

MIGRATION – KRANKHEIT – GESUNDHEIT IM INTERDISZIPLINÄREN GESUNDHEITS- WISSENSCHAFTLICHEN¹ DISKURS

Das Forschungsinteresse für diese Arbeit entstand aus der klinischen Berufspraxis auf einer Station mit einem Schwerpunkt zur Versorgung türkischer Migrantinnen und Migranten in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Aus diesem Grund sollen die Diskussionen im Bereich der Gesundheitsforschung und der Migrationsforschung dargestellt und punktuell diskutiert werden. Diese Standpunkte beeinflussten die Konzeptualisierungen und Reflexionen der praktischen interkulturellen Arbeit im medizinischen und psychosozialen Kontext. Zugleich führten die Erfahrungen aus der Praxis zu neuen Forschungsperspektiven und Theorieansätzen. Die interkulturelle Praxis und Forschung stellt angesichts der gesellschaftshistorischen Anforderungen und der den medizinischen und therapeutischen Alltag bestimmenden Probleme im medizinischen und psychosozialen Sektor einen zirkulären Erkenntnisprozess dar, in dem es gilt, mehr Fragen zu stellen, als sie vorschnell im Rückgriff auf traditionelles Rezeptwissen zu beantworten. Auf dieser Suche nach neuen Behandlungskonzepten wie auch nach Krankheits Hintergründen türkischer MigrantInnen wurde jene interkulturell ausgerichtete Station zur klinisch-psychiatrischen Behandlung gegründet. Die konzeptuellen Überlegungen basierten auf der praktischen Erfahrung mit bisherigen Versorgungslücken und dem Wissen über fehlende Zugänge interkultureller Arbeit in Medizin und Therapie. Dies entsprach auch dem Kanon des gesundheitswissenschaftlichen Diskurses, in dem dies übereinstimmend konstatiert wurde und wird. Während dieser klinischen interkulturellen Arbeit wurden Praxiserfahrungen fortlaufend reflektiert und weiterentwickelt und Annahmen manchmal auch revidiert. Viele Verhaltensweisen waren für die MitarbeiterInnen des Krankenhauses Neuland und führten zu Irritationen bis hin zu Aggressionen, da die Erfahrungen mit den türkischen PatientInnen und ihren Angehörigen sich nicht mit dem „Denken wie üblich“ erklären ließen. Aber auch für die türkischen PatientInnen waren viele Therapiekonzepte völlig unverständlich und führten ebenfalls zu Verunsicherungen bis hin zu Verweigerungshaltungen. Manchmal erschienen die Unterschiedlichkeit der Erwartungshorizonte und die Divergenz zwischen Selbstthematisierung und Fremdbeurteilung emotionaler und sozialer Phänomene zwischen Professionellen und Patienten und

1 Hierunter verstehe ich den Katalog von medizinsoziologischen, sozialmedizinischen, ethnomedizinischen, ethnopsychiatrischen, ethnopsychologischen und sozialwissenschaftlichen Perspektiven.

Patientinnen unüberbrückbar. Begleitend zur Praxis gingen die Praxisforschung und die Überlegungen bezüglich neuer Konzeptionalisierungen ständig weiter bzw. befinden sich weiterhin im Prozess, zu dem auch diese Arbeit einen Beitrag leisten soll.

