

## 2. Migration und Gesundheit

---

In der Schweiz lebten Ende 2016 2.1 Millionen MigrantInnen. Dies entspricht 24.9 % der gesamten Schweizer Wohnbevölkerung (Bundesamt für Statistik 2017). Die Migration in der Schweiz hat eine zunehmende Feminisierung erfahren, insbesondere im Fall von MigrantInnen aus Ländern ausserhalb Europas (Riaño und Baghdadi 2006: 1). Bei der Migration aus Lateinamerika und der Karibik<sup>1</sup> stieg beispielsweise der Frauenanteil von 49.8 % im Jahr 1981 auf 56.9 % im Jahr 2016.<sup>2</sup> Somit übersteigt in der Schweiz gegenwärtig die Anzahl der Frauen die der Männer aus Lateinamerika deutlich. In Zahlen ausgedrückt waren im Jahr 2016 von den insgesamt 51'731 Personen, die aus Lateinamerika in der Schweiz kamen, 29'422 Frauen und 22'309 Männer (Bundesamt für Statistik 2017). Der Anteil der Migrantinnen aus Lateinamerika, die in der Deutschschweiz leben, liegt bei 61.5 %. Nicht mitgezählt sind undokumentierte LateinamerikanerInnen in diesen statistischen Angaben. Neben Brasilianerinnen zählen vor allem Dominikanerinnen, Kolumbianerinnen, Peruanerinnen und Mexikanerinnen zu den grösseren Migrantinnengruppen. Diesen soziodemographischen Veränderungen der Migrationsbewegungen bzw. der Migrationsbevölkerung der letzten Jahre wurde in der Schweiz bislang zu wenig Rechnung getragen.

Wenn die Rede von MigrantInnen ist, wird eine homogene Bevölkerungsgruppe unterstellt, die in Wirklichkeit äusserst heterogen ist. Die unterschiedlichen Lebenserfahrungen bei MigrantInnen lassen sich dabei nicht auf ihre Herkunftskultur reduzieren. Es besteht daher die Notwendigkeit, die Migrationsbevölkerung stärker zu differenzieren und entsprechend ihrer gesundheitlichen Lage und ihren spezifischen Lebensbedingungen zu untersuchen (Faltermair 2001: 112). MigrantInnen in Gruppen nach aufenthaltsrechtlichen, alters- und geschlechtsspezifischen Merkmalen zu unterteilen, erweist sich als sinnvoll (Weiss 2005: 15).

Für viele MigrantInnen ist die Migrationserfahrung ein tief einschneidendes Erlebnis und einer der prägendsten Lebensabschnitte in ihrer Biographie, unabhängig von den Migrationsgründen. Manchmal bedeutet die Migration auch einen Bruch in

---

<sup>1</sup> Aus den vom Bundesamt für Statistik vorgelegten Tabellen aus dem Jahr 2017, die dem aktuellsten Stand bei der Beendigung der Dissertation im Jahr 2018 entsprechen, berücksichtigte ich nur Daten zur ständigen Wohnbevölkerung aus Lateinamerika und der Karibik aus spanisch- und portugiesischsprachigen Ländern.

<sup>2</sup> Im Jahr 1981 lebten insgesamt 8'143 MigrantInnen aus Lateinamerika und der Karibik in der Schweiz, davon waren 4'055 Frauen und 4'088 Männer (Bundesamt für Statistik 2017).

der eigenen Lebensgeschichte. So sind das Verlassen des Herkunftslandes und die Migration in ein fremdes, unbekanntes Land oft mit der Überwindung vorgegebener Barrieren und der emotionalen Bewältigung von neuen Herausforderungen gekoppelt. In die Schweiz zu migrieren impliziert für MigrantInnen nicht nur einen physischen wie auch gesellschaftlich-politischen Übergang von einem Ort zum anderen, sondern erfordert insbesondere eine erheblich psychosoziale Anpassungsleistung der AkteurInnen, die sich über einen langen Zeitraum hinziehen kann. Über das Verarbeiten der Migrationserfahrungen hinaus spielen weitere Aspekte wie etwa die sozioökonomische Position im Zielland, Statusverlust, niedriges Einkommen, familiäre Trennung, Verlust des sozialen Netzes, traumatische Verlusterfahrungen, Einsamkeit, schlechte Wohnverhältnisse, Risiken am Arbeitsplatz, drohender Arbeitsplatzverlust, anhaltende Rollen- und Generationskonflikte, eingeschränkte individuelle Bewältigungskompetenzen und hoher Anpassungsdruck eine ausschlaggebende Rolle für ihre Gesundheit (Weiss 2005: 284).

MigrantInnen sind jedoch nicht nur mit dem Bewältigen von schwierigen Lebenssituationen konfrontiert, sondern auch der gesellschaftlichen Haltung im neuen Land gegenüber der Migrationsbevölkerung ausgesetzt. Eine zentrale Rolle spielt die Art und Weise, wie MigrantInnen im Aufnahmeland aufgenommen werden. Fühlen sich die neuen Gesellschaftsmitglieder angenommen, wertgeschätzt, sicher und geborgen oder erfahren sie etwas anderes? Neben strukturellen Rahmenbedingungen der Aufnahmegerügschaft beeinflusst die Reaktion der Aufnehmenden beträchtlich das Leben von MigrantInnen. Die Migrationsbevölkerung löst gleichzeitig bei der aufnehmenden Gesellschaft starke Gefühle wie etwa Ängste und Assoziationen aus, die sich häufig in erheblichen Ressentiments gegenüber den MigrantInnen äußern. So werden MigrantInnen nicht selten als Unerwünschte oder Abzuwendende wahrgenommen, denen gegenüber eine Verteidigungshaltung eingenommen werden muss. Wie eine Gesellschaft mit MigrantInnen umgeht drückt viel über ihre Machtverhältnisse sowie ihre Haltung zum Menschen aus. An der restriktiven Migrationspolitik der Schweiz wird deutlich, dass dieses Land seit fast 70 Jahren Migration ein Einwanderungsland ist, das keines sein will und sich weigert, sich als solches zu verstehen. In der Schweiz wie auch in anderen westlichen Industrieländern wird Migration im öffentlichen Diskurs vornehmlich aus einer negativ- und defizitorientierten Perspektive wahrgenommen.

Gemäss der Medizinanthropologin Ruth Kutalek (2009: 302) werden MigrantInnen abhängig vom Herkunftsland und der Migrationspolitik des jeweiligen Aufnahmelandes immer mehr als „notwendig“ dargestellte „Bürde“ und als unwillkommener Ballast der marktwirtschaftlichen Globalisierung angesehen. MigrantInnen werden in der Öffentlichkeit oft als Bedrohung für Sicherheit, nationale Identität und Wohlstand in Verbindung gebracht. Diese generellen Einstellungen, stereotypen Vorstellungen und negativen Assoziationen können sich in Rassismus, Diskriminierung, sozialer Ausgrenzung und Exklusion manifestieren. Darüber hinaus existiert in der Schweiz eine unausgesprochene hierarchische Rangordnung bei MigrantInnen, in der „AusländerInnen“<sup>3</sup> in Willkommene und Nicht-Willkommene unterteilt werden. So

<sup>3</sup> Unter der Bezeichnung „AusländerIn“, die ich bewusst in Anführungszeichen setze, wird ein Mensch verstanden, der nicht über die Staatszugehörigkeit des Landes verfügt, in dem er lebt. Es handelt sich um einen juristischen Terminus, der zur Bezeichnung des Unterschieds zwischen Staatsangehörigen

merkt Paul Mecheril (2004: 37) kritisch an, dass die ökonomische Zuwanderungspolitik dazu beiträgt, zwischen „guten“ und „schlechten“ MigrantInnen zu unterscheiden. Als „gute“ MigrantInnen gelten diejenigen, die einen Beitrag zur Sicherung „unseres“ Wohlstandes leisten, während „schlechte“ MigrantInnen solche sind, die „unsere“ Ressourcen verbrauchen.

Migration hat es zu allen historischen Zeiten und fast überall gegeben. Migration ist eine universelle menschliche Handlungsform (Mecheril 2010: 7). Migrationsbe-

---

und Nicht-Staatsangehörigen herangezogen wird (Kaya 2007: 39). In meiner Arbeit verwende ich den Begriff „AusländerIn“ absichtlich nicht, da dieser negativ konnotiert ist. Der Ausdruck, der in der Literatur sowie im alltäglichen Sprachgebrauch oft verwendet wird, ist meiner Meinung nach längst überholt und nicht adäquat. In dieser Arbeit findet der Begriff „AusländerIn“ lediglich dort Anwendung, wo es um die Selbst- oder auch Fremdwahrnehmung meiner ForschungsteilnehmerInnen geht. Neben der juristischen Bedeutungsebene gibt es noch weitere Verwendungsweisen. So merkt der Soziologe Rainer Geissler in Bezug auf die Bezeichnung „AusländerIn“ kritisch an: „Zudem haften dem Ausländerbegriff zum Teil ethnozentrische, integrationshemmende Nebenbedeutungen an: Er akzentuiert das Fremde und einen minderen Rechtsstatus, er betont stark das ‚Nichtdazugehören‘, das ‚Ausgrenzende‘. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass sich die ‚Ausländer‘ selbst lieber als ‚Migranten‘ oder ‚Arbeitsmigranten‘ bezeichnen. Häufig wird auch auf den neutralen Begriff der ‚Zuwanderer‘ zurückgegriffen. Aber auch die zunächst unverfänglich erscheinenden Begriffe ‚Migranten‘ oder ‚Zuwanderer‘ haben ihre Tücken: Das Merkmal des ‚Wanderns‘ trifft nur auf die erste Generation zu, aber nicht mehr auf die Nachfolgegenerationen, die dann in Deutschland geboren wurden“ (Geissler 2014: 267-268). Darüber hinaus wird der Begriff „AusländerIn“, z.B. in der Erweiterung zu „Scheiss AusländerIn“, auch direkt als Schimpfwort und zur Abwertung eines Menschen gebraucht (vgl. die Fallrekonstruktion von Amalia Torres im empirischen Teil dieser Untersuchung). Im Hinblick auf die Schwierigkeit, die zu untersuchende heterogene Gruppe so angemessen wie möglich zu bezeichnen, verwende ich in dieser Untersuchung die Bezeichnung MigrantIn. Wenn die Rede von Frauen ist, verwende ich die alternativen Bezeichnungen „migrierte Frau“, „Frau, die migriert bzw. migriert ist“ und „Frau in der Migration“. Der Begriff MigrantIn hat sich mittlerweile im deutschsprachigen Raum etabliert. Mit dem Ausdruck MigrantIn beziehe ich mich in der vorliegenden Arbeit auf Menschen, die selbst migriert sind oder ein Elternteil von ihnen migriert ist. Jedoch ist auch MigrantIn eine mehrwertige Bezeichnung, so Mecheril (2004: 48), die diffus ist und mit unterschiedlichen Akzentuierungen und Bedeutungen benutzt werden kann. Wie Broden und Mecheril (2007: 9) feststellen, bleibt im politischen und wissenschaftlichen Diskurs, aber auch in der Alltagssprache häufig ungenau, wer gemeint ist: „Wer allerdings ein ‚Migrant‘/eine Migrantin‘ ist, ist nicht von vornherein festgelegt, sondern muss einerseits als diskursives Produkt, andererseits als Ergebnis kontextspezifischer und lokaler Praxen der Re-Präsentation verstanden werden.“ MigrantIn begreife ich deshalb als soziale Konstruktion, die Grenzen sowie Differenzmarker zwischen den sogenannten „Einheimischen“ und MigrantInnen festlegt. Die Politikwissenschaftlerin Maria do Mar Castro Varela (2007: 14) hält in Bezug auf die Verwendung von richtigen Bezeichnungen und die damit einhergehende Problematik zusammenfassend fest: „Das Dilemma, in das wir hier unweigerlich geraten, ist eines, welches beim Sprechen über Minderheiten immer wieder zu Tage tritt: Die Bezeichnungen für sie sind diskriminierend, ausgrenzend und manchmal auch diffamierend, aber eine andere ‚neutrale‘ oder ‚positive‘ Bezeichnung unterschlägt die Tatsache der faktischen Ausgrenzung und Demütigung.“ Die politische Gruppe der feministischen Migrantinnen (FeMigra) aus Frankfurt a.M. beschreibt die Selbstbezeichnung „Migrantin“ als einen Gegenentwurf und als Bezeichnung eines „oppositionellen Standorts“ (FeMigra 1994: 49). FeMigra verwenden den Begriff Migrantin somit als politische Bezeichnung, der die politisch-sozialen Vergesellschaftungsprozesse, die mit Migration einhergehen, hervorhebt. In Anlehnung an FeMigra versteh ich den Ausdruck Migrantin zudem im Sinne eines „konzeptionellen Begriffs“, der die politische Strategie von Migrantinnen bezeichnet (FeMigra 1994: 49).

