

Psychiatrisches Handeln im interkulturellen Kontext

Wie kann professioneller mit psychisch Kranken aus fremden Kulturen umgegangen werden? Dieser Beitrag schildert die Problemstellung und formuliert Leitlinien zu ihrer Bewältigung.

Gerhard Ebner

Die Frage, ob Migrantinnen und Migranten allgemein häufiger (psychisch) krank werden als die einheimische Bevölkerung, ist noch nicht abschliessend beantwortet; sicher ist, dass einzelne besonders belastete Gruppen (z.B. traumatisierte, sozial belastete Migrantinnen und Migranten) eine höhere Erkrankungsrate als die Schweizer Bevölkerung aufweisen [1].

Eine Studie des Bundesamtes für Gesundheit zeigte eindrücklich, dass das gesundheitliche Wohlbefinden der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz deutlich reduziert ist und dass ihr Gesundheitsverhalten ungünstiger ist als das der Schweizer Bevölkerung. Auch schrieben sich die ausländischen Befragten weniger Fähigkeiten zu, zukünftige Lebensprobleme wirksam zu bewältigen – was als mögliche Voraussage für künftige psychische Probleme gelten kann [2].

Früher fanden sich unter den Migranten viele junge Arbeitsmigranten, die bereits vor der Einwanderung im Rahmen von medizinischen Untersuchungen im Herkunftsland bezüglich Krankheitsrisiken positiv selektiert wurden. Man sprach des-

halb vom «Healthy Migrant Effect» [3]. Durch Familiennachzug, zunehmende Belastungen im Arbeitsbereich wie im sozialen Leben und die zunehmende Anzahl von traumatisierten Flüchtlingen hat sich dieser Effekt jedoch inzwischen zumindest abgeschwächt.

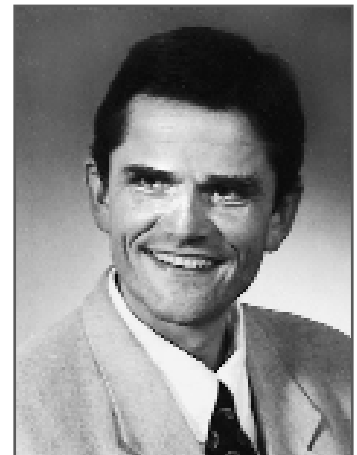
Unabhängig von der Frage, wie sich die Krankheitsraten nun im Detail verhalten, gilt als gesichert, dass gerade psychisch Kranke ausländischer Herkunft, wenn sie mit dem herrschenden Gesundheitssystem in der Schweiz nicht vertraut sind und sprachliche und kulturelle Schwierigkeiten vorfinden, von den Krankheitsauswirkungen stärker betroffen sind als die einheimische Bevölkerung und dass ihre Versorgung in psychiatrischen Institutionen problematisch ist. So zeigten zwei Untersuchungen von mir [4, 5], dass die psychiatrische Behandlung der Ausländerinnen und Ausländer im stationären wie im ambulanten Bereich im Vergleich zur Behandlung der einheimischen Bevölkerung als ungenügend angesehen werden muss.

Problembereiche in der psychiatrischen Behandlung

Im Folgenden werden wichtige Problembereiche in der psychiatrischen Behandlung der Migrantinnen und Migranten aufgezeigt.

Sprachliche Verständigung

Die Bedeutung der Sprache in einer psychiatrischen Behandlung kann nicht überschätzt werden. Der Einsatz professioneller Dolmetscher ist noch nicht die Regel, nicht zuletzt, da die Finanzierung in vielen Fällen ungeklärt bleibt; häufig übersetzen – wenn überhaupt – Ungeeignete wie



Gerhard Ebner

Familienangehörige oder Bekannte. Aber auch der Einsatz professioneller Dolmetscher birgt Gefahren, da bei wörtlicher Übersetzung die transkulturelle Übersetzung nicht gewährleistet ist und so wieder Missverständnisse entstehen können; ferner kann die Beziehung des Patienten zum Behandelnden durch den Dolmetscher massgeblich gestört werden, nicht nur durch die bloße Anwesenheit eines «Dritten», sondern auch durch die Angst, dass dieser «Dritte» über vielfältige Kanäle Beziehungen zur eigenen Familie haben könnte und dass die schützenswerten «Geheimnisse» so nach aussen dringen könnten.