Wenn im Folgenden eine Auseinandersetzung mit der vielfältigen und z.T. kontroversen Diskussion zum Thema Migration und Krankheit geführt werden soll, so handelt es sich selbstverständlich um eine fokussierte Auswahl, da sie sich am Forschungsgegenstand und am Schwerpunktthema dieser Arbeit orientiert. Es geht mir also keinesfalls um eine vollständige Darstellung der vielschichtigen und disziplinär ausdifferenzierten Debatte, sondern es geht mir um eine gegenstandsbezogene Auswahl jener Zugänge, die für das Thema der Arbeit relevant sind und die sich beim Thema Gesundheit und Krankheit im Kontext von Migrationserfahrung aufeinander beziehen lassen. Entsprechend der vielfältigen disziplinären Zugänge, wie Medizin, Soziologie, Psychologie, Ethnologie etc., aber auch verschiedener therapeutischer Schulrichtungen, wie Ethnopsychoanalyse, systemische Therapie und transkulturelle Psychiatrie, zeichnet sich diese Diskussion durch eine Fülle an Literatur und durch ihre Heterogenität aus. Manche Forschungsperspektiven tragen in vielen ihrer Inhalte auch nichts zur biographischen Perspektive und damit zum Verstehen *subjektiver Erfahrung* in den Erlebensdimensionen und des subjektiven Krankheitserlebens bei; sie werden im Folgenden deshalb entweder vernachlässigt oder auch bewusst kontrastiv herangezogen. Obwohl auf die Notwendigkeit qualitativer Forschung in diesem Bereich hingewiesen wird, fehlen wissenschaftlich fundierte biographietheoretische Zugänge, die nicht bei Deskriptionen stehen bleiben. Kern *dieser* Arbeit sind biographische Fallrekonstruktionen und eine empirisch fundierte Theorieentwicklung. Deshalb werden sich die folgenden Ausführungen am Kriterium des heuristischen Potenzials und der Anschlussfähigkeit für biographietheoretische Studien orientieren. Es besteht der Anspruch, die vielfältigen Perspektiven, die mit dem Thema Migration und Krankheit verbunden sind, in den sie charakterisierenden Grundzügen aufzuzeigen und sie mit dem Blick auf ihre Anschlussmöglichkeiten an das Thema dieser Arbeit auszuleuchten. Ziel der folgenden Ausführungen soll sein, die Praxisreflexion und Forschungsdebatte – also die Auseinandersetzung der ExpertInnen mit dem Phänomen „Migration, Krankheit und Gesundheit“ – in den Blick zu nehmen. In ihr spiegelt sich nicht nur eine „realitätsferne“, theoretische Debatte wider; vielmehr wirken Diskurse und Theorien auf die Alltagspraxis zurück, in der Menschen aus anderen Herkunftsländern, seien es ArbeitsmigrantInnen, AsylbewerberInnen oder Flüchtlinge, auf ihrer Suche nach medizinischer und psychosozialer Hilfeleistung mit einer mehr oder weniger auf sie ausgerichteten professionell geprägten Welt konfrontiert werden. Sie sind ihr z.T. ausgeliefert, wie im Falle gesetzlicher Bestimmungen. In vielen Fällen gestalten sie diese aber auch kraft ihrer eigenen Orientierungen und Handlungen in Interaktionen als „biographische Akteure“ mit.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Analyse lebensgeschichtlicher Erzählungen von türkischen ArbeitsmigrantInnen, *über* die in Form von Fremdbeschreibungen eine Fülle von Fachliteratur aus den unterschiedlichsten fachlichen Provenienzen vorliegt. Mein Interesse, mich gerade auf türkische ArbeitsmigrantInnen zu konzentrieren, begründet sich aus meiner beruflichen Praxis, in der ich täglich mit türkischen PatientInnen zu tun hatte. Die Probleme und die Lebenserfahrungen dieser Menschen beschäftigten mich sowohl fachlich als auch persönlich. Der Zugang zu diesem Forschungsfeld basiert somit auf berufsbiographischen und forschungsökonomischen Gründen. In der thematischen Fokussierung liegt das Interesse, einen systematischen Perspektivenwechsel zu bereits bestehenden Forschungen einzunehmen. Von der Expertensicht „auf“ oder „über“ die Gruppe der MigrantInnen wechselt der Fokus zur Rekonstruktion der Perspektive der biographischen Akteure und ihrer biographischen Konstruktionen, ohne sie durch Expertenkategorien, wie z.B. anamnestiche Fremdkategorien, zu eliminieren. Mit diesem Perspektivenwechsel geht neben dem Forschungsinteresse auch die Relevanz für die professionelle Praxis Hand in Hand, die den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet.

Das Thema „Arbeitsmigration“ kann auf eine lange Forschungstradition zurückblicken und lässt sich, die Breckner (2005) pointiert mit dem Begriff der „Gastarbeiterforschung“ charakterisiert – eine sozialpolitisch gesteuerte Perspektivenverengung auf Integrations- und Assimilationsproblematiken, der Präsuppositionen von unterschiedlichen „Modernisierungsgraden“, im Sinne „moderner“ und „vormoderner“ Kulturen, zugrunde liegen. Seit über 20 Jahren rückt auch das Thema des Krankwerdens von MigrantInnen zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussion. Und es ist festzustellen, dass hier immer noch mit der Unterscheidung „Tradition“ (=Herkunftsland) versus „Moderne“ (=Aufnahmegesellschaft) gearbeitet wird. Nicht allein wegen der zunehmenden Multikulturalität erhielt das Thema der Erkrankung von MigrantInnen vermehrte Beachtung, sondern auch deshalb, weil man sich angesichts des Älterwerdens von MigrantInnen in Deutschland in der alltäglichen medizinischen und psychosozialen Arbeit mit dem Problem einer kompetenten Versorgung konfrontiert und z.T. schlecht ausgestattet fühlte. Während meiner praktischen Arbeit wurde deutlich, dass in diesem Dienstleistungsbereich Defizite des Wissens und des professionellen Umgangs bestanden, die ein adäquates Verständnis von Menschen aus fremden Kulturen mit ihren Problemen und geschilderten Krankheitsphänomenen verhindern. Im Gegensatz zu klassischen Einwanderungsländern wie Amerika, England und Israel entstand die Debatte um die Krankheit von MigrantInnen im bundesrepublikanischen Raum zeitlich verzögert. Man hatte offensichtlich nicht mit dem Verbleib im Ankunftsland gerechnet, was im früher wie heute gebräuchlichen Begriffes des „Gastarbeiters“ offensichtlich wird.

