

Ethnosozioökultureller Leitfaden für die interkulturelle Psychotherapie mit Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien

Ljiljana Joksimovic

Einleitung

Die Zahl der Personen, bei denen aufgrund ihrer sozialen Lage die vorhandenen institutionellen Vorgehensweisen der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung nicht den Versorgungsbedürfnissen entsprechen, nimmt kontinuierlich zu (Leidel et al.1998). Es gibt keinen Zweifel mehr daran, dass soziale Lagen wie Arbeitslosigkeit, niedriger sozioökonomischer Status, Gewalt, Migration, Flucht (um nur einige zu nennen) negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben (vgl. Mielck 2000). Vor diesem Hintergrund stehen Ärzte und Behandler stärker denn je vor der Herausforderung, sich in die unterschiedlichen Lebenslagen ihrer Patienten adäquat einfühlen zu müssen, um trotz der strukturell bedingten Engpässe, die hauptsächlich aus den besonderen Bedürfnissen bestimmter Patientengruppen resultieren, zu einem angemessenären ärztlichen Handeln bei diesen Patientengruppen zu kommen. Die Art und Weise, wie Patienten angesprochen werden, ist relevant für den Krankheitsverlauf und Umgang mit dem Gesundheitssystem.

Obwohl die Lebensbedingungen eines Großteils der Migranten viel Spielraum für individuelle Entscheidungen über gesundheitsförderliches oder –belastendes Verhalten lassen, gibt es eine Reihe der ungünstigen migrationsbedingten psychosozialen Lebensbedingungen, die den Gesundheitszustand nicht nur direkt, sondern auch indirekt, indem sie den Rahmen für das individuelle Verhalten stark einschränken, negativ beeinflussen.

Das bessere Verständnis der Lebensbedingungen von Migranten, sowohl vor als auch nach der Migration, kann zu besserem Verständnis der Krankheitsprozesse bei diesen Menschen führen, was angesichts dessen, dass im Jahr 2007 ca. 15,3 Millionen Personen mit einem Migrationshintergrund in Deutschland lebten, eine hohe gesundheitspolitische Relevanz hat. Bei der medizinischen Versorgung der psychisch kranken Menschen aus anderen Kulturen wird i.d.R. davon ausgegangen dass ein länder- und kulturspezifisches Wissen über Sitten und Gebräuche der Menschen aus diesen Ländern notwendig und ausreichend ist, um

Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie ihre emotionale und körperliche Ausdrucksweisen zu verstehen und um dem Anspruch einer sachgerechten Diagnostik und Therapie gerecht zu werden. Bei der kulturellen, religiösen und gesellschaftlichen Vielfalt der verschiedenen Herkunftsländer, aus denen die Patienten kommen, ist es aber für Therapeuten kaum möglich, solch ein umfassendes Wissen zu haben, zumal innerhalb der Länder teilweise große soziokulturelle, ökonomische und religiöse Unterschiede zu finden sind.

Selbst wenn es uns gelingen würde, eine Art der „Gebrauchsanweisung“ für verschiedene Kulturen zu erstellen, bleibt z.B. die subjektive Bedeutung der (regionalen) Herkunft oder der Volkszugehörigkeit bzw. der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Ethnie, insbesondere bei Menschen aus Kriegs- und Krisenregionen, nur in Gesprächen mit den Patienten eruierbar und verstehbar. Insbesondere bei Menschen aus (früheren) Kriegs- und/oder Krisenregionen, wie es bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien der Fall ist, ist diese Dimension der subjektiven Bedeutung der Herkunft, auch im Bezug auf Krankheit und Gesundheit in der Fremde von großer Bedeutung für dessen Verständnis. Die Tatsache, dass bestimmte psychische Symptome, Schmerzreaktionen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen für bestimmte Kulturen mehr oder weniger stereotypisch sind, rechtfertigt nicht, das fehlendes Interesse für Individualität und die aktuelle Lebenssituation des Patienten.

So werden die Belastungen im Migration- bzw. Aufnahmeland, wie Benachteiligungen und Diskriminierungserfahrungen, von Ärzten und Therapeuten oft unterschätzt und nicht explizit erhoben. Dabei stellen sie z.B. bei Flüchtlingen einen wesentlichen Risikofaktor für psychische Erkrankungen dar (Laban et al. 2005, Reyan 2008). D.h. es ist notwendig, sich zu bemühen, auch eine kritische Distanz zur eigenen psychosozio-kulturellen Prägung als auch zur eigenen Vorstellungen über Herkunftsländer der Patienten, die ja meistens durch Medien nachhaltig geprägt sind, zu bewahren.

Das ehemalige Jugoslawien: geschichtliche und soziopolitische Entwicklung

Das ehemalige Jugoslawien war ein Beispiel einer ganz einzigartigen Mischung aus Religionen, Kulturen und historischen Einflüssen.

Albaner, Bulgaren, Deutsche, Griechen, Italiener, Juden, Kroaten, Mazedonier, Montenegriner, Moslems, Roma, Rumänen, Serben, Slowaken, Slowenen, Türken, Ungarn lebten, auch bei bestehenden Spannungen, dort in relativem Frieden zusammen (Volkan 1999).