wegungen sind fester Bestandteil der Kulturgeschichte der Menschheit (Han 2010: 5). Dazu schreibt Paul Mecheril:

„Noch nie waren weltweit so viele Menschen bereit, aufgrund von Kriegen, ökologischen Veränderungen, Bürgerkriegen und anderen Bedrohungen gezwungen und aufgrund der technologisch bedingten Veränderung von Raum und Zeit in der Lage, ihren Arbeits- oder Lebensmittelpunkt, sei es vorübergehend oder auf Dauer, zu verändern: Wir leben in einem Zeitalter, für das Phänomene der Migration konstitutiv sind“ (Mecheril 2010: 7).

Auch wenn Migration kein ausschliesslich modernes Phänomen darstellt, erleben wir derzeit eine grosse Welle von Rassismus und Gewalt gegenüber MigrantInnen; eine Erfahrung, die sehr unterschiedlich erlebt und verarbeitet wird und die sich zusätzlich auf die Gesundheit von MigrantInnen auswirkt. Ferner sind MigrantInnen von fehlender Anerkennung betroffen. Der Kinder- und Jugendpsychiater Claude Métraux (2011) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass zahlreiche MigrantInnen unter „Anerkennungskrankheiten“ leiden.

Anknüpfend an die bisherigen Ausführungen möchte ich im Folgenden meine eigene kritische Haltung gegenüber den angeführten Ansätzen konkreter explizieren. Mir ist es ein Anliegen in dieser Arbeit nicht den Eindruck einer künstlichen Aufteilung zwischen der „bösen“ Aufnahmegerellschaft und der „guten“ Migrationsbevölkerung zu erwecken, um dadurch eine tiefere Spaltung zwischen den Aufnehmenden und Zugezogenen bzw. zwischen Nicht-MigrantInnen und MigrantInnen zu verstärken. Es ist mir allerdings wichtig aufzuzeigen, wie im Umgang mit MigrantInnen und in der gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem sogenannten „Fremden“ oder „Anderen“ die Haltung zum Menschen und zur Menschlichkeit manifest wird. MigrantInnen verstehe ich in dieser Arbeit nicht als ein „Problem“, für das es im „Nicht-Einwanderungsland“ Schweiz Lösungen zu finden gilt, sondern als gleichwertige Mitglieder unserer Gesellschaft mit ihren eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Gefühlen. Darüber hinaus lenken die dominanten Diskurse über Defizite von MigrantInnen, „kultureller Distanz“ sowie Differenzkonstruktionen von sozialen, ökonomischen, rechtlichen und geschlechtsspezifischen Benachteiligungen und Ungleichheiten ab, die eine gleichberechtigte und chancengleiche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aller in der Schweiz lebenden Menschen erschweren. Der Philosoph Etienne Balibar (1990: 23) prägte in diesem Kontext den Ausdruck „Neo-Rassismus“, auch „Kultur-Rassismus“ genannt. Damit ist gemeint, dass im öffentlichen Diskurs über Migration „Kultur“ als Ersatz für „Rassismus“ dient. Wird der Begriff Kultur hierbei benutzt, um Ausgrenzung und Ungleichbehandlung zu legitimieren, weist dies auf eine Variante des Rassismus hin. Es wird versucht, aufgrund von „kulturellen Differenzen“ die Lebensweise „kulturell anderer“ Gruppen als unvereinbar mit „unserer“ erscheinen zu lassen (Mecheril und Melter 2010: 153). Diehm und Radtke (1999: 147) sprechen hier von „Kulturalisierung“, die sie als „Verengung, Vereinseitigung oder Überbetonung der Beschreibung sozialer Wirklichkeit/Probleme mit der Unterscheidung „Kultur“ definieren. Die

Autoren lehnen den Begriff Kultur<sup>4</sup> zur Beschreibung von Differenzen klar ab. Paul Mecheril (2015: 5) hebt in diesem Zusammenhang hervor:

„Kulturelle Differenz‘ dient hierbei im Anschluss an kolonial-rassistische Praxen auch dazu, die ‚nützlichen Anderen‘ von den weniger ‚nützlichen Anderen‘, die – in moderner Terminologie – ‚integrationsbereiten und -fähigen‘ Anderen, von den das Gefüge gesellschaftlicher Ordnung problematisierenden Anderen (‘Wirtschaftsflüchtlinge‘, ‚Armutsmigranten‘), zu unterscheiden.“

Indem die kulturelle Herkunft als Integrationsfaktor stärker betont wird, finden gesellschaftliche Umstände und strukturelle Bedingungen in der Aufnahmegerellschaft weniger Beachtung. Regula Weiss (2005: 15) verweist darauf, dass die sozialpolitische Atmosphäre in der Aufnahmegerellschaft und die öffentliche Haltung gegenüber MigrantInnen häufig vernachlässigte gesundheitsrelevante Faktoren sind. Mit meiner Forschungsarbeit versuche ich anhand erzählter Lebensgeschichten diese Zusammenhänge aufzuspüren und die Auswirkung gesellschaftlicher Ablehnung auf die psychische Gesundheit der befragten Migrantinnen aufzuzeigen. Darüber hinaus möchte ich die besonderen Erlebnis-, Leidens- und Diskriminierungserfahrungen lateinamerikanischer Frauen im Kontext von Migration darlegen.

Gerade im Gesundheitsbereich werden „kulturelle Unterschiede“ häufig unreflektiert überbetont, während in der Interaktion zwischen Behandelnden und PatientInnen oder KlientInnen eine migrationsspezifische Anamnese zu wenig Berücksichtigung findet. Der Ethnologin Rebekka Ehret zufolge gehen Laien wie Fachpersonen grundsätzlich davon aus, dass sich MigrantInnen von Angehörigen der Mehrheitskultur unterscheiden. Oft wird migrierten Personen bewusst oder unbewusst eine andere Kultur zugeschrieben, ohne dass dies bestätigt oder hinterfragt wird. Diese konstruierte Unterscheidung hat Folgen für alle Betroffenen und kann eine erfolgreiche Behandlung behindern. Dabei zeichnet sich Kultur durch mehr aus als lediglich durch die nationale oder ethnische Zugehörigkeit. Das Milieu, aus dem der Mensch

4 Es ist erkannt, dass „Kultur“ nicht etwas Statisches ist. In dieser Untersuchung arbeite ich daher mit einem offenen und dynamischen Kulturbegriff. Der Ethnologe Clifford Geertz vertritt einen semiotischen Kulturbegriff und versteht Kultur als das selbstgesponnene Bedeutungsgewebe, in welches der Mensch verstrickt ist. Dabei sieht er Kultur als Gewebe an (Geertz, 1994: 9). Kultur ist „ein geschichtlich übermittelter Komplex von Bedeutungen und Vorstellungen, die in symbolischer Form zutage treten und es den Menschen ermöglichen, ihr Wissen über das Leben und ihre Einstellung zur Welt einander mitzuteilen, zu erhalten und weiterzuentwickeln. Kultur ist ein System gemeinsamer Symbole, mit deren Hilfe der Einzelne seinen Erfahrungen Form und Bedeutung geben kann“ (Geertz, 1994: 2). Sie ist ein öffentlicher gesellschaftlicher Diskurs, weil „Bedeutung etwas Öffentliches ist“ (Geertz, 1994: 18). Laut Wicker gibt es zwar Kultur, jedoch nicht Kulturen. Gemeint ist damit, dass alle Menschen kulturelle Wesen sind, indem sie in ihrer Sozialisation Symbole und Symbolsysteme verstehen und nutzen lernen – wie Sprache, Schrift, Körpersymbolik etc. (Wicker 2002a: 29). Kulturen existieren wiederum deshalb nicht, weil „sich diese nicht voneinander abgrenzen und definieren lassen und zwar deshalb nicht, weil all jene Elemente, welche gemeinhin zur Definition von Kultur beigezogen werden – Sprache, Religion, soziale Muster, Kunstile –, kaum jemals örtlich beschränkt auftreten, sondern sich gegenseitig überlagern“ (Wicker 2002a: 30). Kultur wird definiert als die „von Individuen im Lebensprozess erworbenen Dispositionen, welche zu intersubjektiver Bedeutungsbildung und zu sinnhaftem Handeln befähigen“ (Wicker 1996: 385).

stammt, prägt ihn oft mehr als die Staatsangehörigkeit (Ehret 2016: 18). Darüber hinaus fällt auf, dass den MigrantInnen Kultur zugeschrieben wird, die eigenen kulturellen Verflechtungen aber eher ausgetreten bleiben. Doch sind MigrantInnen nicht mehr und nicht weniger Kulturwesen als Ansässige (Ehret 2009: 48). Die Ethnologin weist darauf hin, dass die Asymmetrie von Machtbeziehungen im Kontext von Migration ähnlich unter- wie die Bedeutung von „Kulturprägung“ überschätzt wird (Ehret 2009: 51). Deshalb macht Ehret (2009) in ihren Arbeiten auf die „Kulturfalle“ aufmerksam und plädiert für einen sorgsamen Umgang mit dem Begriff Kultur und seinen Konnotationen.