Hauptanliegen des einsetzenden transkulturellen Diskurses ist es, ein Verständnis für den Migrationshintergrund von PatientInnen und die transkulturellen Krankheitskonzepte im medizinischen Kontext herbeizuführen (vgl. Collatz 1995, Gaitanites 1992, Hegemann, 1998 Koch 1995). Denn die Medi-

zin und die psychosoziale Versorgungspraxis hatte sich in der Vergangenheit trotz Millionen von ArbeitsmigrantInnen einer kultursensiblen Sichtweise verschlossen. Die Folge waren verheerende Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen aufgrund gescheiterter Verständigungsprozesse und einer simplifizierenden bis mokanten Zuschreibungsdiagnostik, die sich sprachlich in der ebenso stigmatisierenden und ethnisierenden wie bagatellisierenden Metaphorik, wie z.B. der des „Mittelmeersyndroms“, der „Bosporuskrankheit“ oder des „Türkenbauchs“, verdichtet. Die Menschen und ihre Migrationsgeschichte wurden damit zum Verschwinden gebracht, sie wurden auf ihre Herkunft reduziert. Diese ethnisierenden und entwertenden Konzepte führten naturgemäß zu keiner adäquaten Behandlung. Schwerwiegende organische Krankheiten wurden übersehen bzw. psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder rein somatisch diagnostiziert und „therapiert“, was die Chronifizierung der Beschwerden zur Folge hatte. In der Herkunft-Symptom-Semantik spiegelt sich die eine Seite des Spannungsbogens wider, der die Debatte um die Krankheit von MigrantInnen charakterisiert. Hier ist einerseits der Reduktionismus kulturalistischer Ableitungsdiagnostik wahrnehmbar, konkretisiert in For von „Kenntnissen“ über „die Türken“. Auf der anderen Seite ist man um differenziertere diagnostische Kategorien bemüht, die auf Verallgemeinerungen und die Konstitution eines kulturspezifischen Syndrombegriffs (Ethnomedizin) zielen, um „Fehldiagnosen“ zu vermeiden. Konträr dazu steht die fundamentale Kritik an einer vorherrschenden ethnozentrischen Sichtweise (Collatz 1999, Hegemann 1998/2001, v. Quekelberghe 1991) der professionellen Versorgungslandschaft. Das Thema „Migration und Krankheit“ ist hier in bestimmender Weise durch die Annahme charakterisiert, dass „Migration“ als belastendes Lebensereignis ein zwar nicht allein, aber doch wesentlich krankmachender Faktor sei. Aus der nicht unmittelbaren Alltagserfahrung der Krankheitsversorgung kommende Gegenstimmen fordern demgegenüber eine grundsätzliche Änderung dieser Forschungshaltung. Sie weisen darauf hin, dass die gegenwärtige Forschung zum Thema Migration, Krankheit und Gesundheit vorwiegend von einer auf Krankheit gerichteten Perspektive geprägt ist (Wiedl u. Marschalck 2001, 9-34).² Es stellt sich die Frage: „Was *genau* ist ist „das eine“ und „das andere“?) Wenn man das Subjekt in den Mittelpunkt stellt und nicht an *einem* leitenden Erkenntnisinteresse festhält, sondern eine

-
- 2 Die Herausgeber eines interdisziplinären Sammelbandes, der aus einem Workshop zum Thema „Migration – Krankheit und Gesundheit“ durch das Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück entstanden ist, konstatieren hierzu: „Grund dafür mag sein, dass ein Großteil der Forschung sich der Zielgruppe der krank gewordenen Migranten bedient. Dieser Bias liegt vor, obgleich die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung bei Migranten durchaus unter der der autochthonen deutschen Bevölkerung liegen kann. Gesundheit bzw. die Ressourcen, die trotz Migration und einer Fülle widriger Lebensumstände Gesundheit erhalten, werden vergleichsweise selten thematisiert. [...] Offenbar gesundheitsschädliche Migrationseffekte sind somit häufig Artefakte.“ (Ebd., 17)

systematische Offenheit in der Forschungspraxis besteht, kann beides in verschiedenen biographischen Strängen einer Biographie sichtbar werden.

