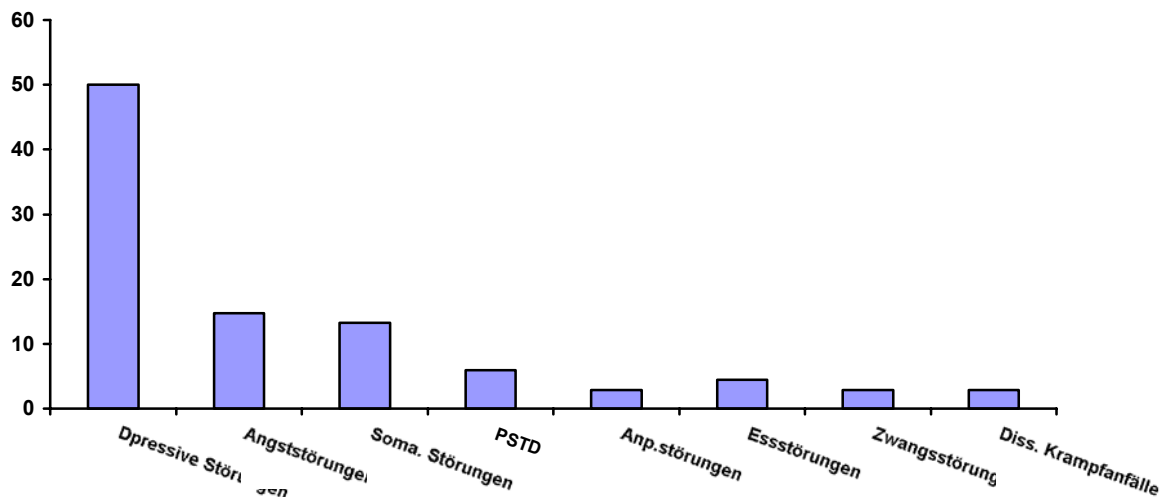


Tabelle 3: Einschätzung der Beschwerden bei der Aufnahme (deutsche und türkische Patienten):

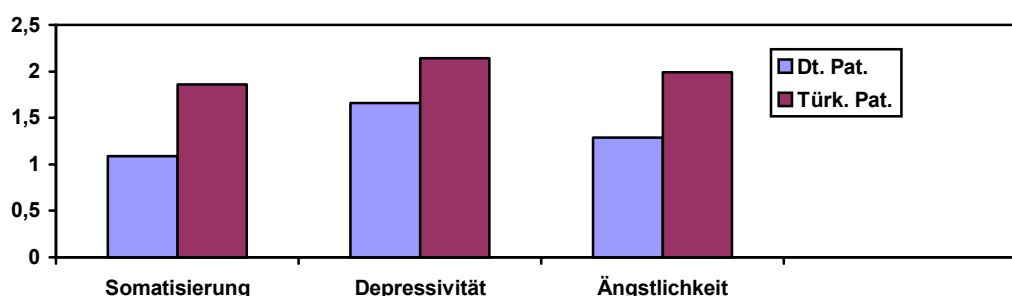
	Einschätzung der Beschwerden bei der Aufnahme, deutsche Patienten (SCL-90-R) (Mittelwerte) s		Einschätzung der Beschwerden bei der Aufnahme, türkische Patienten (SCL-90-R, türk. Version) (Mittelwerte) s	
	Somatisierung	1,09	0,79	1,86
Zwanghaftigkeit	1,50	0,89	2,05	0,89
Unsicherheit und Sozialkontakte	1,35	0,89	1,65	0,79
Depressivität	1,66	0,91	2,14	0,75
Ängstlichkeit	1,29	0,90	1,99	1,03
Aggressivität	0,97	0,84	1,54	0,95
Phobische Angst	1,04	1,90	1,55	1,07
Paranoides Denken	1,12	0,88	1,67	0,83
Psychotizismus	0,81	0,72	1,58	0,90
GSI (Genereller Symptom-Index)	1,24	0,72	1,83	0,80
PST (Positive Symptome total)	52,09	19,48	68,71	18,01
PSDI (Index belastende positiver Symptome)	1,99	0,59	2,28	0,53
Variable 15: „Gedanken sich das Leben zu nehmen“	0,48	1,04	1,57	1,20

In dem Instrument SCL-90-R wurde u.a. nach Suizidgedanken gefragt. Hier zeigten vor allem die an Depression leidenden türkischen Patienten hohe Werte. Die Suizidgedanken waren aber ohne eine Umsetzungstendenz, was auch mit der starken Gebundenheit an den Islam und an der Familie zu tun haben könnte. Die Suizidgedanken war auch ein Wunsch nach Beendigung der Beschwerden und der vielfach beklagten sozialen Belastungen, die in der Familie und in der migrationspezifischen Problematik, etc. zu suchen sind.