In Bezug auf unterschiedliche Krankheitsvorstellungen in der Psychiatrie schreibt Ehret kritisch:

„Gerade auf dem Gebiet der hochdifferenzierten Psychiatrie unterscheidet sich die fachspezifische Diagnose oft sehr stark von einer alltagssprachlich formulierten und mit Bildern illustrierten Vorstellung des Krankseins. Diese unterschiedlichen Vorstellungen gilt es nebeneinanderzustellen und eine mögliche Annäherung zu suchen. Dabei spielt die nationale Identität der zu behandelnden Person lediglich eine untergeordnete Rolle. Anstatt nach ihrer Nationalität zu fragen, lohnt es sich, Migrantinnen oder Migranten über ihre Migrationsbiografie und den Verlauf ihrer Migration zu befragen. Insbesondere die migrationsrechtliche Geschichte einer Person oder einer Familie ist aufschlussreich. Nichts ist bedeutsamer und strukturierender für ein Leben in der Migration als der Rechtsstatus bei der Einreise und die rechtlichen Umstände danach. Gerade bezüglich der psychischen Gesundheit wird dem psychiatrischen Behandlungsteam vieles klar, wenn diese grundsätzlichen Bedingungen für die Lebensgestaltung bekannt sind“ (Ehret 2016: 18).

In der Begegnung zwischen ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen und PatientInnen oder KlientInnen mit Migrationshintergrund sollte also nicht die Kultur oder Nationalität einer Person im Vordergrund stehen. Es bedarf vielmehr der Kenntnis um die strukturellen Bedingungen, die ein Migrationsleben begleiten sowie der individuellen migrationsspezifischen Lebensgeschichte von Zugewanderten. In dieser Arbeit stelle ich ebenfalls die zentrale Bedeutung des Faktors „Kultur“ im Interaktionsfeld, in dem sich ÄrztInnen, TherapeutInnen und PatientInnen oder KlientInnen begegnen, in Frage.

## 2.1 Depression bei Frauen im Kontext der Migration

Die Gesundheit von MigrantInnen ist eng mit der Frage sozialer Ungleichheit verbunden. Es ist wissenschaftlich gut dokumentiert, dass die Faktoren, die die Gesundheit determinieren, nicht nur im Gesundheitsbereich selbst, sondern in den Bereichen der Umwelt, Gesellschaft und Politik anzutreffen sind (Kaya und Efionayi-Mäder 2007: 10-11). In einer Basler Armutsstudie stellen die Autoren (Mäder et al. 1991: 506) bezeichnend fest: „Armut macht krank und Krankheit macht arm“. Der Soziologe Ueli Mäder (2007: 931) macht darauf aufmerksam, dass Armutbetroffene, die in ihrer Biographie und ihrer aktuellen Lebenslage häufig mit hohen Belastungen konfrontiert sind, öfters den Folgen von Depression, Stress und Angst erliegen können. Depression beeinflusst die Handlungsfähigkeit eines Individuums in der Familie, bei der Arbeit und im

sozialen Leben (Weiss 2005: 130). Leiden zeigt sich jedoch nicht nur als Ohnmachts-erfahrung, sondern, wie Salis Gross (2002: 7) geltend macht, auch als „Fähigkeit, unter schwierigen Bedingungen zu überleben, diese auszuhalten und sich sogar daran anpassen zu können“.

Die Erfahrungen von sozialer Ungleichheit, Ungerechtigkeit, Rassismus sowie Diskriminierungen auf sozialer, politischer und juristischer Ebene verursachen seelisches Leiden, das den Menschen in seinen Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung und gesellschaftlichen Teilhabe einschränkt. Davon betroffen sind insbesondere migrierte Frauen, die als Minoritätsangehörige häufig zur sozial mehrfach benachteiligten Bevölkerung gehören. Sie sind oft weiteren migrationsassoziierten Gesundheitsrisiken ausgesetzt wie etwa einem niedrigen sozioökonomischen Status, sozialer Isolation, Mangel an sozialer Unterstützung, rechtlicher, ethnischer und sozialer Diskriminierung, beruflicher Benachteiligung, instabilen familiären Rollenkonzepten, auseinander driftenden intergenerationalen Lebensentwürfen sowie Dreifachbelastungen in Familie, Ehe und Beruf (Weiss 2005: 288; Wimmer-Puchinger und Baldaszi 2005: 47). Diese Mehrfachbelastungen sowie soziale und ökonomische Stressfaktoren können sich negativ auf ihre physische und psychische Gesundheit auswirken und eine Erkrankung wie die Depression mit auslösen und unterstützen (Schouler-Ocak 2015: 85).

Die Medizinsoziologin Theda Borde und der Arzt Matthias David (2015: 9) warnen davor, die Auswirkungen eines niedrigen Sozialstatus, geringerer Bildungschancen, vermehrter Risiken und Belastungen durch bestimmte Arbeitstätigkeiten oder ungünstiger Wohnverhältnisse zu vermischen und dadurch der Gefahr der „Ethnisierung des Sozialen“ zu erliegen.

## 2.2 Depression

Das deutsche Wort Depression geht auf die lateinische Wurzel „depressio“ zurück, die ihrerseits das Wort „deprimere“ enthält, was „niederdrücken“ bedeutet. Menschen, die unter einer Depression leiden, fühlen sich demzufolge bedrückt und niedergeschlagen (Hell 2015a: 7). Bedrücktheit und Niedergeschlagenheit sind Erfahrungen, die alle Menschen im Laufe ihres Lebens machen. Wir alle kennen Zustände von Traurigkeit und Situationen oder auch Ereignisse, die in uns ein Gefühl von Entmutigung und Enttäuschung hervorrufen. Diese Gefühle gehören wie Angst und Schmerz zum menschlichen Leben (Hell 2015a: 10). Umgangssprachlich wird der Begriff „Depression“ dazu verwendet, um eine traurige oder negative Stimmung zu beschreiben, eine gedrückte Stimmungslage oder simpel eine schlechte Laune zu bezeichnen. Wir fühlen uns aber deshalb nicht gleich krank, was eine klare Abgrenzung zur klinisch relevanten Depressionserkrankung und der entsprechenden Diagnose erforderlich macht (Jost 2006: 17). Von einer behandlungsbedürftigen Depression spricht man erst, wenn die Symptome eine bestimmte Zeitdauer, Persistenz und Intensität überschreiten (Beesdo-Baum und Wittchen 2011: 880).

## 2.2.1 Diagnostik von Depressionen

In der Diagnostik psychischer Erkrankungen werden zwei international anerkannte Klassifizierungssysteme verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt zur Klassifizierung von Erkrankungen das ICD-10 (International Classification of Diseases) vor.<sup>5</sup> Das ICD-10 bezieht sich auf die zehnte Überarbeitung des internationalen Klassifizierungssystems, in dem Diagnosen aller Erkrankungen erfasst und klassifiziert werden. Depressionen werden zudem auf der Grundlage des US-amerikanischen Diagnosenmanuals DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; vierte Auflage) über klinische und explizit ausformulierte diagnostische Kriterien bestimmt (Wittchen und Jacobi 2010: 7). Depressionen werden den „affektiven Störungen“ zugeordnet. Affektive Störungen sind charakterisiert durch eine Veränderung der Stimmung (Affektivität), so Hell (2015b: 17). Im ICD-10 werden unter Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ in der diagnostischen Kategorie der affektiven Störungen (F30-F39) depressive Störungen aufgeführt.<sup>6</sup> Depressive Episoden lassen sich nach Schweregrad (leichte, mittelgradige oder schwere) und Verlauf (einmalige oder wiederkehrende Episoden, anhaltende Störung, bipolarer Verlauf mit Wechsel zwischen depressiven und manischen Episoden) unterteilen (Hell 2015b: 18). Die

<sup>5</sup> Es gibt eine erhebliche Zahl von inhaltlichen Kritikpunkten an der ICD-10. Regula Weiss (2005: 119) verweist darauf: „Die WHO hat im ICD-10 einen allgemeinen Anspruch aufgestellt, der aber lokale Kontexte und strukturelle Voraussetzungen seelischen Wohlbefindens ausklammert. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Begrenztheit psychiatrischer Diagnosen sowie auf deren Verankerung in der westlichen Gesellschaft. Die Trennung von psychischen und physischen Krankheiten oder die Unterscheidung von emotionalen und kognitivem Kranksein sind nicht ohne weiteres auf andere Gesellschaften übertragbar.“ Auch der Psychiater Bernhard Küchenhoff (2014: 11) betont hierzu: „Zu bedenken und zu berücksichtigen bleibt, dass wir in unserer Diagnostik und in unseren Diagnoseschlüssen (ICD10, demnächst ICD11; DSM V) eine euroamerikanische Sicht bevorzugen und dass es deshalb zurecht Überlegungen gibt, dass bei allen Störungen der jeweilige soziokulturelle Kontext beachtet werden muss.“ Weiss (2005: 121) führt weiter aus: „In der Psychiatrie der Migration treffen häufig verschiedene kulturelle Vorstellungen von Leiden, nämlich das von MigrantInnen und das von PsychiaterInnen der Aufnahmegergesellschaft, aufeinander. Die komplexe Interaktion zwischen MigrantInnen und PsychiaterInnen lässt Unsicherheiten der psychiatrischen Diagnostik unvermeidlich erscheinen. Bereits in den 80er-Jahren wurde Kritik an diagnostischen Standards geübt. Aber obwohl die Untersuchungsinstrumente inzwischen effizienter geworden sind, bleibt die Epidemiologie psychiatrischer Störungen im transkulturellen und besonders im Migrationsbereich problematisch.“ Für Hell (2012: 13) scheint es mit den nötigen kritischen Vorbehalten dennoch angebracht, die heutige Depressionsdefinition der WHO (ICD-10) als diagnostische Übereinkunft zu übernehmen, sofern man für die Vielfalt depressiver Bilder und die Mehrdimensionalität depressiven Leidens offen bleibt.