Im Zentrum der psychosozialen und klinischen Versorgungspraxis stehen Menschen, die in ihrem Leben von Krankheiten *und* von problematischen Lebenslagen betroffen sind, aber immer auch Strategien der biographischen Bearbeitung entwickeln oder entwickelt haben. Bei Menschen aus anderen Kulturen wird die Erkrankung von den verschiedensten Disziplinen typischerweise im Zusammenhang von Migration und Krankheit fokussiert und problematisiert. Die Annäherung an Personen mit Migrationshintergrund und Krankheitserfahrung geschieht also mithilfe eines überindividuellen Erklärungsmodells. In der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen, medizinischen, ethno-medizinischen, kulturpsychiatrischen, psychosozialen Forschung und Debatte bilden sich unter den Stichworten Migration, Gesundheit und Krankheit folgende ineinander greifende Themenkomplexe ab:

Die situative Perspektive

Migration in der personalen und transpersonalen Konfliktperspektive

Die psychosomatische Perspektive

Die transkulturellen Aspekte von Gesundheit und Krankheit: zwischen Referenz- und Differenzmodell

Problematisierungen und Konzeptualisierungen der Versorgungspraxis

Migrations- und Krankheitserfahrung im lebensgeschichtlichen Prozess

Biographie und Krankheit

Biographie und Migration

Die situative Perspektive

Schwerpunkt dieser gesundheitswissenschaftlichen Forschungsperspektive ist die Fokussierung situativer Konstellationen. Sie geht von einem Erklärungsmodell aus, in dem die Lebenslagen im Aufnahmeland und die Analyse der sozialen Benachteiligung in ihrem Zusammenhang mit Gesundheitsrisiken untersucht wird. Bei dieser Betrachtung werden die situativen Folgen z.B. von Armut oder Migration in den Vordergrund der Forschung gestellt. Unter diesem Aspekt werden die Migrationsbedingungen und Lebensumstände von MigrantInnen vielfältig untersucht und besondere Belastungssituationen als Migrationsfolgen beschrieben, wie lebensbedrohende Umstände, unsichere Zukunftsperspektive, Ohnmachtsgefühle, Identitätskrisen, Entwurzelungserlebnisse und Verlustgefühle (vgl. Collatz, Auernheimer 1984, Korporal 1985). Demnach haben nach den einschlägigen medizinsoziologischen Forschungen von Collatz (1977, 1995, 1999) MigrantInnen ein doppelt so hohes Risiko in Armut zu gelangen und ein dreifach höheres Risiko in Armut zu verbleiben wie die deutsche Bevölkerung. Damit einhergehend werden andere allgemeine Risiken wie Arbeitslosigkeit, schlechte Wohn- und Arbeitsbedingungen, sprachliche und kulturelle Barrieren durch die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen Minoritätengruppe als Wirkfaktoren für potentielle Erkrankungen, für den Krankheitsverlauf und für die Krankheitsbewältigung beschrieben. Für Collatz ist die Gruppe der MigrantInnen in Deutschland eine „sozial vulnerable“ Bevölkerungsgruppe: Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung, finanzielle Beengtheit und Armut seien die zentralen Probleme und Gesundheitsrisiken für Familien von ArbeitsmigrantInnen, Flüchtlingen und Aussiedlerfamilien. „Durch die soziale Polarisierung, das hohe Arbeitslosigkeits- und Armutsrisiko der Migranten in Deutschland und die Zunahme sozialer Unsicherheit, Gewalt und Diskriminierungserfahrungen muss damit gerechnet werden, dass psychisches Leiden bei den Erkrankungen der Migranten eine immer größere Rolle spielen.“ (Collatz 1999, 38)