Wenn der Untersucher auf besondere Fragestellungen im interkulturellen Kontext sensibilisiert ist und wenn den Betroffenen wie dem Dolmetscher die Bedeutung der Schweigepflicht (und die Konsequenzen, wenn diese gebrochen wird) klar ist, so ist eine ausreichende Diagnostik in der Regel möglich. Doch dann sind noch nicht alle Hürden überwunden. In der Behandlung, die

über die rein medikamentöse Therapie hinausgeht, und in der Pflege und Betreuung haben übersetzte Gespräche ihre Grenzen.

Diagnostik

Für die Diagnostik spielen Verhaltensunterschiede im Hinblick auf das Präsentieren seelischen Leides und die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten eine wichtige Rolle. In anderen Ländern ist unter Umständen die Angst vor Stigmatisierung durch eine psychiatrische Behandlung grösser als in der Schweiz. Diese Angst kann die Behandlung verzögern oder dazu führen, dass seelisches Leid als ein körperliches dargestellt und der Untersucher so in die Irre geführt wird. Die körperliche Ausdrucksform, gerade wenn die Kranken wenig sprachliche Mittel zum Ausdruck ihres Leides zur Verfügung haben, wirkt dann oft «aggraviert» (verstärkt) oder sogar simuliert, «hysterisch»; manchmal meinen wir auch eine Psychose zu erkennen wegen des «bizarren» Verhaltens. Auf der anderen Seite sind wir in Gefahr, offensichtlich krankes Verhalten als «kulturbedingt» und damit nicht krankhaft zu interpretieren (so wird zum Beispiel distanzloses Verhalten von Männern aus Kulturen, die vom Islam geprägt sind, gegenüber Frauen gerne als «kulturbedingt» interpretiert; es kann sich aber auch um eine Erkrankung, zum Beispiel eine Manie, handeln, die zu distanzlosem, aufdringlichem Verhalten führt).

Selbst bei guter sprachlicher Verständigung sind in der Regel psychologische Tests nicht durchführbar, da diese nicht für die entsprechende Bevölkerung «geeicht» sind und so zu falschen und widersprüchlichen Ergebnissen führen.

Behandlung

Die unterschiedlichen Erwartungen an eine gute Therapie, verbunden mit unterschiedlichen Vorstellungen über Krankheitsentstehung, sind ein häufiger Anlass für interkulturelle Missverständnisse; so wird in traditionell ausgerichteten Kulturen eine eher externe Zuschreibung von Krankheitsursachen vorgenommen: Krank-

heit dringt von aussen ein, beeinträchtigt den Körper als Ganzes und muss somit durch die Behandlung – oft ohne eigenes Zutun und möglichst rasch – wieder externalisiert, das heisst nach aussen transportiert werden. Die Vorstellung, dass ein Therapieerfolg sich erst entwickeln muss, dass zwischen krank und gesund auch Übergänge möglich sind und dass vor allem auch psychogene Ursachen sich krankmachend auswirken können, ist unter diesen Umständen oft schwer zu vermitteln. Bleibt ein Therapieerfolg nach einer oder wenigen Stunden oder nach nur kurzer Einnahme der Medikamente aus, so macht sich Enttäuschung breit, und unter Umständen wird ein anderer Arzt ausgesucht. In manchen Ländern wird der Arztwechsel als das gute Recht eines Patienten betrachtet, wenn nicht umgehend ein Therapieerfolg eintritt.

Unterschiedliche Bewertungen von Nebenwirkungen haben Auswirkungen auf die Compliance. Wenn zum Beispiel in Hongkong Durst mit häufigem Wasserlösen bei einer Lithiumtherapie als Ausdruck einer wirksamen Behandlung gilt, weil so die Krankheit nach aussen befördert wird, dann leiden diese Menschen weniger bis gar nicht unter dieser Nebenwirkung und tolerieren auch andere Nebenwirkungen der Lithiumtherapie besser.

Auch können wir nicht erwarten, dass Medikamente bei allen Menschen auf der ganzen Welt in etwa gleich wirken; wir kennen ja auch bei uns Unterschiede zwischen Jugendlichen, älteren und sehr alten Menschen sowie zwischen Männern und Frauen bezüglich Stoffwechsel und Wirkungsweise der Medikamente. Klagen über Nebenwirkungen und verminderte Wirksamkeit von Medikamenten können also unter Umständen auf unterschiedlichen Abbau und unterschiedliche Wirkungsweise zurückgeführt werden und müssen nicht mit übergrosser Empfindsamkeit oder mangelnder Bereitschaft zur Behandlung zu tun haben.