<sup>6</sup> Laut Weiss (2005: 40-41) vermeiden die modernen Diagnosesysteme den unstrittigen Krankheitsbegriff, was an der ICD-10-Klassifikation der WHO deutlich wird. Der Begriff der Störung wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Ausdrücken wie „Krankheit“ oder „Erkrankung“ weitgehend aus dem Wege zu gehen. Schuler et al. (2016: 9) verweisen darauf, dass in Bezug auf die Angemessenheit der Verwendung der Begriffe „Psychische Störung“, „Psychische Erkrankung“ und „Psychische Krankheit“ eine gewisse Unklarheit herrscht. Bürl et al. (2015: 15) halten dazu Folgendes fest: „Im psychiatrischen Kontext wird oft der Begriff „Psychische Störung“ verwendet. Semantisch wird dadurch die Dysfunktion betont. Der Begriff „Psychische Erkrankung“ verweist auf den Krankheitswert und den Krankheitsverlauf, die Behandlung, die Pflege und die Betreuung einer Person.“ In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe synonym verwendet, auch wenn ich in erster Linie auf den Begriff „psychische Erkrankung“ zurückgreife.

unipolare Depression wird im ICD-10 und DSM-IV von der bipolaren Störung unterschieden, in der sich depressive Episoden mit Episoden stark gehobener, reizbarer, manischer Stimmung abwechseln (Hell 2015b: 9). Die Dauer einer depressiven Episode ist variabel, beträgt aber oft mehrere Monate (Hell 2015b: 22). Eine unbehandelte Depression dauert im Mittel 6 bis 12 Monate (Rothenhäusler und Täschner 2013: 306). Die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer Depressionen wird auf ca. vier Monate geschätzt (Hell 2015b: 104). Je schwerer die depressive Episode, desto länger dauert sie (Baer et al. 2013: 16). Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung an, spricht man von einer chronischen Depression. Ca. 15 % der Menschen, die an einer Depression erkranken, entwickeln einen chronischen Verlauf, in welchem die depressive Symptomatik nie ganz verschwindet. Mehr als die Hälfte der Menschen, die von einer depressiven Episode betroffen sind, machen in ihrem Leben mehrere depressive Episoden durch. In diesem Fall wird nach ICD-10 von einer rezidivierenden (wiederkehrenden) depressiven Störung gesprochen (Hell 2015b: 22). Depressionen weisen eine grosse interindividuelle Variabilität hinsichtlich ihrer Verläufe auf. Bei ca. einem Drittel aller von einer Major Depression Betroffenen, wie eine depressive Episode im angelsächsischen Bereich bezeichnet wird, tritt nur einmal eine Episode im Lebensverlauf auf. Bei einem weiteren Drittel finden sich rezidivierende Episoden und bei einem Drittel kann die Depression auch trotz Therapie in eine chronische Erkrankung einmünden, d.h. ohne Remission oder nur Teilremission (Beesdo-Baum und Wittchen 2011: 885). Remission bedeutet, dass keine Symptome einer Depression zurückbleiben und die vor Eintreten der Episode bestehende Leistungsfähigkeit wieder erreicht wird (Beesdo-Baum und Wittchen 2011: 889). Ein wesentliches Merkmal einer klinischen Depression (im Sinne einer depressiven Episode, ICD-10: F32 oder einer Major Depression nach DSM) ist die Persistenz der depressiven Kernsymptome, die mindestens zwei Wochen lang klinisch bedeutsam ausgeprägt vorliegen und eine deutliche Veränderung gegenüber dem normalen Befinden darstellen müssen (Wittchen und Jacobi 2010: 9).

## 2.2.2 Einteilung nach Symptomen und Schweregrad

Das Erscheinungsbild einer Depression ist sehr vielseitig. Eine Depression hat nicht nur viele Gesichter, sondern kann auch in verschiedenen Verläufen und Schweregraden auftreten. Ausgehend von den beschreibbaren und beobachtbaren Symptomen erlauben die Klassifikationen des ICD-10 und des DSM-IV relativ klare Diagnosen. Die Diagnose einer Depression beruht auf einer ärztlichen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Einschätzung und Bewertung des Schweregrades sowie des Vorhandenseins emotionaler, kognitiver, physiologischer, motorischer, sozial-interaktiver und verhaltensbezogener (behavioraler) Symptome, die über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen müssen (Beesdo-Baum und Wittchen 2011: 881). Die Diagnose psychischer Erkrankungen wird rein deskriptiv, beruhend auf dem Vorhandensein meist subjektiver Symptome, gestellt (Hengartner 2017: 3). Eine Depression lässt sich daher nicht immer ganz leicht diagnostizieren (Will 2008: 57). Diagnostische Probleme treten oft bei Menschen auf, bei denen Klagen über körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen und die eigentlichen Depressionssymptome wenig bedeutend erscheinen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer larvierten Depression (Hell 2015b: 20). Nach den ICD-10-Forschungskriterien sind de-

pressive Episoden in drei Hauptsymptome und sieben Zusatzsymptome eingeteilt. Bei einer leichten (F32.0) und mittelgradigen (F32.1) Depression liegen mindestens zwei, bei einer schweren (F32.2 und F32.3) Depression alle drei der folgenden Symptome vor:

1. Depressive Stimmung (Niedergeschlagenheit), in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend;
2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm wahren;
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit/Erschöpfbarkeit.

Ferner liegen bei leichter Depression mindestens zwei, bei mittelgradiger mindestens drei, bei schwerer Depression mindestens fünf der folgenden Zusatzsymptome vor:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles;
2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten;
4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;
5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
6. Schlafstörungen jeder Art (Ein-, Durchschlafstörung, zerhackter Schlaf, morgendliches Früherwachen, fehlende Erholung);
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Um den Schweregrad einer Depression zu bestimmen, wird die Anzahl der Symptome nach Haupt- und Zusatzsymptomen geordnet. Bei einer leichten Depression sollten zwei Hauptsymptome und zwei Zusatzsymptome, bei einer mittelschweren Depression zwei Hauptsymptome und vier Zusatzsymptome und bei einer schweren Depression drei Hauptsymptome und fünf oder mehr Zusatzsymptome (Hell 2015b: 21; Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen 2014: 127) feststellbar sein.

Es gibt noch weitere Symptome, die bei einer Depression auftreten können:

- Mangelnde Fähigkeit, emotional auf Ereignisse oder Aktivitäten zu reagieren, auf die normalerweise eine emotionale Reaktion erfolgt;
- Innere Leere;
- Gefühle von Gefühllosigkeit („wie versteinert“, „eingemauert“);
- Globale Angstzustände (vor allem, was auf einen zukommt), Angst vor dem Tag und seinen Anforderungen, objekt- und situationsbezogene Ängste, Zukunftsangst;
- Panikzustände, Panikattacken;
- Nicht-weinen-Können, Weinkrämpfe, Verzweiflung, Dysphorie (Verstimmtheit);
- Grübeln, Gedankenkreisen, Denkhemmung, Leeregefühl im Kopf, Monotonie in der Sprache;
- Denkinhalte sind negativ und pessimistisch geprägt;

- Selbstvorwürfe wegen Nichtkönnen (Insuffizienzgefühl), Versagen und Minderwertigkeit (Selbstwertstörung), Zurückbleiben gegenüber dem Ich-Ideal; Nicht-ge-liebt-, Nicht-geschätz-t-Werden, Schuldgefühle (Selbstverurteilung, -anklage);
- Schuld, Versündigung, Verdammnis: Schuldwahn. Die Schuld kann sich auf Ge-setzesübertretung („Weltliches“) sowie auf Moralisches oder Religiöses beziehen;
- Gefühl von Hilflosigkeit, Gedanken von Hoffnungslosigkeit, negative Selbstein-schätzung;
- Depressiver Wahn: Verarmungs-, Schuld-, Versündigungs-, Untergangswahn;
- Depersonalisation: sich selbst fern sein, sich entfremdet, unlebendig oder unwirklich vorkommen, das Gefühl haben, in einem Film mitzuspielen;
- Derealisierung: die äussere Umwelt erscheint fremd, verzerrt, stumpf, farblos, öde;
- Ruhe- und Weglaufwünsche, Todeswunsch;
- Herz-, Kopf-, Nacken-, Glieder- und Rückenschmerzen;
- Erschöpfung, Kraftlosigkeit;
- Libidoverlust;
- Tagesschwankungen (Morgentief, abendliche Aufhellung) (Wolfersdorf 2011: 17; Scharfetter 2002: 181-182; Hautzinger 1998: 11; Jost 2006: 17-18)

Für Hell (2012: 13) ist es wichtig, eine Depression nicht nur an den vorliegenden Symptomen zu erkennen, sondern das ganzheitliche Erleben eines Menschen mit zu be-rücksichtigen. Der Psychiater verweist darauf, dass ein Mensch nicht nur an einzelnen Beschwerden, sondern an der gesamten Veränderung seiner Gestimmtheit und seines Antriebs leidet. Um die soziale Dynamik der Depression zu diskutieren, ist es hilfreich, eine Depression mit einem reibungsvollen Bremsmanöver zu vergleichen. Wer an einer Depression erkrankt, erfährt sich gegen seinen Willen ausgebremst. Der Mensch fühlt sich wie angehalten, zum Stillstehen gezwungen und in seinem Denken, Erinnern, Fühlen und Tun blockiert (Hell 2015b: 84).

### 2.2.3 Ursachen

Bei einer Depression handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, an dessen Entstehung biologische, psychologische und gesellschaftliche Faktoren beteiligt sein können. Das Gewicht der einzelnen Faktoren ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Es ist davon auszugehen, dass in vielen Fällen die verschiedenen Faktoren zusammen-wirken und sich unter Umständen gegenseitig ungünstig beeinflussen (Hell 2015b: 22). Auch Wolfersdorf (2011: 37) hält fest, dass es körperliche, seelische und soziale Bedin-gungen gibt, die bei einem Menschen zu einer sogenannten psychobiologischen Dis-position führen. Auf der Grundlage dieser Disposition kann sich dann beim Auftreten bestimmter („auslösender“) Ereignisse eine Depression entwickeln. Dies geschieht insbesondere dann, wenn weitere und zusätzlich belastende Faktoren hinzukommen. Hell und Endrass machen in ihrem Artikel zum sozialen Kontext einer Depression zu-sätzlich auf die Bedeutung der Selbstwahrnehmung aufmerksam:

„Die Depression stellt nicht nur ein biologisches Geschehen dar. Depressionen hängen auch eng mit dem sozialen Umfeld zusammen, in dem eine Person lebt. Depressionen sind darüber hinaus ein Phänomen, das ohne Selbstwahrnehmung – und damit ohne Beurteilung des inneren und äusseren Geschehens durch die betroffene Person – nicht

denkbar wäre. Depressives Erleben, sozialer Kontext und Selbstwahrnehmung sind in komplexer Weise miteinander verbunden“ (Hell und Endrass 2002: 17).