Dietzel-Papakyriakou und Olbermann (2001) betrachten auf der Basis einer internationalen migrationsbezogenen und gerontologischen Diskussion die gesundheitliche Situation alter MigrantInnen aus den ehemaligen Anwerbeländern. Dabei berücksichtigen sie die Migration und die damit verbundenen besonderen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die kulturell bestimmten Handlungsmuster bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass bei Untersuchungen der Gesamtbevölkerung im Vergleich zur deutschen Bevölkerung der Anteil der MigrantInnen eine geringere Sterblichkeit und eine höhere Lebenserwartung aufweist (vgl. ebd. 285, weiter hierzu: Linke 1991). Eine mögliche Erklärung sehen die Autorinnen u.a. in den mehrfachen Selektionen in Form von strikten medizinischen Kontrollen durch deutsche Anwerbekommissionen. Neben diesen aus Statistiken abgeleiteten Phänomenen versuchen die Autorinnen der Frage nach dem Vorhandensein einer spezifischen „Ausländermorbidity“ nachzugehen, wie der einschlägige terminus technicus lautet. Hiermit verbunden ist die Frage

nach erhöhten Risiken der spezifischen Lebenssituation von ArbeitsmigrantInnen und dem Zusammenhang zwischen ethnischer Zugehörigkeit und Inzidenz bestimmter Erkrankungen. Das statistische Phänomen des überdurchschnittlich niedrigen Krankenstandes der ArbeitsmigrantInnen bis in die siebziger Jahre hinein wurde als „healthy migrant effect“ interpretiert. Danach stieg die Krankenstandsquote allerdings kontinuierlich an. Heute liegt sie nach Angabe von Dietzel-Papakyriakou und Olbermann höher als bei der vergleichbaren Gruppe der einheimischen Bevölkerung.³ Als Einflussfaktoren für den Gesundheitsstatus werden Ernährungsgewohnheiten, die Einstellung zur Krankheit und die kulturell geprägten Symptomäußerungen, die Aufenthaltsdauer, der Akkulturationsgrad, die Schichtzugehörigkeit und die durch die Religion vorgegebenen metaphysischen Erklärungsmuster benannt. Doch zeichnet sich eine Perspektive auf die subjektive Geschichtlichkeit in den Annahmen *über* die Entstehungshintergründe von MigrantInnen ab:

„Über die kulturellen Spezifika und die genetischen Prädispositionen hinaus sind jedoch vor allem in den Umweltfaktoren, in der sozialen Lage und in der Arbeitswelt diejenigen Parameter zu finden, die die Pathogenese und den Verlauf von Erkrankungen primär entscheiden. Die gesundheitliche Situation der alten Arbeitsmigranten ist das Ergebnis einer lebenslangen Wechselwirkung zwischen einerseits anlagebedingten Resistenzen und Gefährdungen, deren Prägung noch auf die Lebensphasen vor der Emigration in den Herkunftsorten zurückgeht, und andererseits den Bedingungen ihrer materiellen und immateriellen Umwelt im Aufnahmeland. Diese erfordern angesichts der Anpassungsprozesse und der damit verbundenen psychosozialen Belastungen spezifische psychosoziale Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien.“ (Dietzel-Papakyriakou u. Olbermann 2001, 290)

Die Autorinnen erweitern also die Perspektive von den situativen Migrationsfolgen im Aufnahmekontext hin zur personalen Geschichte. Dabei unterstellen sie keinen kausalen Zusammenhang, die Frage wird vielmehr hinsichtlich eines Zusammenwirkens lebensgeschichtlicher und lebensweltlich wirkender Faktoren erweitert. Die zunehmende Krankenstandsquote der ausländischen Beschäftigten wird aus der extremen Kumulation von gesundheitlichen Belastungen in der Arbeits- und Lebenssituation erklärt:

„Denn die Arbeitsmigranten der ersten Generation wurden als nicht oder nur wenig qualifizierte Arbeitskräfte gerade in den Bereichen der verarbeitenden Industrie eingesetzt, in denen schwere körperliche und gesundheitsschädigende Arbeit geleistet wird, die verbunden ist mit dem Umgang mit chemischen und physikalischen Noxen, der Exposition von starkem Lärm, Hitze und der Einwirkung von Dämpfen usw. Hinzu kommen Zeitdruck in Akkord- und Bandarbeit mit repetitiven und monotonen Tätigkeiten, die zu einseitigen physischen Beanspruchungen des Körpers führen. Der Schwerpunkt der Beschäftigung von ausländischen Arbeitskräften der ersten Generation liegt überproportional dort, wo für einheimische Arbeiter eben-