In Jugoslawien gab es allein drei Amtssprachen: Serbokroatisch, Slowenisch und Mazedonisch. Im Verkehr mit dem Ausland galt das Serbokroatische in lateinischer Schrift als Hauptsprache. Mazedonisch schreibt man mit kyrillischen und Slowenisch mit lateinischen Buchstaben.

Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien: Wissenswertes für die ärztliche und psychotherapeutische Begegnung

Aufgrund der vielfältigen Kulturen, Religionen, Sprachen, politisch-historischen Konflikten, gab es einerseits große Gegensätze, andererseits gibt es sicherlich aufgrund des mindestens 50jährigen friedlichen gemeinsamen Lebens ähnliche Verhaltensweisen und Charakteristika der Menschen aus Ex-Jugoslawien. Allerdings sind diese Merkmale nicht als Richtlinien, die eine allgemeine Gültigkeit für den therapeutischen Umgang mit Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien besitzen, zu verstehen.

Arbeitsleben und Auftreten in der Öffentlichkeit

Für Ärzte und Therapeuten kann es hilfreich sein zu wissen, dass, was die Zeit angeht, die Pünktlichkeit und Einhaltung von Plänen sowie hohes Engagement im beruflichen Leben i.d.R. erwartet wurde. Da fast alle Arbeitsplätze in Jugoslawien staatlich waren, war es auch selbstverständlich, sich im Arbeitsprozess mit den Werten des „Arbeitgebers Staat“ zu identifizieren oder so zu tun, als ob. Man hielt sich am Arbeitsplatz mit den inneren Einstellungen z.B. zu Religion oder Tradition bedeckt; sich selbstbewusst und kritisch darüber zu äußern und sich damit zu zeigen, konnte unerwünschte Folgen haben. Oft trauen sie sich auch hier nicht, offen über ihren Glauben, ihre traditionsbedingten Gewohnheiten und Überzeugungen und schon gar nicht über ihre kritische Einstellung über die Aufnahmegesellschaft zu äußern.

Die eigenen Normen und Vorstellungen werden versteckt ausgelebt und fast nur in privaten Kreisen offen gezeigt. Konservative Rollenerwartungen und Traditionen spielen dabei eine große Rolle. Dies gilt insbesondere für die Migranten aus südlichen Teilen von Serbien, aus Kosovo, auch Montenegro und Mazedonien, aber auch aus ländlichen und armen Gebieten anderer früheren Teilrepubliken (Bosnien, Kroatien).

Beziehung zu Ärzten

Bemerkenswerterweise herrschte im ehemaligen Jugoslawien im Umgang mit den Ärzten bei allen Bevölkerungsgruppen und Schichten sehr großes Vertrauen. Beim Arzt galten andere Regeln der Kommunikation, dem Arzt konnte man „alles sagen“. Die persönliche Beziehung zum Arzt war wichtig und wurde relativ schnell von beiden Seiten (Arzt und Patient) aufgebaut. Die Migranten aus Ex- Jugoslawien mussten lernen, dass in Deutschland die Arzt-Patient- Beziehung eher neutral und sachlich gesehen wird.

Das hohe Vertrauen der Migranten gegenüber Ärzten aus dem Heimatland ist nicht ausreichend durch die Expertenrolle des Arztes, seine hohe Stellung in der Gesellschaft, die Situation des Hilfesuchenden oder mit der möglichen Idealisierung des Heimatlandes ausreichend zu erklären. Auch besitzen die Ärzte im Heimatland kein besonderes bzw. besseres medizinisches Wissen, als es in Deutschland vorzufinden wäre. Zudem ist die technische Ausstattung oft sehr bescheiden und diagnostische Möglichkeiten außerhalb der universitären Einrichtungen sind deutlich eingeschränkt. Dennoch ist es bekannt, dass viele Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien sich heute noch bei gesundheitlichen Beschwerden, insbesondere psychischer und psychosomatischer Art, im Heimatland behandeln lassen.

Aus den vielen Gesprächen mit Patienten aus ehemaligem Jugoslawien zu diesem Thema, sowie aus der Erfahrung aus meiner ärztlichen Tätigkeit in beiden Ländern scheint mir ein wesentlicher Unterschied im Umgang mit Patienten zwischen den Ärzten dort und hier zu geben: nämlich, dass die Ärzte aller Fachrichtungen im ehemaligen Jugoslawien sich schon immer direkt oder indirekt für das Leben hinter den Symptomen auf eine für die Patienten annehmbare Art und Weise interessiert haben.

In der klinischen Praxis lässt sich beobachten, dass gleiche Medikamente und Empfehlungen wie in Deutschland, wenn sie von den Ärzten aus dem Heimatland kommen, unterschiedlich in der Wirkung erlebt werden. Oft beschreiben Patienten zuversichtlich, dass ihnen von den Ärzten „gute Mittel“ empfohlen worden sind, dass die Ärzte hinter dieser

Empfehlung eindeutig stehen und bereits vielen Patienten damit geholfen haben. Diese Informationen werden tröstend, motivierend und ermutigend erlebt, in westlichen Kulturen können sie vielleicht übertrieben und überflüssig erscheinen. Ähnlich ist es mit dem indirekten Ausdrücken, wenn es um die Mitteilung z. B. von schweren Diagnosen geht. Dies gilt als Fürsorge, nicht als Vorenthalten von wichtigen Informationen. Macht und strenge Hierarchien sind üblich und erwünscht, Mit dem Prinzip der Partizipation und der Selbstverantwortung im Bereich der Gesundheit sind zahlreiche Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien überfordert.