Insgesamt zeigen die türkischen im Vergleich zu deutschen Patienten in allen Skalen der SCL-90 R höhere Werte. Allerdings war auch zu beobachten, dass türkische Patienten beim Ausfüllen der SCL-90-R- Bögen dazu tendierten, die fünfstufige Antwortskala entweder „gar nicht“ oder „ganz stark“ ankreuzten. Die Kästchen „ein wenig“, „ziemlich“, oder „stark“ wurden weniger angekreuzt. Bei den deutschen Patienten konnte eine solche Tendenz nicht beobachtet werden.

Die Gründe für dieses Verhalten lagen u.a. auch vermutlich an der für viele Patienten ungewohnten und fremden Testdurchführung, mit der sie bisher wenig konfrontiert gewesen waren, der Fixierung auf ihre Beschwerden mit subjektiv erlebte Intensität.

Einschätzung der Beschwerden bei deutschen und türkischen Patienten



Bei den drei häufigsten Krankheitsbildern, die in Tab. 2 dargestellt wurden, zeigen die türkischen Patienten einen deutlich subjektiv stärkeren Beschwerdedruck als die deutschen Patienten.

Bei den türkischen Patienten zeigten sich wiederum Unterschiede bei Patienten mit oder ohne Rentenbegehren. Patienten, die mindestens einen Rentenanspruch gestellt hatten oder in den nächsten Monaten beabsichtigten, einen solchen zu stellen, zeigten höhere Werte sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung.

Ein Einfluss des laufenden Rentenverfahrens auf den „Therapieerfolg“ erscheint, wie auch die Tabelle 4 zeigt, naheliegend, da eine Besserung der Erkrankung den angestrebten Status in Frage stellt, was für die meisten Patienten eine ausgesprochene Verunsicherung bedeutete.

Dies wird auch bei der Befragung der SCL-90-R deutlich. Hier zeigen Patienten, die einen Rentenanspruch gestellt haben oder stellen werden, höhere Werte als Patienten, die kein Rentenansuchen haben. Dies zeigt sich auch bei der Befragung zum Schluss der Behandlung.

Tabelle 4: Selbstbeurteilung der Patienten mit und ohne Rentenbegehren kurz vor der Entlassung

	Pat. mit Renten- anliegen	Pat. ohne Renten- anliegen	Vergleichswerte (Mittelwerte)	
Somatisierung	2,00	1,26	0,87 ¹	0,36 ²
Zwanghaftigkeit	2,15	1,45	1,49	0,39
Unsicherheit u. soziale Kontakte	1,77	1,38	1,41	0,29
Depression	2,25	1,50	1,79	0,36
Ängstlichkeit	2,11	1,68	1,47	0,30
Aggressivität	1,54	1,00	1,10	0,30
Phobische Ängste	1,64	0,84	0,74	0,13
Paranoides Denken	1,77	1,22	1,16	0,34
Psychotizismus	1,69	1,12	0,94	0,14
GSI (Genereller Symptom-Index)	1,94	1,38	1,26	0,31
PST (Positive Symptome total)	70,10	52,10	50,17	19,29
PSDI (Index belastender positiver Symptome)	2,28	1,65	2,14	1,32

¹ "ambulante Psychotherapiepatienten" ² "normal Gesunde"