Auslöser einer ersten depressiven Episode sind sehr häufig in nicht bewältigbaren Stresssituationen zu finden; sei es ein Partnerverlust, der einen Menschen überwältigt, seien es anhaltende Belastungen in einer Beziehung oder im Beruf, seien es innere Ängste oder Zwänge, die die Abwehrkräfte eines Menschen erschöpfen (Hell 2015b: 58). Der Psychiater und Depressionsforscher Daniel Hell verweist darauf, dass Depressionen nicht im gesellschaftlichen Vakuum stattfinden (Hell 2015: 92). Zweifelsfrei führen schwerwiegende soziale Belastungen zu einem Anstieg von Depressionen (Hell 2015b: 85). Aus seiner Sicht macht zwar eine Gesellschaft nicht per se krank, aber soziale Bedingungen tragen dazu bei, dass ein Mensch an die Grenzen seiner Verarbeitungsmöglichkeiten stösst und mit einer Depression reagiert (Hell 2015b: 84). Insofern kann Depression als Reaktion auf eine länger dauernde Belastungssituation verstanden werden.

## 2.2.4 Umgang mit Gefühlen und Folgen für die seelische und körperliche Gesundheit

Wir nehmen in unserer Gesellschaft gegenüber Gefühlen eine sehr ambivalente Haltung ein (Hell 2007: 145). Der Gefühlsbereich wird oft unterbewertet, unterdrückt und wenig bewusst reguliert (Decker und Decker 2015: 292). Das gefühlsfeindliche Klima in der heutigen Zeit lässt leicht übersehen, dass Gefühle nichts Zufälliges und schon gar nichts Schädliches sind (Hell 2007: 145). Wir haben aber zu lernen, mit unseren Gefühlen umzugehen (Hell 2015b: 69). Der Psychologe Sven Barnow hält fest, dass Gefühle und deren Regulation eine enorme Bedeutung für unser Wohlbefinden haben. Menschen mit Problemen in der Gefühlserkennung und -regulation sind beispielsweise anfälliger für Ängste und Depression und weisen auch ein geringeres Wohlbefinden und mehr körperliche Probleme auf (Barnow 2014: VII). Ähnlich wie Barnow sehen auch Decker und Decker (2015: 291) einen Zusammenhang zwischen unterdrückten, verdrängten und vermiedenen Gefühlen und der Entwicklung einer Depression. Es kommt häufig vor, dass auftretende unangenehme Gefühle als sehr bedrohlich erlebt werden. Wenn wir nicht wissen, wie wir mit unseren Gefühlen umgehen können, dann werden wir leicht von den eigenen Gefühlen überwältigt, was mit einem erhöhten Risiko für die Erkrankung an einer Depression einhergeht. Das liegt unter anderem daran, dass unterdrückte unangenehme Gefühle nicht einfach verschwinden, sondern in unserem Unterbewusstsein weiterwirken. Bei einer Unterdrückung, Vermeidung oder Nicht-Annahme der Gefühle ist eine wirkliche Verarbeitung häufig nicht möglich. Gefühle zu zeigen, so Decker und Decker (2015: 70) weiter, helfen hingegen, die Gesundheit zu erhalten.

## 2.2.5 Kann Depression auch Sinn machen?

Häufig wird versucht, Antworten auf Fragen zu finden, warum eine Depression entsteht. Mit dieser kausalen (auf die Ursachen bezogenen) Art der Fragestellung wird das Untersuchungsfeld allerdings bereits eingeschränkt und somit auch die Zahl und Art der möglichen Antworten (Hell 2007: 16). Nur nach dem „Warum“ des Eintretens der

Depression zu fragen, ist demnach für Hell nicht ausreichend. Er plädiert vielmehr für eine veränderte Fragestellung, indem er verstärkt die „Wozu-Frage“ in den Vordergrund rückt oder anders formuliert: „Welchen Sinn macht Depression?“ (Hell 2007: 17). Ferner stellt sich die Frage: „Wozu dient und wohin führt eine Depression? Ist in der Depression auch eine versteckte Botschaft enthalten?“ (Hell 2015c: 1).

Der oben ausgeführte Gedanke mag auf den ersten Blick befreidlich wirken und Betroffene können schon die Frage nach dem Sinn einer Depression angesichts ihres Leidens als Provokation empfinden. In tiefster Depression sind betroffene Menschen gleichsam von Sinnlosigkeit umstellt. Wozu sollte ein sichtbar leidvolles Geschehen wie die Depression sinnvoll sein? Diese Frage erscheint nachvollziehbar. Letztlich aber kommen die Betroffenen nicht darum herum, die Depression in ihr Leben einzuzuordnen. So beschäftigen sich viele Menschen nach einer durchlebten Depression mit der Frage, welche Bedeutung sie dem Leiden geben sollen. Wenn es ihnen wieder besser geht, suchen viele nach Hinweisen, was sie daraus lernen können. Selbst wenn Betroffene das Erlebte als sinnlos bewerten, steht dahinter die unvermeidbare Frage, welchen Sinn das depressive Geschehen mache. Der Mensch gibt sich in der Regel nicht damit zufrieden, etwas unhinterfragt hinzunehmen, sondern sucht nach grösseren Zusammenhängen. „Es macht Sinn“ bedeutet, die Zusammenhänge zu verstehen. „Sinn machen“ kann auch ein depressiver Zustand, wenn die Zusammenhänge verstanden werden. So kann eine Depression in einem grösseren Zusammenhang Sinn machen. Wenn also die Rede von Sinn ist, soll nicht das persönliche Leiden eines Menschen als sinnvoll erachtet werden, sondern es handelt sich um die Suche nach einer sinnstiftenden Einordnung des durchlebten depressiven Geschehens in einen umfassenderen Zusammenhang (Hell 2007: 143-144). Menschen, die unter einer Depression leiden, kann geholfen werden, so Hell (2015c: 7-8) weiter, wenn wir für ihre Sinnfragen offen sind.

Hell geht von der Annahme aus, dass nur der betroffene Mensch selbst die Depression als einen Bestandteil seines Lebens anerkennen und diese sinnstiftend in seine Biographie einbetten kann:

„Wo liegt da der Sinn? Es gibt keinen Sinn, ausser jenem, den wir uns selbst zulegen. Nicht der psychische Schmerz adelt uns, wir adeln den psychischen Schmerz. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass wir uns durch das Leiden nicht anhaltend in Frage stellen lassen. „Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie“ (Nietzsche). Wer hingegen psychischen Schmerz in keinem Zusammenhang mit dem Lebensganzen sieht, gleicht dem Gefangenen, der nur die behindernde Zelle wahrnimmt. Sinngebung setzt das Annehmen einer Situation voraus. Nur wer annimmt – und nicht einfach resignierend hinnimmt – kann nach einem sinnmachenden Verständnis suchen. Der Sinn kann in einem Dennoch, in einer Wertvorstellung, in einer getroffenen Wahl liegen. Der Sinn kann für einen Angehörigen auch in der Überzeugung begründet sein, dass einem notleidenden Partner zu helfen ist“ (Hell 2015b: 60).

Eine Depression kann als eine grundlegende menschliche Reaktionsweise verstanden werden. Bei einer Depression handelt es sich um eine Möglichkeit, auf überwältigende Not schutzsuchend zu reagieren (Hell 2007: 30; Hell 2015b: 54). Eine Depression stellt insofern eine biologisch verankerte Reaktionsmöglichkeit dar, die einen Menschen, der von äusseren oder inneren Situationen bzw. Anforderungen überwältigt wird, zu

einem Halt zwingt und eine Art Denk- und Handlungspause einzuschalten (Hell 2015b: 85). Dadurch wird bei nicht bewältigbaren Belastungssituationen das Risiko eines aussichtslosen Kampfes, einer ziellosen Flucht oder von Desintegration herabgesetzt (Hell 2007: 13). Die integrative Sichtweise kann dazu verhelfen, eine Depression nicht nur als krankhaftes Geschehen zu sehen, sondern auch als letzten Ausweg aus einer verzweifelten Situation zu deuten. In einer subjektiv empfundenen Perspektivlosigkeit erscheint das depressive Reaktionsmuster dann zwar als leidvoller, aber schützender Abwehrversuch (Hell 2007: 199). Depressionen können insofern als Ausdruck einer Schutzfunktion der Seele verstanden werden, quasi als eine Art „Totstellreflex“, um sich vor weiterer Überlastung zu schützen (Jost 2006: 42; Hell 2007: 182). Auch für den Psychiater Raymond Battegay, der die Depression massgeblich als Störung des Selbstwertgefühls sieht, sind Angst, Panik und Depression drei zunehmend einschneidende Mechanismen, um auf existenzielle Bedrohung zu reagieren. Depression tritt als letzte Massnahme auf, wenn andere Abwehrmöglichkeiten nicht mehr zur Verfügung stehen (Battegay 1991: 134). Ein weiterer Aspekt einer depressiven Reaktion kann auch ein Schutz vor zu intensiven, zu vielfältigen oder verwirrenden Gefühlen sein (Bock 2011: 64). Selbst schwerste Krankheitszustände können eine Art Schutzwall gegenüber der Bitternis der Welt bilden. So hatte Hell bei einem seiner Klienten miterlebt, dass dieser den tragischen Unfalltod seines Sohnes erst dann emotional zur Kenntnis nehmen konnte, als sich seine Depression wieder aufhellte. Während der Depression legte sich die Erstarrung wie ein Schutzpanzer um ihn und bewahrte ihn vielleicht vor einer emotionalen Kurzschlusshandlung, die bei ihm früher schon mehrfach vorgekommen war (Hell 2007: 176). Wird eine Depression nicht nur als eine Fehlfunktion oder als Defekt betrachtet, sondern als eine menschliche Möglichkeit, auf eine innere oder äußere Problematik zu reagieren, so bekommt sie ein anderes Gesicht. Eine Depression erscheint dadurch nicht mehr bloss als destruktiver, zweckloser Vorgang, sondern potentiell auch als zweckvolle Vorkehrung des Organismus, um Schlimmeres zu verhindern (Hell 2007: 19). In dieser ganzheitlichen Sichtweise lässt sich eine Depression als sinnvolle Signalfunktion der Seele, als Reaktionsweise bei erheblicher psychischer und sozialer Belastung verstehen. Laut Hell (2007: 202) ist es wenig hilfreich, wenn das depressive Geschehen nicht angenommen, sondern verleugnet oder abgewehrt wird. Je stärker sich Betroffene gegen eine depressive Blockade wehren, desto mehr leiden sie unter einer Depression. Und umgekehrt machen sie auch die Erfahrung, dass ihre depressive Not abnimmt, wenn sie ihr willentliches Aufbäumen aufzugeben vermögen. Erst das Annehmen einer Depression ermöglicht einen adäquaten Umgang mit ihr.

