

EINLEITUNG

„Deutsche Ärzte können die Leiden von Ausländern oft nicht verstehen“, schreibt die Süddeutsche Zeitung im Dezember 1998. Denn, so wird im Weiteren erläutert, typische Missverständnisse entstünden, wenn MigrantInnen kulturelle Metaphern wie „Das Herz bricht in der Leber“ benutzten, um seelische Note mitzuteilen, da dies für viele deutsche Ärzte schwer zugänglich sei. Der Spiegel vom 5. 1. 2004 widmet sich diesem Thema mit dem Artikel: „Wie sich das Seelenleiden von Deutschen und Türken unterscheidet“. Dort wird verkündet: „je mehr sich die Forscher mit dem Problem beschäftigen, desto mehr wird ihnen bewusst, dass sie einer faszinierenden kulturwissenschaftlichen Frage auf der Spur sind: Wie kulturgebunden ist das Erscheinungsbild einer Krankheit?“ (ebd., 121).

Kultur und Krankheit bzw. Migration und Krankheit sind Themen, die in multikulturellen Gesellschaften aus den verschiedensten Interessen heraus diskutiert werden. Damit wird ein Thema angesprochen, das sowohl für die erkrankten MigrantInnen als auch für die Ärzte aufgrund medizinischer Problemstellungen von aktueller Bedeutung ist. Eine Gefahr in diesem Diskurs besteht darin, dass die Menschen aus ihm verschwinden, wie das *Spiegel*-Zitat verdeutlicht: Sie werden zu Objekten von Kultur- und Krankheitsforschungen oder sie werden als Träger einer zu kategorisierenden Krankheit oder als Vertreter einer mythologisierten „Kultur“ betrachtet.

Was ist das für die Fachöffentlichkeit Interessante an der Erkrankung eines Menschen, der von einem Land in ein anderes Land migrierte? Faszinierend daran scheint das „Fremde“ zu sein, das Experten an ihren „Objekten“ entdecken von ihnen „erklärt“ wird. Die Perspektive ist gleichsam von „oben nach unten“ auf die „Träger“ dieser faszinierenden Phänomene gerichtet.

In dieser Studie wird demgegenüber eine andere Perspektive eingenommen. Sie betrachtet nicht die abstrakt-allgemeine Kategorie der Kultur, sondern die individuellen Lebensgeschichten von Menschen, in denen Krankwerden und Gesundwerden wichtige Aspekte – aber nicht die einzigen – sind. Sie wird sich mit den Geschichten der Menschen beschäftigen, um das „hinter“ den Krankheitssymptomen verdeckte Leben in den Vordergrund zu stellen, oder wie es ein Biograph zum Ausdruck brachte: „*Es ging mir nicht nur um die Gesundheit, aber das hat der Arzt nicht verstanden*“.

Im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses steht die lebensgeschichtliche Bedeutung von Krankheit und Gesundheit im Kontext von Migrationserfahrung. Die Forschungsfrage entwickelte sich in der alltäglichen klinischen Arbeit auf einer interkulturell konzipierten Station zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung türkischer Migranten und Migrantinnen. Bei

dieser klinischen und psychosozialen Versorgung stand in der alltäglichen Praxis des Krankenhauses immer wieder die Frage im Mittelpunkt „*Was hat er oder sie?*“ Diese Frage bestimmte den klinischen Alltag, sie tauchte immer wieder in Visitengesprächen auf, wenn es darum ging, dem Phänomen einen medizinkonformen Namen geben zu müssen und allgemeingültige Definitionen für Phänomene von Krankheit und soziale Zusammenhänge zu formulieren. Diese Frage irritierte mich mehr und mehr. Um zu verstehen, „um was es geht“, erwies sie sich als wenig nützlich. Dennoch enstsprach diese Frage dem Anliegen der türkischen Patienten und Patientinnen, die an die Professionellen die Frage stellten „*Was habe ich?*“

Diese wechselseitige Fragekonstellation zwischen Behandelnden und Behandelten im Kontext interkultureller medizinischer und psychosozialer Versorgung bildete sozusagen den Ausgangspunkt meiner Arbeit. Mich interessierte zunehmend, was „jenseits der Diagnosen und Befunde“ liegt. Die Verbindung zwischen der Frage der professionellen Experten und der Frage der Hilfe suchenden PatientInnen war ja die Suche nach einer Versprachlichung. Das Ziel war herauszufinden „um was es geht“, um so zu einer wechselseitigen Verständigung zu kommen. Viele PatientInnen waren auch sichtlich erleichtert, wenn sie „ihre“ Diagnose kannten. Das alles führte dazu, dass ich immer unzufriedener und zugleich neugieriger auf die für mich damals „rätselhafte“ Vergangenheit der Menschen wurde, die mir Tag für Tag als PatientInnen mit den unterschiedlichsten krankheitswertigen Leiden begegneten. Ich interessierte mich zunehmend für die Bedeutung ihres bisherigen Lebens. Denn für mich stellte sich die zentrale Frage, welche Rolle dieses in ihrem gegenwärtigen Kranksein spielt. Da in der stationären Behandlung die Krankheit im Vordergrund stand, hatte ich es mit einem sehr reduzierten Ausschnitt im Leben dieser Menschen zu tun. Aus einem sich wechselseitig verstärkenden Prozess der respektvollen Neugierde nach den Lebenserfahrungen und aus dem sich steigernden Unbehagen gegenüber den geforderten objektivierenden Kategorien des geltenden internationalen Diagnoseschlüssels „ICD 10“ (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1993) im psychiatrischen Kontext entstand die Forschungsfrage:

Welche Biographien bzw. lebensgeschichtlichen Erfahrungen liegen hinter den Selbstaussagen und den Krankheitsdiagnosen der PatientInnen, deren Geschichtlichkeit und deren Einzigartigkeit von den Diagnosen ausgeblendet wird?

Mit diesem Interesse entfernte ich mich von der im alltäglichen klinischen Handlungsdruck im Vordergrund stehenden Frage „*was hat er oder was hat sie?*“ hin zu den Fragen: „*wie ist er oder sie geworden?*“ oder: „*wie ist es dazu gekommen?*“ Anders ausgedrückt: Was ist der „Fall“ der Patientin mit der Diagnose F. 32.1. nach ICD 10?

Während meiner beruflichen Tätigkeit im Krankenhaus beschäftigte mich eine weitere Frage, die ebenfalls zu einem Anlass für mein Forschungsprojekt wurde.

Denn so unterschiedlich die Lebenswelten der PatientInnen auch waren, eines fiel immer wieder ins Auge: In ihren aktuellen Ausführungen über sich selbst und über das, was sie beschäftigte, stand fast immer der Arbeitsplatz im Mittelpunkt. Die gegenwärtige oder zurückliegende Arbeitserfahrung war ein zentraler Bezugspunkt, der mit dem Krankwerden in Zusammenhang gebracht wurde. Dies war eine auffallend häufige Perspektive, die die Selbstsicht der Patientinnen und Patienten dominierte. Zugleich war auch das Thema Arbeit und Arbeitswelt, respektive der Betrieb bzw. die Firma, mit Gefühlen der Wut, der Ungerechtigkeit, der Diskriminierung, der Ohnmacht und mit massiver Angst besetzt.

Kritisch und solidarisierend registrierte ich strukturelle und institutionelle Repressionen „unserer“ PatientInnen, nahm ich die sozialpolitische Positionierung und ausgrenzende Statuszuweisung der türkischen oder allgemein gesagt der ausländischen Minderheiten wahr. In diesem Spannungsfeld zwischen der Wahrnehmung struktureller Arbeitsbedingungen und der Wahrnehmung der emotionalen und biographischen Bedeutsamkeit von „Arbeit“ entwickelte sich für mich die zweite, sowohl sozialwissenschaftlich als auch politisch motivierte Frage:¹

Warum reden jene sich im Kontext der Behandlung von Krankheit befindenden Menschen in der beobachteten Weise über Arbeit? Was ist das Individuelle oder Fallspezifische und was das Allgemeine oder Gesellschaftliche daran?

Mit der vorliegenden Studie gehe ich der Frage nach, welche komplexen biographischen Erfahrungen jene Menschen hinter sich haben und welche Bedeutung diese Erfahrungen für ihr Leben hatten und heute noch haben.

Als Biographieforscherin und Praktikerin gehe ich davon aus, dass Abweichungen vom Normalen, wie sie auch durch Symptome und Krankheiten repräsentiert werden, immer auch Problemlösungen beinhalten und eine bestimmte Funktion in der Lebensgeschichte haben. Zu Beginn des Forschungsprojektes stand die Frage, wie sich Biographien in Interaktionen mit verschiedenen Gesellschaftsgeschichten entwickeln und wie Krankheitsprozesse darin eingebettet sind. Damit war die Absicht verbunden, die auf Diagnose und Typisierung von Krankheit beruhende klinische psychiatrische Alltagspraxis mittels einer gestalttheoretisch-strukturalen Fallrekonstruktion (vgl. Rosenthal 1995a) zu erweitern. Ich wollte die Perspektiven derjenigen aufgreifen, die im medizinischen Versorgungskontext als „Fälle“ problematisiert, diagnostiziert und begutachtet werden. Die Frage, welche Ereignisse zu welchem Zeitpunkt

1 Impulsgebend in der Wahrnehmungsschärfung war während meiner klinischen Praxis damals ein Artikel von Peter Alheit (1995): „Lebenswelt Betrieb“. Zur wissenssoziologischen Bedeutung der Arbeitssphäre.

im Leben welche Bedeutung haben und welche Erfahrungen wie verarbeitet werden, sollte durch eine rekonstruktive Vorgehensweise beantwortet werden, bei der nicht mit vorab definierten Kategorien und Hypothesen an die Erhebung und Auswertung herangegangen wird.