Diskussion

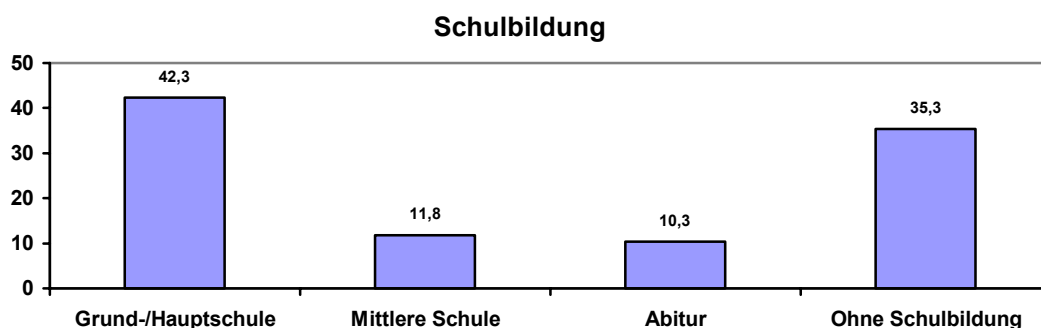
Verschiedene Studien zeigen, dass Patienten ausländischer Herkunft – bezogen auf ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung – nach wie vor unterrepräsentiert sind, allerdings ist die absolute Zahl der Patienten ausländischer Herkunft deutlich im Ansteigen begriffen. Es ist damit zu rechnen, dass der Anteil der Migranten an der Gesamtbevölkerung ebenfalls weiter steigen wird und damit auch die Zahl derer anwächst, welche die psychosomatischen und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Anspruch nehmen werden. Nach Zimmermann (1988) unterscheidet sich das Krankheitsverständnis der Patienten ausländischer Herkunft –

insbesondere der aus dem südeuropäischen oder kleinasiatischen Raum stammenden –, nach wie vor ganz erheblich von dem durch die westliche geistesgeschichtliche Entwicklung geprägten Krankheitsverständnis. Dies betrifft vor allem die Ursache der Erkrankungen und ihren Stellenwert für die Lebensgestaltung der Patienten selbst und ihr engeres und weiteres soziales Umfeld.

Exemplarische Verläufe und Beobachtungen

Einige soziodemographische Daten

Ein Großteil wuchs in ländlicher Umgebung (78,5%) auf, wodurch sich auch das niedrige Bildungsniveau erklären lässt. Der hohe Anteil von Analphabeten (35,3%) und Patienten mit 5-jähriger Schulbildung (42,3%) erklärt den geringen Grad an beruflicher Qualifikation – ungelernete Arbeiter überwiegen mit 78,3% – und stellt eine besondere Herausforderung bezüglich der Vermittlung abstrakter Denkinhalte dar.



Die traditionellen Konzepte türkischer Migranten von Krankheit und Gesundheit werden dort deutlich, wo eine Differenzierung zwischen gesunden und kranken Körperteilen bzw. Organen nicht möglich ist. Nach unseren Beobachtungen waren relativ viel Patienten, hier besteht eine enge Korrelation zum Bildungsniveau, die im Vergleich zum deutschen Anatomie und Krankheitsbegriff geringe Kenntnisse hatten. Daher waren immer wieder ihre Beschreibungen hinsichtlich der Körperbeschwerden etwas unklar.

Innerhalb der von uns behandelten Patienten konnte beobachtet werden, dass türkische Patienten einen ausgesprochen sekundären Krankheitsgewinn aufweisen. Der hohe Grad der Behinderung fordert nicht nur Fürsorge seitens der Familienmitglieder, sondern festigt auch bestehende familiäre Konstellationen, da ein kranker Mensch im kulturellen Kontext nicht allein gelassen werden darf. Die daraus resultierenden Abhängigkeiten fordern Verzichtleistungen des Einzelnen zugunsten der Gemeinschaft. Auf diese Weise entstehende Konflikte tragen nicht selten zur Aufrechterhaltung der Erkrankung bei, was während der stationären Behandlung offensichtlich wurde.