Die oben genannten Ausführungen halte ich für sehr relevant für meine Untersuchung. Eine Depression sehe ich als affektive Störung an, die emotionale, kognitive und somatische Dimensionen einschließt, die ganzheitlich eine Depression beschreiben.<sup>7</sup> In der vorliegenden Arbeit distanziere ich mich von Untersuchungen, in denen

<sup>7</sup> Eine Depression, die nicht biologisch verursacht wurde, verstehe ich in der vorliegenden Arbeit als Schutzmechanismus der Seele. Sie stellt einen Schutz vor ansonsten überwältigenden Gefühlserschafungen dar. Hierbei werden Gefühle unterdrückt, verdrängt, nicht zugelassen, abgewehrt, umgedeutet, vermieden, weil sie als bedrohlich, unerträglich oder überwältigend empfunden werden. Depressionen können dabei auch zu Gefühlosigkeit führen. Wenn starke Gefühle einen Menschen zu überfluten drohen, stellt die Gefühlosigkeit eine Schutzfunktion dar. Zusammenfassend möchte ich

Depression nur als eine Modeerscheinung unter verwöhnten Menschen in Wohlstandsgesellschaften verstanden wird. Die Depression ist zu sehr mit Leid verbunden. Für diese Dissertation interessiere ich mich innerhalb der affektiven Störungen nur für die unipolaren depressiven Episoden. Dabei unterscheide ich nicht nach dem Schweregrad der Depression.

## 2.3 Stigma im Kontext von Depression und Migration

Obwohl Depressionen weltweit zunehmen, zählen sie zu den Erkrankungen, die oft unerkannt bleiben, weil viele Betroffene selbst nicht erkennen, dass sie an einer Depression leiden, Depression und gedrückte Stimmung verwechselt werden und insbesondere körperliche Beschwerden häufig die Depression überdecken können (Schouler-Ocak 2015: 92). Wird eine Depression erkannt, ergibt sich aus der Diagnose auch ein Nachteil: Die betroffene Person wird für psychisch krank erklärt, was oftmals als Stigma<sup>8</sup> erlebt wird (Kläui 2006: 157).

---

festhalten, dass ich eine Depression als einen Schutzmechanismus bei seelischer bzw. emotionaler Überlastung ansehe. Zuweilen schickt die geprellte Seele den Körper vor, wenn sie zu wenig Beachtung und Gehör findet.

- 8 Der Soziologe Ervin Goffman bezeichnet in seinem einflussreichen Werk mit dem Titel: „Stigma. Über Techniken im Umgang mit einer beschädigten Identität“ (1963; dt. Ausgabe 1967) das Stigma als eine Eigenschaft einer Person, „die zutiefst diskreditierend ist“ (Goffman 1967: 11). Goffman zufolge ist das stigmatisierte Individuum in unerwünschter Weise anders, als „die Normalen“ es antizipiert einstufen. Als „die Normalen“ bezeichnet er diejenigen, die von dem erwarteten Verhalten innerhalb einer Interaktion nicht negativ abweichen. Der stigmatisierten Person wird implizit unterstellt, sie sei kein vollständiger Mensch. Die Stigmatisierung geht mit einer Vielzahl von Diskriminierungen einher, durch die wir die Lebenschancen der betroffenen Individuen wirksam, wenn auch oft gedankenlos, reduzieren (Goffman 1967: 13-14). Die Soziologen Link und Phelan (2001: 367), die Goffmans Konzept erweitert haben und von den grundlegenden Gedankengängen von Jones et al. (1984) ausgehen, beschreiben Stigma als einen dynamischen Prozess, der innerhalb des Machtkontextes erfolgt. Dieser Prozess wird in vier unterschiedliche, jedoch eng miteinander verbundene, zentrale Komponenten aufgeteilt. Die erste Komponente, beziehungsweise die erste Phase, besteht in der Wahrnehmung und Benennung eines Unterschieds. Der Stigma-Prozess fängt also damit an, dass bei jemandem ein zentrales unterscheidendes Merkmal festgestellt und dieses mit einem bestimmten – negativen – Etikett versehen wird (Link und Phelan 2001: 367-368). In der zweiten Komponente des Stigmatisierungsprozesses werden diese festgehaltenen Unterschiede mit negativen Merkmalen, beziehungsweise Stereotypen, in Verbindung gebracht (Link und Phelan 2001: 368). Dies ist auch jener Aspekt des Stigma-Prozesses, auf den insbesondere Goffman (1967: 11) aufmerksam gemacht hat. In der dritten Phase kommt es zu einer Abgrenzung der anderen Menschen, zu einer Bildung von „wir“ und „sie“. Sowohl aus historischen Berichten, als auch aus aktuellen Forschungen wird dieses Phänomen der Trennung von „Eigengruppe“ und „Fremdgruppe“ hervorgehoben (Link und Phelan 2001: 370). In der vierten Komponente kommt es zur Ausgrenzung und Marginalisierung des stigmatisierten Individuums. Die letzte Phase des Stigma-Prozesses tritt folglich mit einem Statusverlust und Diskriminierung der adressierten Person in Erscheinung (Link und Phelan 2001: 370-371). Stigma ist gemäß den Autoren vollständig von sozialer, ökonomischer und politischer Macht abhängig. Jemand braucht Macht, um andere zu stigmatisieren. Wenn auch die Rolle von Macht nicht immer direkt erkennbar ist, so bildet sie doch eine zentrale Grundlage zur sozialen Produktion eines Stigmas. Dieser Zugang zu Macht erlaubt die Identifizierung von Verschiedenheit, die Konstruktion von Stereotypen, die Trennung von etikettierten Individuen in unterschiedlichen Kategorien und die komplette Ausführung von Missbilligung, Ablehnung, Ausgren-

An Depression erkrankte MigrantInnen sind daher einem doppelten Stigmatisierungsrisiko ausgesetzt, zum einen als „AusländerIn“ und zum anderen als psychisch Erkrankte. Hell (2015b: 60) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass jede Depression eine zwischenmenschliche und soziale Dimension hat. Es ist infolgedessen anzunehmen, dass Migrantinnen mit Depression Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt sind, etwa aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Ethnizität, ihrer Schichtzugehörigkeit sowie ihrer psychischen Erkrankung, was verstärkt zu einem sozialen Ausschluss führen kann.

## 2.4 Migration macht nicht per se krank

Migration impliziert nicht nur eine räumliche Veränderung des Lebensmittelpunktes, sondern ist eine ganzheitliche Erfahrung, die sowohl als Chance wie auch als Belastung und nicht per se als krankmachend zu betrachten ist, wie Regula Weiss (2005: 13) festhält:

„Wie gut die Migration auch geplant wird, der soziokulturelle Übergang ist mit somatischen und psychosozialen Stressfaktoren verbunden. Vor allem mit der Migration verknüpfte traumatische Erfahrungen stellen eine Belastung für die Gesundheit dar. Migration als solche macht aber nicht krank. Sie bietet die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen. Da dies jedoch oft nicht gelingt, wird die Migrationserfahrung in erster Linie als belastend und unsichernd erlebt.“

Wenn über die psychischen Auswirkungen von Migration gesprochen wird, sollte nicht nur der Migrationsprozess an sich problematisiert werden, d.h. die individuelle Ebene, sondern sollten auch die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Migration stattfindet, mit untersucht werden. Die Soziologin Elcin Kürsat-Ahlers (1995: 158) betont im Kontext von Migration und psychischer Gesundheit:

„Die Migration – ihre Ursachen, Richtung, Umfang, Globalität und ihre Folgen – ist ein gesellschaftliches Phänomen. Aber die ungeheure Aufgabe ihrer psychischen Bewältigung wird privatisiert, d.h. der Fähigkeit des einzelnen Ich überlassen, Ambivalenzen und Ängste auszuhalten.“

---

zung und Diskriminierung. Ein Kernsatz dieses Konzepts lautet deshalb, dass Link und Phelan (2001: 367) den Begriff Stigma anwenden, wenn die Komponenten Etikettierung, Stereotypisierung, Ausgrenzung, Statusverlust und Diskriminierung in einem Machtverhältnis, das den Komponenten des Stigmas erst ihre Entfaltung ermöglicht, gemeinsam auftreten. Neuere sozialwissenschaftliche Studien haben sich von der Betonung der kognitiven Erklärungsansätze zu Stigma distanziert und statt dessen eher auf die strukturelle Gewalt fokussiert, die in sozialen Ungleichheiten endet, in welchen Stigma verwurzelt ist. Der Medizinethnologe Richard Parker und der Soziologe Peter Aggleton (2003: 18) schlagen vor, dass Stigma innerhalb der Rahmenbedingungen analysiert wird, welche Konzepte von Macht, Dominanz, Hegemonie und Unterdrückung in Anspruch nehmen. Hierbei beziehen sich die Autoren auf Pierre Bourdieus Arbeit „La distinction: Critique sociale du jugement“ (1979) und Michel Foucaults Veröffentlichung „Histoire de la sexualité“ (1967).

Vor diesem Hintergrund steht im Zentrum dieser Forschung eine trotz des wachsenden Bevölkerungsanteils bislang wenig erforschte Migrationsgruppe in der Schweiz: Frauen aus Lateinamerika, die an einer diagnostizierten unipolaren Depression erkrankt sind oder waren. Dabei greife ich die emische Perspektive von Frauen, deren Leben von Migration geprägt ist, auf und untersuche ihre persönliche Krankheitserfahrung von Depression im Kontext der Migrationserfahrung und ihrer Gesamtbioografie. Da diese Migrantinnen eine heterogene Personengruppe sind, die sich voneinander beispielsweise bezüglich ihres Bildungsstands, ihres Lebensstandards im Herkunftsland, ihrer städtischen bzw. ländlichen Milieus unterscheiden, erforsche ich sowohl wenig qualifizierte als auch gut qualifizierte lateinamerikanische Migrantinnen der ersten Generation mit einer Aufenthalts- bzw. Niederlassungsbewilligung, die in der Deutschschweiz wohnen. Die Entscheidung für den Wohnsitz in der Deutschschweiz ist darin begründet, dass die Sprachbarrieren für Lateinamerikanerinnen hier grösser sind als in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz. Sie sind daher mit zusätzlichen potentiellen Schwierigkeiten wie etwa bei der Inanspruchnahme von staatlichen Angeboten bzw. mit unterschiedlichen Integrationsbedingungen konfrontiert.