Maßgebliche Voraussetzung für das forschungslogische Herangehen war das Prinzip der Offenheit, das sowohl die Datenerhebung (Interviews) als auch die Auswertung leitete. Die von Anselm Strauss (1991) postulierte „offene Kommunikationshaltung“ ist somit Grundlage des Forschungsprozesses. Beabsichtigt ist, sich von professionstypischen Kriterien und Methoden der Expertenverständigung und -prozessierung, wie z.B. eines Anamneseleitfadens oder Störungsbildern, zu entfernen. In der hermeneutischen und erzähl-analytischen Tradition stehend, bildet in der rekonstruktiven Biographieforschung die Alltagskommunikation die Datengrundlage. Im Mittelpunkt stehen die Alltagserzählungen – die Narrationen – der Kommunikationsteilnehmer. Das Mittel der Datenerhebung ist das biographisch-narrative Interview, das zur Gewinnung von alltäglichen Stegreiferzählungen der InterviewpartnerInnen dient. Während des Erzählens werden keine externen Anamnesekriterien abgefragt, sondern die kommunikative Situation des Erzählen-Lassens und des offenen und nicht selektiven Zuhörens steht im Vordergrund.

Mit diesem Zugang sah ich eine Chance, die Einschränkungen der „anti-narrativen Institution“, wie das Krankenhaus vielerorts bezeichnet wird, zu überwinden. Der von der „harten Diagnostik“ abgegrenzte, weil nicht kontrollier- und standardisierbare Bereich des Erzählens – und nicht nur des Erzählens über Krankheit – war gerade der Bereich, der mich interessierte. Gemäß diesem Forschungsansatz bilden biographisch-narrative Interviews mit aus der Türkei stammenden erkrankten Migranten und Migrantinnen die empirische Basis dieser Arbeit. Einige meiner InterviewpartnerInnen hatte ich noch während meiner klinischen Arbeit kennen gelernt und Monate bis Jahre später interviewt. Andere hatte ich entweder über ehemalige PatientInnen oder über KollegInnen psychosozialer Einrichtungen kennen gelernt. Während der Interviews kam es zu intensiven Begegnungen, in denen es auch um mich als Person und mein Forschungsinteresse ging. Es waren oftmals lange Abende, an denen wir noch nach dem Interview, manchmal mit der ganzen Familie meiner InterviewpartnerInnen zusammen saßen, Tee tranken und redeten. Der mir in diesen Situationen entgegegebrachten Nähe und Vertrautheit möchte ich in meiner Arbeit gerecht werden. Aus diesem Grund werden die Aussagen meiner InterviewpartnerInnen, konform mit den methodologischen Transkriptionsprinzipien nicht grammatisch „geschönt“ und in „richtiges“ Deutsch übersetzt. Während des Forschungsprozesses wurden mir von ForscherInnen und PraktikerInnen Bedenken entgegegebracht, dass die Wiedergabe der alltäglich gesprochenen, grammatisch nicht ganz richtigen deutschen Sprache einen abwertenden Eindruck von dieser Personengruppe vermitteln könnte. Dem halte ich Folgendes entgegen:

Zum einen ist für das hermeneutische Auswertungsverfahren jedes Wort, jede Pause im Sprachfluss relevant und wird in den einzelnen Auswertungs-

schritten systematisch berücksichtigt. Zum anderen drückt sich in der Alltags- sprache die gelebte und verarbeitete Alltagserfahrung aus, mit der der Alltag wiederum interaktiv hergestellt wird. Durch die authentische sprachliche Wiedergabe sehe ich gerade die Leistung von Menschen dokumentiert, eine Sprache zu lernen und den Mut und die Offenheit zu haben mit mir als deut- scher Muttersprachlerin ein Interview in deutscher Sprache zu führen, im Wissen von der eigenen Unsicherheit und in der Akzeptanz der asymmetri- schen Kommunikationsbedingungen. In der Darstellung der zitierten Aussa- gen meiner Biographen und Biographinnen möchte ich explizit meinen Re- spekt vor diesen Leistungen dokumentieren.²

Mein Forschungsinteresse und -impetus waren von folgenden vier Fragen ge- leitet:

- Der Frage nach der Bedeutung von Krankheit im Kontext der Migrations- erfahrung und der Gesamtbioographie
- Der Frage nach einem Erkenntnisgewinn gegenüber der professionellen Praxis aufgrund eines wissenschaftlich fundierten Forschungsverfahrens
- Der Frage nach der Übertragbarkeit des hier verwendeten Analyse- und Erhebungsverfahrens für die psychosoziale und medizinische Praxis
- Der Frage, wie meine eigenen professionellen Erfahrungen und mein Pra- xiswissen für die Forschung nützlich sein kann

Wie sich zeigte waren diese Fragen und das daraus resultierende Forschungs- anliegen, nicht nur etwas, was mich alleine beschäftigte, sondern es wurde auch von anderen als besonders relevant erachtet. Dies wurde mir deutlich, als Detlev John (2003), der in der ärztlichen Untersuchungsstelle der LVA Hessen als medizinischer Gutachter arbeitet, auf dem Deutsch-Türkischen Psychi-atriekongress im September 2003 in Essen nach Auswertung zahlreicher Ren- tengutachten türkischer oder türkischstämmiger Versicherten, Folgendes for- mulierte: „Ich möchte mit diesem Vortrag dazu aufrufen, zu einer Einzelfall- betrachtung überzugehen und vor dem Hintergrund der individuellen Biogra- phie und der Entwicklung der Beschwerden eine genaue Analyse des vorge- fundenen Zustandes vorzunehmen. Ich möchte dazu aufrufen, phänomenolo- gisch vorzugehen und jeden Menschen in seiner individuellen Besonderheit neu zu entdecken.“ Für John bedeutet das: „körperlich untersuchen, fragen und vor allem zuhören – nicht mehr aber auch nicht weniger.“

Diese Arbeit ist eine empirisch fundierte Analyse, die sich aber dem „Fetisch der Stichprobengröße“ (Oevermann 1991) entzieht und die individuellen Bio- graphien türkischer Migranten und MigrantInnen in den Mittelpunkt stellt, die sie methodisch kontrolliert rekonstruiert. Die im Schnittpunkt von Migrations-

2 Meine Überlegungen hierzu werden durch die Ausführungen von Spohn (2001) zum Thema interkulturelle Interviews und dem „Dilemma des Zitierens“ be- stärkt.

und Gesundheitsforschung liegende Arbeit soll einen Beitrag für ein reflexives Fallverständen von Menschen leisten, die die Erfahrung von Krankwerden und Kranksein im Kontext von Migration gemacht haben.

Die Arbeit ist folgendermaßen gegliedert:

Im *ersten Kapitel* der Arbeit werde ich die umfassenden gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Diskurse zum Thema Migration, Krankheit und Gesundheit entlang den Fragestellungen dieser Arbeit beleuchten. Sozialmedizinische Perspektiven und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie sowie sozialanthropologische, systemische und familientherapeutische Sichtweisen werden aufeinander bezogen und punktuell diskutiert.

Im *zweiten Kapitel* wird die methodologische Fundierung und das daraus resultierende Analyse- und Anwendungsverfahren für die im Zentrum stehende Forschungsfrage dargestellt. Das biographieanalytische Konzept von Biographie als sozialem Konstrukt wird ausgeführt, ebenso die Differenz und Interdependenz von erzählter und erlebter Lebensgeschichte. In diesem Rahmen stelle ich den wechselseitigen Konstitutionsprozess der Gegenwart und der Vergangenheit in den Mittelpunkt der Analyse.

Im *dritten Kapitel* werden vier Fallrekonstruktionen vorgestellt. Insgesamt werden die Fallrekonstruktionen ergebnisorientiert dargestellt; die extensive Auswertungspraxis mit ihren einzelnen Auswertungsschritten wird nicht aufgezeigt. In den beiden ersten Fallrekonstruktionen werden die Ebenen des erzählten und erlebten Lebens erst getrennt dargelegt und dann zusammengeführt. Im der ersten Falldarstellung wird eine thematische Text- und Feldanalyse exemplarisch veranschaulicht. Dem hier stattgefundenen Sprachenwechsel wird dabei besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die beiden letzten Fallrekonstruktionen werden in der zusammengeführten Form des erzählten und erlebten Lebens vorgestellt.

Im *vierten Kapitel* vergleiche ich die Biographien mittels einer Typisierung. Hierbei werden zusätzlich Globalanalysen berücksichtigt. Die Typenbildung der Fälle nehme ich anhand der die Fälle charakterisierenden strukturellen Mechanismen vor. Anschließend diskutiere ich die fallübergreifenden Gemeinsamkeiten. Die Frage nach der Bedeutung der Migrationserfahrung wird diskutiert. In den abschließenden Gedanken wird die Bedeutung von Kultur in den Biographien hinterfragt.

Im *fünften Kapitel* resümiere ich meine Erfahrungen im Hinblick auf den Forschungsprozess und die angewandten Forschungsmethode. Außerdem reflektiere ich die Potenziale für die Praxis.