Gleichzeitig war zu beobachten, dass einige Patienten einen Hodcha, d.h. traditionellen Heiler aufsuchten, deren Zahl aber relativ gering war (18,3%). Im klinischen Alltag wurde jedoch oftmals die zentrale Bedeutung dieser Instanz deutlich, so dass die Genauigkeit der Angabe hinterfragt werden muss. Viele der Patienten hatten auf ihrem Nachttisch den Koran liegen. Einige hatten ihn nur als einen „Schutz“ dabei, andere lasen gelegentlich darin. Über 38,4% glaubten an magische Inhalte wie den bösen Blick (Nazar), welcher im östlichen Mittelmeerraum seit der Antike bekannt ist, und an die Existenz von Dämonen (Cin). Andere wiederum – 8 Frauen (11,8%) und 2 Männer (2,9%) – berichteten über bestimmte Alpträume, die als stuporartig beschrieben wurden. Diese traten dann auf, wenn sie auf dem Rücken schliefen, wobei sie das Gefühl hatten, ein Gewicht läge auf ihnen und sie könnten sich weder bewegen

noch nach Hilfe rufen. Dies versetzte sie in Angst und Panik, sie hatten Atemprobleme, Druck auf der Brust, Herzrasen, etc. und seien völlig erschöpft, wenn dieser Zustand aufhöre. Diese Form von Alptraum wird im Türkischen als „Karabasan“ bezeichnet, was soviel wie „Schwarzer Druck“, Alpdruck, bedeutet und wurde vor allem von Patienten aus den ländlichen Gebieten der Türkei berichtet.

Auffällig ist ein gehäuftes Auftreten von magischen Denkinhalten, ohne dass vermehrt inhaltliche Denkstörungen vorlagen. Auch verschiedene Beschreibungen von „Stimmen hören“, Halluzinationen oder anderen Erscheinungen, die einer Wahnvorstellungen ähneln, können bei dieser Personengruppe zu falschen Diagnosen und damit einer ungenügenden Behandlung führen.

Personen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung waren in der Mehrheit wegen eines politischen und/oder ethnischen Hintergrundes in der Türkei schweren Misshandlungen ausgesetzt gewesen. Die Behandlung erwies sich als erfolgreich, wenn der Therapeut gutes Hintergrundwissen über die politischen und kulturellen Hintergründe in der Türkei hatte; damit wurde eine gute Patient-Therapeut-Beziehung aufgebaut, was gerade für Patienten mit diesem Krankheitsbild von Bedeutung ist. Aufgrund der geringen Aufenthaltsdauer in der Klinik und der geringen ambulanten Vorbehandlung konnte keine Traumatherapie bis zum Ende durchgeführt werden. Eine Stabilisierung und Planung der zukünftigen Lebensgestaltung wurden erarbeitet und eine ambulante Fortführung der Therapie empfohlen. Eine ambulante Therapie ist aber wegen der geringen muttersprachlichen Therapeuten immer noch sehr schwierig. Bei einer Patientin mit einem dissoziativen Krampfanfall und einer anderen Patientin mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, deren politisches Asyl in Deutschland abgelehnt worden war, hing der positive Behandlungserfolg einer möglichen Abschiebung ins Herkunftsland zusammen. Solche externen Faktoren, auf die im therapeutischen Kontext kein Einfluss geübt werden kann, machen die Behandlung sehr schwierig. Hier könnten nur ansatzweise Bewältigungsstrategien bei drohender Abschiebung erarbeitet werden. Eine befriedigende Lösung bzw. Therapie kann es wohl in solchen Situationen kaum geben, was auch in den hohen Werten der SCL-90-R sich widerspiegelt.

Anamnestisch wurde gefunden, dass viele Formulare unvollständig ausgefüllt worden waren oder Fristen nicht eingehalten wurden, was die Unsicherheit der türkischen Patienten im Umgang mit den entsprechenden Instanzen deutlich macht. Auch wurde den Patienten von ihren Arbeitgebern und den Betriebskrankenkassen aus ökonomischen Gründen geraten, einen Rentenantrag zu stellen, was zum Teil den hohen Anteil an laufenden Rentenverfahren erklärt. Die Bedeutung der Rente scheint somit facettenreich den medizinischen Alltag zu beeinflussen und bedarf einer weiteren Abklärung.