Die medizinische Versorgung von Migranten und Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien geht aber nicht nur mit Schwierigkeiten einher, die aus dem unterschiedlichen kulturellen Lebensstil, der oben kurz beschrieben wurde, und aus Erwartungen an die Ärzte entstehen. Die Probleme bestehen nicht nur in Form von sprachlichen Problemen, auch wenn diese häufig hervortreten. In der Begegnung mit diesen Migranten werden wir sehr oft vor das Problem gestellt, die Auswirkung der politischen Entwicklungen der neunziger Jahren in den verschiedenen Gebieten des Landes, auf die psychische Gesundheit der verschiedenen in Deutschland lebenden Migranten- gruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien, zu erfassen.

In Deutschland leben neben Arbeitsemigranten aus dem ehemaligen Jugoslawien auch Flüchtlinge und Asylbewerber v.a. aus Bosnien, Kosovo, Serbien, Kroatien, Montenegro und Mazedonien mit ihren spezifischen Belastungen vor, während und nach der Flucht.

Nach Wicker et al. (1993) betrug z.B. die Quote von Foltererfahrungen unter anerkannten Flüchtlingen aus dem Ex-Jugoslawien, die in der Schweiz leben, 63%. In einer Stichprobe der in Australien lebenden bosnischen Flüchtlinge fanden Momartin et al. (2004) dass auch fünf Jahre nach der Flucht 63% der untersuchten Flüchtlinge noch unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten.

Bei der Behandlung von psychisch kranken Flüchtlingen und Asylbewerbern aus dem ehemaligen Jugoslawien sind zusätzlich die Ansätze der transkulturellen Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge zu beachten (vgl. Schulz et al. 2006, Joksimovic et al. 2008, Joksimovic und Bierwirth 2008).

Literaturverzeichnis:

Aigner M, Piralic-Spitzl S, Freidl M, Prause W, Lenz G, Friedmann A (2006) Transkulturelle Unterschiede bei somatoformer Schmerzstörung - eine Vergleichsstudie von Patienten mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 7 (2): 38-42

<http://www.uni-kassel.de/fb5/frieden/regionen/Serbien/kosovo27.html>

http://www.nzz.ch/nachrichten/international/detaillierte_opferzahlen_zum_bosnienkrieg_1.518352.html

Joksimovic L, Bierwirth J, Kruse J (2008) Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Muthny FA, Bermejo I (Hrsg.) Interkulturelle Aspekte der Medizin – Lientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Deutscher Ärzteverlag.

Joksimovic L, Bierwirth J (2008) Psychotherapeutische Ansätze für traumatisierte Flüchtlinge in der Ambulanz für transkulturelle Psychosomatik und Psychotherapie Düsseldorf. In: Golsabahi S, Heise T (Hrsg.) Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Das transkulturelle Psychoforum Band 15 Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M and Yaffe MJ (1993) Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. American Journal of Psychiatry 150:734-741

Laban C J, Gernaat HBPE., Komproe I H, van der Tweel I, De Jong J T V M (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. The Journal of Nervous and Mental Disease 193: 825-832

Leidel J, Kimont H G, Berger H (1998). Die medizinische Versorgung Obdachloser In: Gesundheitswesen 60, Sonderheft 1, 41-46.

Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber Verlag

Mitric B (2006) Ein junger deutscher Therapeut serbischer Abstammung im intergenerationellen Spannungsfeld - die Vergangenheit der Eltern kehrt zurück In: von der Stein B, Windel K Hrsg.) Psychische Folgen der Migration 9(1):

Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders* 80, 231-238.

Plesnik Marko (2007) Bosnien-Herzegowina entdecken. Trescher-Reihe Reisen

Ryan DA, Benson CA, Doole B A (2008) Psychological distress and the asylum process. A longitudinal study of forced migrants in Ireland. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196, 37-45.

Reiseführer Jugoslawien (1979/80) München: Polyglott-Verlag

Schulz P, Huber C L, Resick P A (2006). Practical adaptations of cognitive processing therapy with Bosnian refugees: implications for adapting practice to a multicultural clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 310-321.

Vrgoc-Mircovic J (2006) Die Behandlung von älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Schweiz und die Auswirkung des Krieges auf ihre psychische Gesundheit - Systemische Aspekte. In: von der Stein B, Windel K Hrsg.) Psychische Folgen der Migration 9(1):

Wicker HR (1993). Die Spuren extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Institut für Ethnologie, Universität Bern, 142.

Volkan V (1999) Das Versagen der Diplomatie. Zur Psychoanalyse nationaler, ethnischer und religiöser Konflikte. Gießen: Psychosozial-Verlag