Betreuung und Pflege

In manchen Ländern gehört es zur Pflicht, Kranken beizustehen, indem

man sie besucht, ihnen Essen und andere Geschenke bringt und allenfalls auch die Pflege übernimmt. Doch was ist zu tun, wenn in einer Klinik starre Besuchsregelungen herrschen, Mehrbettzimmer existieren und der Besuch von zahlreichen Angehörigen und Freunden die Schweizer Mitpatienten stört?

Wie gehen wir mit Intimität in der Pflege um, mit – allenfalls für uns unverfänglichen – Themen wie familiäre Probleme und religiöse Überzeugungen, wenn die Offenbarung intimer Probleme für die Betroffenen eine Schande darstellt? Wie gehen wir mit bedürftigen Menschen um, die trotz ihrer Bedürftigkeit unsere Hilfsangebote ablehnen?

Erfahrungen des Psychiatriezentrums Schaffhausen

Als Chefarzt des Psychiatriezentrums Schaffhausen beschäftige ich mich seit gut 15 Jahren mit interkulturellen Fragestellungen in der Psychiatrie; so stellten wir uns die Frage, ob wir uns nicht auf die Behandlung von psychisch Kranken aus fremden Kulturen, allenfalls aus bestimmten Ländern, spezialisieren sollten, um diesen Kranken möglichst gut gerecht zu werden. (Ich selbst habe mich auf Kranke aus der Türkei spezialisiert und spreche deren Sprache.)

Andererseits ist unser Einzugsgebiet begrenzt; es ist deshalb schwierig, Spezialabteilungen zu bilden; zudem überzeugten mich Kollegen davon, dass Spezialabteilungen die Gefahr von Gettoisierung bergen. Wir entschlossen uns deshalb, unseren Anspruch, auch den Menschen aus anderen Kulturen gerecht zu werden, im Rahmen der allgemeinspsychiatrischen Behandlung zu verwirklichen. Dabei hat sich der Beizug von Dolmetschern und Mediatoren bewährt. Gerade der Einsatz von Mediatoren (in Schaffhausen ausgebildet und angestellt von der Beratungsstelle «Der-man» des Schweizerischen Arbeiterhilfswerks) ist hilfreich, denn sie vermitteln uns, zusätzlich zur sprachlichen Übersetzung, ein Verständnis für das kulturelle Innenleben unserer Kranken. So haben wir uns entschlossen, als «Standard» für unsere Krankenbehandlung festzulegen,

dass ein psychisch Kranker im stationären Bereich «Anspruch» auf zwei gedolmetschte diagnostische und/oder therapeutische Sitzungen pro Woche hat; im ambulanten Bereich bieten wir insgesamt drei Sitzungen mit einem Dolmetscher an für Diagnostik und das Einleiten einer Therapie. Dies belastet das Budget (besonders auch im ambulanten Bereich, wo das KVG einen hohen Kostendeckungsgrad fordert), hat sich aber sehr bewährt. Der Chefarzt leistet seinen Beitrag, indem er auf den Visiten die Mitarbeitenden für interkulturelle Fragen sensibilisiert und gegen die Pauschalisierung von Vorurteilen («das ist kulturbedingt») ankämpft.

Diagnostische und therapeutische Leitlinien für eine psychiatrische Institution

Diagnostik und Behandlung von psychisch kranken Ausländern aus fremden Kulturen ist nach meiner Auffassung integraler Bestandteil einer guten psychiatrischen Behandlung. Gerade in der Psychiatrie haben wir gelernt, scheinbar fremdes Erleben, fremdes Verhalten in einen Kontext, in eine Sinnhaftigkeit, einzubetten. Gefragt sind nicht primär Psychiater, Pflegefachpersonen und Psychologen, die sich mit spezifischen oder möglichst vielen Kulturkreisen auskennen; gefragt sind kultursensitive Mitarbeitende, die aus Sympathie und Neugierde auch scheinbar fremdes Erleben verstehen lernen wollen und sich durch den Kranken und den Mediator leiten lassen, um ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Handlungsplanung zu erarbeiten [siehe auch 6].

Sprachliche Verständigung: Die sprachliche Verständigung ist innert nützlicher Frist zu gewährleisten; bei Abwesenheit der Mediatoren können über Gerichte und Polizeistationen Dolmetscher für alle gängigen Sprachen erfragt werden. Die Dolmetscher sind vor Beginn der Übersetzungsarbeit zu instruieren, dass sie wörtlich zu übersetzen haben respektive dass sie eigene Eindrücke und Bemerkungen als solche kennzeichnen sollen. Im Anschluss an das gedolmetschte Gespräch sind zu-

sammen mit dem Dolmetscher die Eindrücke und Fragen zu besprechen.