Einige Beobachtungen hinsichtlich der Behandlung in der Michael-Balint-Klinik

Die Michael-Balint-Klinik ist einer der wenigen psychosomatischen Kliniken in der Bundesrepublik, die ein spezifisches Behandlungskonzept für türkische Migranten anbieten. Zur Anwendung gelangen schulenübergreifende, hauptsächlich störungsorientierte bzw. störungsspezifische Psychotherapieverfahren. Sowohl Einzelpsychotherapie als auch interaktionelle Gruppentherapie erfolgen auf Wunsch der Patienten in ihrer Muttersprache unter besonderer Berücksichtigung der migrationsspezifischen, der soziokulturellen und der individuellen Indikation bzw. Gegebenheiten. Im Rahmen des Konzeptes wird jeder Patient türkischer Herkunft nach seinen Sprachkenntnissen und dem Wunsch nach einem türkischsprechenden Therapeuten befragt. Türkische Patienten der 2. und 3. Generation, die keine Sprachprobleme haben, können ihre Behandlung auch mit deutschsprachigen Therapeuten durchführen.

Die Patienten nehmen an allen Angeboten der Klinik nach Indikation und Wunsch teil. Dazu gehören besonders Physiotherapie, körperorientierte Selbsterfahrung, PMR, Autogenes Training, Atemtraining, Qi-Gong, Shiatsu, Selbstsicherheitstraining, Bewerbungstraining, etc. Auf Grundlage der Erfahrung mit dieser Personengruppe und der bereits vorgestellten Ergebnisse werden zum besseren Verständnis einige Therapien und Anwendungen in der Klinik diskutiert.

Gruppentherapien

In den **psychoedukativen Gruppen**, die auf Deutsch geführt werden, ist eine Distanzierung und Unverständnis zu beobachten. Viele nehmen an den Gruppen teil, weil sie es als eine Pflichtübung sehen. Die referierten Zusammenhänge waren den Patienten oft fremd und konnten nicht repliziert werden. Das Sprechen über das eigene Krankheitsverständnis war ihnen ungewohnt und löste Gefühle von Scham aus.

In der **muttersprachlichen interaktionellen Gruppe** war die Unerträglichkeit der eigenen Körperbeschwerden oft die zentrale Äußerung. Trotz der Vorgabe anderer Themen konnten die Patienten entsprechend ihrer beschriebenen Störungsmuster oft ausschließlich durch Schmerzäußerungen auf konflikthaft besetzte Themen reagieren. Längerdauernde Gesprächspausen wurden als unerträglich erlebt und durch erneute Klageäußerungen durchbrochen. Deutlich war die passive Erwartungshaltung und das Schamgefühl, sich als leidendes Individuum in der Gruppe zu erkennen zugeben.

In der Gruppe wurde kaum über die mögliche gekränkte Ehre und Stolz gesprochen. Das Leiden darunter wird permanent wahrgenommen und scheint sich sowohl im Erleben und im Ausdruck von Körperbeschwerden, Depression oder Angst widerzuspiegeln.

Für die **erste Generation** war der Verlust und die Sehnsucht nach der Heimat und der alten Werte in einer Solidargemeinschaft ein Thema. Einsamkeit, geringe Wertschätzung, Fremdsein und Ausgrenzung als Ausländer in der Bundesrepublik wurden immer wieder zu Hauptthemen in den Gruppe. Die Konflikte in der Familie oder mit eigenen Landsleuten wurden interessanterweise häufiger benannt als z.B. mit deutschen Nachbarn oder Arbeitskollegen.

Physiotherapeutische Maßnahmen und Sporttherapie

Passive Anwendungen, wie z.B. Massagen, Wärmetherapie, Bäder etc. wurden von den türkischen Patienten bevorzugt angenommen.

Das Sportprogramm wirkt auf neue Patienten oftmals irritierend, da wegen der Erkrankung eine Schonhaltung eingenommen wurde. Jede Form der Aktivierung wird als Belastung oder Bestrafung erlebt. Trotz regelmäßiger Erklärung bleibt offen, inwieweit neue erlernte Bewegungsmuster ins alltägliche Leben integriert werden. Langsame Bewegungen, ohne Zeitdruck, wurden von der ersten Generation bevorzugt. Gemeinsame Spaziergänge und Wanderungen, Wassergymnastik, Bewegung im Wasser und Ergometertraining waren u.a. die bevorzugten Anwendungen.