Mein Interesse für Migrantinnen aus Lateinamerika resultiert einerseits aus der ersten Aufarbeitung des Forschungsstandes. Darauf hinzuweisen, dass es *die Migrantin bzw. die Lateinamerikanerin* nicht gibt, erscheint mir von zentraler Bedeutung. In meiner Untersuchung greife ich auf diese Begriffe zurück, ohne damit zur Konstruktion einer kollektiven Identität oder Ethnisierung der Untersuchungsergebnisse beitragen zu wollen. Da diese Migrationsgruppe zahlenmässig recht klein und relativ jung in der Schweiz ist, hätte ich bei einer Einschränkung der Suche nach Frauen, die an einer Depression erkrankt sind, aus einem einzigen lateinamerikanischen Land noch mehr Mühe gehabt Studienteilnehmerinnen zu finden. Andererseits entschied ich mich für Frauen aus Lateinamerika, die in der Schweiz leben, da ich selber insgesamt zweieinhalb Jahre in Lateinamerika lebte und fast alle lateinamerikanischen Länder bereist habe. Die Vertrautheit mit Lateinamerika erachtete ich als einen Vorteil beim Zugang zu Interviewpartnerinnen und in der Interaktion mit ihnen.

## 2.5 Fragestellung und Ziele

In dieser Studie beschäftigte ich mich mit der vergangenen oder gegenwärtigen Krankheitserfahrung, dem Umgang sowie der Art der Verarbeitung einer Depression im Kontext der Migrations- und Lebensgeschichte lateinamerikanischer Frauen. Depression erachte ich in dieser Forschungsarbeit nicht als isoliertes Phänomen, sondern als Teil der Lebensgeschichte der befragten Migrantinnen. Es werden Fragen zu den Bedingungen, die aus der Sicht der betroffenen Frauen in der Migration zu Krankheit und Leiden führen, gestellt. Thematisiert wird die biographische Bedeutung, die die subjektive Erfahrung von psychisch Krankwerden und Kranksein im Migrationsland in der Biographie von Migrantinnen aus Lateinamerika hat. Ich gehe in dieser Forschungsarbeit davon aus, dass Migration sowohl eine Chance als auch eine Bedrohung bedeuten kann und nicht als solche krank macht. Gerade psychische Erkrankungen resultieren immer aus einem komplexen und sehr dynamischen Zusammenwirken verschiedener Faktoren.

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Untersuchung lautet:

- Welche biographische Bedeutung hat das Krankheitserleben im Kontext der Migrationserfahrung und der Gesamtbiographie von an Depression erkrankten Frauen aus Lateinamerika?

Neben der Hauptfragestellung sind für die Studie mehrere Unterfragen von Bedeutung, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

- In welchen lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext ist die individuelle Krankheitserfahrung von an Depression erkrankten Migrantinnen aus Lateinamerika einzuordnen?
- Was bedeutet lateinamerikanischen Frauen psychisch Kranksein im Kontext der Migrationserfahrung? Was ist für sie Leiden und wie sind diese Leidenserfahrungen in dem von der Migration geprägten Lebensalltag eingebettet?
- Wie und unter welchen Bedingungen gelingt es Frauen aus Lateinamerika eine Depression im Gesamtzusammenhang ihrer jeweils besonderen Lebensgeschichte zu verarbeiten?
- Wie gehen lateinamerikanische Migrantinnen mit einer Depression um?
- Welche Verarbeitungsstrategien im Umgang mit einer Depression werden sichtbar?
- Welche Heilungs- und Behandlungswege werden gewählt?
- Wer hilft im Krankheitsfall?
- Auf welche Ressourcen können Migrantinnen aus Lateinamerika im Umgang mit der stark stigmatisierten psychischen Erkrankung zurückgreifen?

Das Hauptziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist, durch eine biographisch angelegte Untersuchung neue und vertiefte Kenntnisse bezüglich Migration, Depression und Gender einer Bevölkerungsgruppe zu gewinnen, die bis dato in der Schweiz wenig erforscht wurde. Das Ergebnis dieser zielgruppenspezifischen Studie soll zum einen dazu beitragen, eine differenziertere Perspektive auf das Erleben von Depression bei Migrantinnen aus Lateinamerika im Gesamtzusammenhang ihrer Biographie zu geben sowie das Verständnis für die Leidenserfahrung von Migrantinnen in der Schweiz zu erhöhen. Zum anderen soll diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten, Migration und Gesundheit im Kontext von Depression bei Migrantinnen aus einer soziologischen Perspektive unter Berücksichtigung gesellschaftlicher und struktureller Rahmenbedingungen zu betrachten. Die lateinamerikanischen Migrantinnen, die in dieser Arbeit vorgestellt werden, sollen nicht unter einer Defizitsichtweise betrachtet werden. Ich fokussiere vielmehr darauf, migrierte Frauen als Akteurinnen und Gestalterinnen ihrer Bedingungen wahrzunehmen. Der Blick soll dabei auf ihre Selbstständigkeit, ihre Entscheidungen und ihre Fähigkeiten, mit den Schwierigkeiten ihrer Lebensbedingungen trotz Depression umzugehen, gelenkt werden.

## 2.6 Forschungsstand

Obwohl Migrantinnen in der Schweiz in vielen Studien einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand als Migranten und als die Schweizer Bevölkerung aufweisen, existieren bislang keine sozialwissenschaftlichen Forschungen, die Krank-

heitserfahrungen von an Depression erkrankten Migrantinnen im Kontext ihrer Migrationserfahrung und Biographie aus der Perspektive der betroffenen AkteurInnen untersuchen. Diese Forschungslücke, die sich nicht nur in der deutschsprachigen Forschung zeigt, liefert einen weiteren Beleg für die besondere Relevanz, Depression im Kontext von Migration bei Frauen aus einer biographieanalytischen Perspektive zu untersuchen.

Die internationale Forschung belegt ebenfalls, dass die psychische Gesundheit von Migrantinnen stärker und anders beeinträchtigt ist als die der autochthonen Bevölkerung. Trotz vermehrter Untersuchungen zur Frauengesundheit in der Migration gibt es viele offene Fragen. Migrantinnen sind insgesamt gesehen eine wissenschaftlich oft wenig beachtete und zugleich gesundheitlich stark gefährdete Personengruppe (Weiss 2005: 288; Borde et al. 2011: 8).

Obwohl zahlreiche soziologische Studien zu Depression existieren, wie etwa Alain Ehrenbergs Werk „Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft der Gegenwart“ (2008), bleibt die Krankheitserfahrung von Depression bei MigrantInnen ein eher unerforschtes Gebiet unter SozialwissenschaftlerInnen. In erster Linie widmeten sich der bisherigen Forschung zu Migration und Depression PsychologInnen, transkulturelle PsychiaterInnen sowie WissenschaftlerInnen aus dem Bereich Public Health.

Ungeachtet der Fülle an Forschungen zum Thema „Depression bei Frauen“ ist es ferner auffallend, wie wenig sich die Depressionsforschung aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen für das Kranksein und das Erleben von an Depression erkrankten Frauen und noch weniger von erkrankten Migrantinnen interessiert. Wie eine Migrantin eine Depression erlebt und welche subjektive Deutung sowie persönlichen Erklärungen sie für ihren psychischen Zustand hat, ist bislang kaum erforscht. Es ist zudem wenig darüber bekannt, welche Bewertungen, Krankheitstheorien und Ursachenvorstellungen die betroffenen Frauen selbst im Hinblick auf ihre Depressionserkrankung in der Migration entwickeln und welche Verarbeitungsstrategien gewählt werden. Mit meiner empirischen Forschung möchte ich somit eine Wissenslücke schliessen, indem ich mit qualitativen Forschungsmethoden das Phänomen Depression im Leben von migrierten Frauen untersuche. Mit der biographisch-narrativen Methode beabsichtige ich, bereits bestehende Studien zum Thema Migration und psychische Gesundheit um einen subjektbezogenen, differenzierten Ansatz zu erweitern.

Im Folgenden sollen verschiedene Studien, welche die Thematik dieses Forschungsvorhabens berühren, kurz erwähnt werden. Auf weitere Studien werde ich mich in den folgenden Kapiteln themenspezifisch beziehen.

## Migration und Gesundheit

In den letzten Jahren entstand national und international eine Reihe interessanter Werke, die sich teilweise mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen zum Thema „Migration und Gesundheit“ beschäftigen oder einen Überblick über den gesamten Themenkomplex zu schaffen versuchen. Zu nennen ist hier beispielsweise das in der Schweiz erschienene Standardwerk von Regula Weiss „Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ (2003). Die Psychiaterin und Psychoanalytikerin verfolgt das Ziel, relevante Konzepte und Forschungen zum Thema Migration und Gesundheit aus der somatischen Medizin, der Psychiatrie, der Sozialpsychologie, der Soziologie und der Ethnologie zu verbinden,

um eine differenzierte, transdisziplinäre Sicht auf die Situation von MigrantInnen zu ermöglichen. Ihr Schwerpunkt liegt dabei auf empirischen Untersuchungen zur psychosozialen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Auch Weiss zeigt auf, dass die psychosoziale Gesundheit der MigrantInnen in der Schweiz schlechter ist als die der SchweizerInnen. Insbesondere MigrantInnen mit belastenden Lebenserfahrungen und einer schwierigen Lebenssituation weisen eine deutlich schlechtere Gesundheit auf als weniger belastete MigrantInnen sowie die autochthone Bevölkerung (2005: 283-284). Doch die Autorin macht darauf aufmerksam, dass MigrantInnen nicht generell eine schlechtere Gesundheit als die Schweizer Bevölkerung haben. Weiss zufolge greift die Frage, ob MigrantInnen grundsätzlich eine höhere physische und psychische Morbidität aufweisen als die sonstigen Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft<sup>9</sup>, zu kurz. Ihrer Ansicht nach ist Migration „immer auch der Ausdruck persönlicher Ressourcen von Individuen und Familien, die sich auf Grund spezifischer biographischer Situationen für eine einschneidende Veränderung entschieden und eine neue Lebenswelt gestalteten“ (Weiss 2005: 283).

Erwähnenswert ist weiter Dagmar Domenigs Buch „Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe“ (2001). Die Ethnologin, Juristin und Pflegefachfrau entwickelte aus der Sicht der Fachpersonen im Gesundheitsbereich das viel beachtete Konzept der „transkulturellen Kompetenz“, das im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich weithin sehr bedeutsam ist. In der vollständig überarbeiteten zweiten Auflage mit dem Titel „Transkulturelle Kompetenz“ (2007) beschreibt Domenig transkulturelle Kompetenz als „die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig 2007: 174). Die drei Pfeiler der transkulturellen Kompetenz sind gemäss Domenig Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrungen zum Thema Migration sowie narrative Empathie im Umgang mit anderen Individuen (Domenig 2001: 148).

Im medizinethnologischen Sammelband von Peter van Eeuwijk und Brigit Obrist (2006) „Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis“ erhellen die Autoren das Spannungsfeld der drei eng miteinander verbundenen und gesellschaftlich relevanten Themen „Vulnerabilität“, „Migration“ und „Altern“ aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Beiträge im Zusammenhang von Migration und Gesundheit beschäftigen sich mit Fragen des sozialen Leidens sowie der Ressourcennutzung der Betroffenen.