Diagnostik: Eine gute, ausführliche Anamnese ist der «Königsweg» zum therapeutischen Verständnis. Gerade Patienten und Angehörige können uns dazu anleiten, Ressourcen zu erfassen und zu erkennen, was Menschen schon alles geleistet haben, bevor sie erkrankt sind.

Fremde Kultur ist nicht primär ein «Problem», Migration kein «Risikofaktor». Es sind menschliche Lebensarten, und sie bergen in der Regel Ressourcen, Anknüpfungspunkte, Hilfen für das Verständnis.

Krankheits- und Therapieverständnis sind explizit zu erfragen; wenn unklar ist, ob die Symptomatik allenfalls eine Normvariante kulturellen Erlebens und Verhaltens ist, dienen die Angaben von Angehörigen, Freunden, Mediatoren und Dolmetschern als Beurteilungsgrundlage; wichtig ist auch die Frage, ob es einen «Knick» in der Lebenslinie gegeben hat. So kann der Glaube an Geister oder an den Teufel oder der direkte Kontakt zu Gott Ausdruck einer tatsächlichen intensiven religiösen Überzeugung und eines individuellen, religiös oder kulturell vermittelten Glaubensverständnisses sein, aber auch zum Beispiel Ausdruck einer Psychose; die Familienmitglieder nehmen diese Unterschiede oft wahr.

Behandlung: Unsere therapeutischen Zielsetzungen sind mit den kulturellen Wertvorstellungen und familiären Traditionen der Kranken und ihrer Angehörigen abzugleichen; allgemein anerkannte Hierarchien sind zu respektieren, auch wenn sie unseren Wertvorstellungen widersprechen; es macht keinen Sinn, wenn wir primär mit einem «Gegenkonzept» antreten und die Mitarbeit der Betroffenen verlieren. Bei groben Verstössen, Rechtswidrigkeiten und Gewalt haben wir aber auch konsequent die Beachtung unseres Rechtssystems einzufordern. Hierbei ist besonders zu berücksichtigen, dass die Psychiatrie sich nicht für gesellschaftlich ungelöste Problemstellungen instrumentalisieren lassen sollte, indem sie Aufträge an-

nimmt, die nicht unmittelbar mit der psychiatrischen Versorgung zu tun haben (z. B. die «Psychiatrisierung» von Asylbewerbern oder von gewalttätigen Ausländern, um sie einer Ausschaffung zu entziehen).

Wenn die genannten Leitlinien eingehalten werden, ist die Arbeit mit Menschen aus fremden Kulturen gemäss meiner langjährigen praktischen psychiatrischen Erfahrung bereichernd und weniger problematisch als allgemein angenommen. Wenn wir bereit sind, unseren Klinikalltag den Kranken, unabhängig ob Schweizer oder Ausländer, wo immer möglich anzupassen, wenn wir sie in die Prozesse mit einbeziehen, uns wahrhaftig für ihre Hintergründe interessieren und die nötigen Ressourcen dafür einsetzen, so wird uns auch die Arbeit mit Menschen aus fremden Kulturen gelingen, und sie wird uns bereichern. ■

Autor:

Dr. Gerhard Ebner

Chefarzt Psychiatriezentrum
Schaffhausen
Präsident Schweizerische
Vereinigung Psychiatrischer
Chefarzte (SVPC)
Psychiatriezentrum Schaffhausen
Breitenaustrasse 124
8200 Schaffhausen

Literatur:

1. Weiss R. (2003): Macht Migration krank? Seismo Verlag, Zürich.
2. Vranjes, N. et al. (1995): Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen.
3. Razum O., Zeeb H., Rohrmann S.: The «healthy migrant effect» – not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. Int J Epidemiol 2000; 29: 191-192.
4. Ebner, G. (1997): Hören Sie Stimmen? Pro mente sana aktuell; 2: 6-9.
5. Ebner, G. (2002): Die ambulante psychiatrische Versorgung von psychisch kranken Ausländern in psychiatrischen Institutionen. Unveröffentlichtes Manuskript.
6. Domenig, D. (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Huber Verlag, Bern.

Einen guten Überblick zur Thematik finden Sie in:

Hegemann, T., Ramazan, S. (2001): Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrieverlag, Bonn.