Die **Entspannungsübungen** waren für die Patienten ungewohnt, und eigenverantwortliches Üben konnte nur bei den jüngeren türkischen Patienten der zweiten oder dritten Generation beobachtet werden. Die Gruppenübungen wurden jedoch von den Patienten als offensichtlich wohltuend erlebt. PMR nach Jacobsen wurde z.B. wegen ihrer aktiven Mitbeteiligung durchschnittlich dem Autogenen Training vorgezogen.

Fazit

Der hohe Anteil an ungelerten Arbeitern, welche viele Jahre monotone und zum Teil entfremdete Auftragsarbeit mit einem geringen Anteil an Selbstbestimmtheit zu erledigen hatten und die kollektive Herkunftskultur mag zum Teil erklären, warum eine auf

Eigenverantwortlichkeit und Kreativität gerichtete Therapie zunächst Unverständnis bis Ablehnung erzeugt. Das mag auch die Erwartung erklären, gesagt zu bekommen, was die Genesung ermöglicht. Andererseits erscheint das Erleben der eigenen Autonomie dermaßen eingeschränkt, dass auf alle Ansprüche und Aktivierungen von außen mit einem „nicht mehr Können“ geantwortet wird.

Der Versuch vieler Patienten, eine Lösung in der Berentung zu finden, erscheint wenig erfolgversprechend, ist aber verständlicher, wenn man berücksichtigt, dass den Patienten in der Türkei nach 25 Arbeitsjahren ein bescheidener Rentenanspruch zusteht und ein Großteil der Klientel bereits in frühen Jahren angefangen hat, zumeist körperlich zu arbeiten. Berücksichtigt man die geringere Lebenserwartung von Türken in der Türkei und die dort oftmals harten ersten Lebensjahre, nicht ohne die körperliche Akkordarbeit mit Sonderschichten über Jahre in Deutschland zu vergessen, wird der Wunsch, vorzeitig in Rente zu gehen deutlicher.

Eine Heimkehr nach der Berentung in die Türkei scheint wegen der in der Türkei ebenfalls stattgefundenen Modernisierung als sehr schwierig, weil sie sich als Fremde in der eigenen Heimat fühlen. Auch die Trennung von den eigenen Kindern, die ihre Zukunft in Deutschland sehen, scheint schwierig zu sein. Zusätzlich spielt die bessere gesundheitliche Versorgung in Deutschland, gerade im Rentenalter, eine wichtige Rolle dafür, dass die meisten berenteten Türken sich für ein Bleiben in Deutschland entscheiden.

Die Sozialarbeit, sozialtherapeutische Betreuung, sowie rechtliche Beratung in verschiedenen Bereichen scheint eine große Gewichtung bei den Patienten aus der Türkei zu haben.

Literatur:

- Brucks, U. (1994): Probleme, die niemand kennt. Die psychosoziale Versorgung von Migrantinnen. In: Endstation Sehnsucht? Neue Perspektiven in der Sozialarbeit mit Migrantinnen. Fachtagung der Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen Berlin in Zusammenarbeit mit TIO Berlin, Berlin, 112-130.
- Greifeld, K. (1995): Einführung in die Medizinethnologie. In: Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin, hrsg. Von Pfeleiderer, B., K. Greifeld, W. Bichmann. Dietrich Reimer Verlag, Berlin, 145-158.
- Häfner, H. (1980), Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. Nervenarzt 51, 672-683.
- Holzmann, T.H., Volks, S., Georgi, K., Pflug, B. (1994), Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsauftrag. Psychiatrische Praxis 21, 106-108.
- Kleinman, A., L. Eisenberg, B. Good (1978): Culture, illness and care. In: Annals of Internal Medicine 88, 251-258
- Zarifoglu, F. (1992): Psychiatrische Versorgung von Migranten unter Einbeziehung ethnopsychiatrischer Aspekte. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 3 / 4 (1992) 68-72.
- Zeiler, J., F. Zarifoglu (1994): Zur Relevanz ethnischer Diskriminierungen bei psychiatrischen Erkrankungen. Psychiatr. Prax. 21, 101-105.
- Zimmermann, E. (1988): Die Ursprünge der transkulturellen Psychiatrie. In: Vom heimatlosen Seelenleben, hrsg. Von Morten, A.; Psychiatrie Verlag, Bonn.