In „Migrieren – Arbeiten – Krankwerden“ untersucht die Sozialtherapeutin Heidrun Schulze (2006) bei kranken türkischen MigrantInnen, die in Deutschland leben, anhand biographisch narrativer Interviews seelische, körperliche und sozialweltliche Phänomene im Kontext von Migrationserfahrungen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, wie das Erleben in der Gegenwart (das Leben in Deutschland) und das Erleben in

9 Obwohl der Begriff „Mehrheitsgesellschaft“ umstritten ist, zu Recht wie ich finde, da er eine kulturell statische Einheit suggeriert, an der sich alle zu orientieren haben, verwende ich ihn dennoch, um über ungleiche Macht- und Herrschaftsverhältnisse zu sprechen. Diese werden konstruiert, in denen Mehrheiten und Minderheiten agieren. Birgit Rommelspacher (1995) spricht hier deutlich von „Dominanzkultur“. Eine Dominanz, bei der es um Ein- und Ausschlussmechanismen geht.

der Vergangenheit (das Leben in der Türkei) in einer Wechselbeziehung zueinander stehen.

## Migration und psychische Gesundheit

In der Schweiz gewinnt das Thema „Migration und psychische Gesundheit“ in den letzten Jahren aufgrund der soziodemographischen Entwicklung und der politischen Diskussion zunehmend an Relevanz und öffentlicher Beachtung, doch bleiben bis dato noch grosse Forschungslücken zum Erleben von Depression bei Frauen im Kontext der Migrationserfahrung.

In Deutschland beziehen sich die Herausgeber eines Sammelbandes zum Thema „Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale“ (Borde und David 2015) auf die bereits vielfach dokumentierte Tatsache, dass Migration gesundheitliches Belastungspotential birgt und insbesondere zu psychischen Erkrankungen führen kann. Der Beitrag von Meryam Schouler-Ocak „Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv?“ geht insbesondere der Frage nach, ob Migrantinnen und Migranten anders an Depression erkranken als die autochthone Bevölkerung. Die Fachärztin für Psychiatrie verweist darauf, dass sich Depressionen bei Menschen mit Migrationshintergrund ganz spezifisch äussern können und dass daher die Gefahr bestehe, sie zu übersehen (Schouler-Ocak 2015: 92).

In „Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext“ (Borde et al. 2011) ergründet Elcin Kürsat-Ahlers in einem Essay mit dem Titel „Migration als psychischer Prozess“, dass im Mainstream der Migrationsforschung in Deutschland psychische Prozesse in der Migration bisher kaum wahrgenommen und genau erforscht werden. Stattdessen wird dem Thema „kulturelle Unterschiede“ zu viel Bedeutung beigemessen. Kürsat-Ahlers wirft die Frage auf, wie es zu erklären ist, dass „die psychische Dimension in der deutschsprachigen Migrationsforschung so sehr vernachlässigt wurde, obwohl die Einwanderung seit fast einem halben Jahrhundert anhält“ (2011: 45). Die Autorin postuliert, dass die Auswirkungen struktureller Macht, die die Mehrheitsgesellschaft auf MigrantInnen als Angehörige von Minderheiten ausübt, im Hinblick auf psychische Erkrankungen stärker zu berücksichtigen sind (Kürsat-Ahlers 2011: 45).

Die Gesundheitswissenschaftlerinnen Ornelas und Perreira (2011) beschreiben in ihrer quantitativen Studie „The role of migration in the development of depressive symptoms among Latino immigrant parents in the USA“, wie sich die unterschiedlichen Migrationsprozesse auf die psychische Gesundheit von lateinamerikanischen MigrantInnen in den USA auswirken. Sie zeigen auf, dass erlebte Armut vor der Migration, stressreiche Erfahrungen während der Migration sowie Diskriminierungserfahrungen in der Aufnahmegergesellschaft nach der Migration einen Einfluss auf die Entwicklung von depressiven Symptomen bei MigrantInnen aus Lateinamerika haben.

In einer qualitativen Studie im Forschungsbereich transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie zum Thema „Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: A qualitative study of idioms of distress“ zeigt die Psychologin und Psychotherapeutin Ria Borra (2011), dass Depressionen bei Migrantinnen aus der Türkei, die in den Niederlanden leben, unterdiagnostiziert sind, da häufig somatische Symptome im Vordergrund stehen.

Obwohl die verschiedenen Beiträge im Sammelband des Psychiaters und Medizinethnologen Arthur Kleinman und des Medizinethnologen Byron Good (1985) „Culture

and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder“ nicht auf die spezifische Situation von Depression in der Migration eingehen, stellen sie eindrücklich die unterschiedlichen medizinethnologischen, psychiatrischen und psychologischen Positionen der Depressionsforschung einander gegenüber. Aus der Untersuchung geht hervor, dass sich die Art des Umgangs und die Bewältigung einer Depression in den verschiedenen Lebenswelten unterscheiden sowie kulturelle Bedeutungen und Praktiken für eine Depression prägend sind.

### **Soziale Ungleichheit und Gesundheit**

Zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ wurden in den letzten Jahren zahlreiche soziologische Forschungsarbeiten veröffentlicht (Mielck 2005). Die soziale Ungleichheit in der Gesundheit zeigt sich auch in der Schweiz (Mäder et al. 1991). Die Soziologen Ueli Mäder et al. (2006) verdeutlichen in ihrem Beitrag „Armut und Gesundheit“ in „Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten“ (Bundesamt für Gesundheit 2006), wie sich Armut auf die Gesundheit auswirkt. Soziale Benachteiligung und Armut stehen in Verbindung mit einem schlechteren Gesundheitszustand, mit einer vorzeitigen Sterblichkeit und mit einem schlechteren Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem als bei Menschen mit höherem Einkommen. Dies trifft insbesondere auf Frauen zu. Die AutorInnen beschreiben eine eindeutige Korrelation von sozioökonomischen Bedingungen und dem Gesundheitsstatus und verweisen beispielsweise darauf, dass sich nicht alle psychisch Erkrankten die notwendigen Therapien und Medikamente leisten können, weil ihnen oftmals eigene finanzielle Mittel fehlen, um die Kosten zu übernehmen, die die Krankenversicherungen nicht abdecken (Mäder et al. 2006: 75).

### **Lateinamerikanische Migrantinnen in der Schweiz**

In der Schweiz beschäftigen sich nur wenige Untersuchungen mit der lateinamerikanischen Migration von Frauen und bislang kaum unter dem Aspekt Migration und Gesundheit aus biographischer Perspektive. Eine Ausnahme bildet die Sozialgeographin Yvonne Riaño, die zahlreiche Studien mit dem Forschungsschwerpunkt Migration, Geschlechterungleichheiten und transnationale soziale Räume von Migrantinnen aus Lateinamerika durchgeführt hat. In ihrer Untersuchung: „Latin American Women who migrate for Love: Imagining European Men as Ideal Partners“ beschäftigt sich Riaño (2015) spezifisch mit der Situation qualifizierter Frauen aus Lateinamerika, die aus Liebe in die Schweiz migriert sind. Die Autorin argumentiert, dass die Idealisierung und Wahl eines Europäers als Partner als persönliche Strategie gedeutet werden kann, um die geschlechtsspezifischen Rollen innerhalb der Paarbeziehung neu zu definieren. Liebe korreliert hier mit der Vorstellung einer egalitären Geschlechterbeziehung.

Yvonne Riaño und Nadia Baghadi (2006) zeigen aus einer Geschlechterperspektive in ihrer Studie „Unbekannte Migrantinnen in der Schweiz – Studie zu qualifizierten Frauen aus Lateinamerika, dem Nahen und Mittleren Osten und Südosteuropa“, auf welche Integrationsbarrieren qualifizierte Migrantinnen aus Lateinamerika und der muslimischen Welt in der Schweiz stossen. Die Ergebnisse der Untersuchung dokumentieren, dass hohe Qualifikationen keine Garantie für eine erfolgreiche sozio-ökonomische Integration sind. Des Weiteren legen die Resultate der Studie den

Schluss nahe, dass gender- und ethnizitätsspezifische Faktoren, welche den chancengleichen Zugang qualifizierter Migrantinnen zum Arbeitsmarkt erschweren, stärker in den Blick zu nehmen sind.

Die Beiträge im Reader „La Suisse au rythme latino. Dynamiques migratoires des Latino-Américains: logiques d'action, vie quotidienne, pistes d'interventions dans les domaines du social et de la santé“ (Bolzman et al. 2007) beschreiben zum einen den Migrationsverlauf, die Lebensbedingungen, die Ressourcen sowie die Alltagsschwierigkeiten lateinamerikanischer MigrantInnen in der Schweiz; zum anderen werden Handlungsempfehlungen aus dem sozialen und gesundheitlichen Bereich aufgezeigt. Yvonne Riaño beleuchtet im Essay „Migration de femmes latino-américaines universitaires en Suisse. Géographies migratoires, motifs de migration et questions de genre“ (2007) die Feminisierung der lateinamerikanischen Migration in der Schweiz. Insbesondere geht sie auf den Migrationsverlauf und die Migrationsgründe von gut qualifizierten Frauen ein, die aufgrund einer binationalen Ehe in die Schweiz migrierten. Riaño kommt in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass sich die Migrationsgründe von Frauen aus Lateinamerika nicht nur auf ökonomische Faktoren reduzieren lassen. Sie können daher nicht ausschliesslich als Opfer globaler wirtschaftlicher Kräfte gesehen werden. Sie verweist darauf, in Untersuchungen über Frauen in der Migration vielmehr auch die Rolle der Geschlechtervorstellungen und der geographischen Vorstellungen zu berücksichtigen.

Im Beitrag „Femmes brésiliennes en Suisse: motifs de migration et ressources“ analysiert die Psychologin und Soziologin Giuditta Mainardi (2007), welchen Einfluss die Migrationsgründe und die Lebensbedingungen im Herkunftsland auf die Integration von Frauen aus Brasilien in der Schweiz haben. Die Autorin zeigt in ihrer Studie auf, dass die Migrationsmotive und die Ressourcen von Migrantinnen aus Brasilien keine Einheit darstellen, sondern als eine Reihe differenzierter Elemente für jede einzelne Frau zu betrachten sind.

Die Literaturrecherche bestätigte somit eine Forschungslücke: In der Schweiz wissen wir noch wenig über den psychischen Gesundheitszustand von Migrantinnen aus Lateinamerika, und es besteht daher dringender Bedarf an sozialwissenschaftlicher Forschung über ihre Migrations-, Krankheits- und Leidenserfahrung im Kontext der Gesamtbioografie aus der Sicht der betroffenen Frauen. Schon die grosse Anzahl der an einer Depression erkrankten Migrantinnen in der Schweiz macht es zwingend erforderlich, dass ihre psychosoziale Lage besser verstanden wird.