3 Dieser höhere Krankenstand von ArbeitsmigrantInnen ist kein Spezifikum der Bundesrepublik Deutschland, sie wurde und wird in allen Immigrationsländern registriert (vgl. Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 2001, Ohndorf 1988).

falls hohe Arbeitsunfähigkeitsraten registriert werden: in Metallberufen, bei Lager- und Transportarbeiten, Hilfsarbeitertätigkeiten und Bauarbeiten. In Berufen mit geringer Gesamtbelastung und niedrigeren Krankenstandsquoten weisen die Ausländer ebenfalls einen niedrigen, z.T. noch unter dem der deutschen Beschäftigung liegenden Krankenstand auf.“ (Ebd., 291)

Ohne die Realität der harten Arbeitsbedingungen in den Produktionsbetrieben beschönigen zu wollen, wäre die oben zitierte Feststellung über den Zusammenhang von Arbeit und Erkrankung um die Frage nach der subjektiven Erfahrung, dem Erleben und der spezifischen Verarbeitung dieser sozialen Bedingungen zu erweitern. Die nicht infrage zu stellende soziale Realität in den Betrieben ist durch die Frage nach der eigenbiographischen Realitätserfahrung zu ergänzen. Zu fragen ist: *Wie* erleben jene Menschen diesen für sie wichtigen Lebensbereich „Arbeitswelt“? Und: *Wie* wird er von ihnen vor dem Hintergrund ihrer individuell-persönlichen Lebensgeschichte verarbeitet? Die Beschreibung gesellschaftspolitischer und sozialer Realitäten als Erklärungsmodell bei der Entstehung von Krankheiten klammert gerade in Bezug auf die Arbeitswelt die subjektive Erfahrungsdimension aus. Denn Arbeit ist sowohl Existenzgrundlage als auch Existenzeinschränkung zugleich, sie kann ebenso problemlösend wie problemkonstituierend sein. In der Verallgemeinerung entsteht ansonsten ein Bild, als würde im Verhältnis zu den „objektiven“ Arbeitsbedingungen die Geschichte einer Person nicht mehr ins Gewicht fallen. Dadurch wird die Person auf ihre Eigenschaft als Arbeiter oder Arbeitsmigrant reduziert. Damit entsteht eine systematische Reflexionslücke, in der übersehen wird, dass Menschen immer auch als ganze Personen „an die Arbeit“ und „in die Betriebe“ gehen. Aus ökonomiekritischer Sicht steht hier oftmals der Vorwurf im Raum, durch eine Subjektorientierung würden bestehende soziale Härten und Diskriminierungen vernachlässigt. Betrachtet man soziale Realität aber unter der Annahme, dass sich Menschen zu ihr auch immer subjektiv in Beziehung setzen, so kann eine auf die strukturelle Benachteiligung fokussierte Perspektive durch eine interaktionistische und damit biographietheoretische Denkweise erweitert bzw. ergänzt werden. Dabei wird nicht die eine Perspektive zugunsten der anderen aufgegeben oder Machtdifferenzen außer Acht gelassen, es wird vielmehr von einem interagierenden Prozess zwischen Individuum und Gesellschaft ausgegangen.

Wenn über subjektive und kollektive Orientierungsmuster von MigrantInnen gesprochen wird, dann wird in den Veröffentlichungen üblicherweise auf die belastende Auseinandersetzung mit der Frage von Rückkehr oder Verbleib hingewiesen. Danach führt ein nicht realisierter Rückkehrwunsch zu Enttäuschung und Schuldgefühlen und damit zur Infragestellung des Lebensentwurfs, ja des gesamten Lebens. Dieser Sinnverlust des Migrationsprojektes, so die Annahme, gehe zudem einher mit dem Verlust der für die Einwanderung so wichtigen körperlichen Leistungs- und damit Erwerbsfähigkeit, die durch die Krankheit und/oder das Alter ruiniert werde. Damit einhergehend schwinde für den Einzelnen die Legitimation ihrer Anwesenheit in der Aufnahmegesellschaft, die sich auf der Erwerbstätigkeit gründet. Die Ausglieder-

rung aus dem Arbeitsprozess aus Krankheits- oder Altersgründen tangiere tiefgreifend den Migrantenstatus, denn dieser habe sowohl in den Augen der ArbeitsmigrantInnen als auch ihrer Umwelt seine Grundlage allein in ihrer Arbeitsfähigkeit (vgl. ebd., 300). Der Arbeitsmigrant und die Arbeitsmigrantin erkrankte nicht nur körperlich, sondern auch sozial und psychisch in seinem/ihrer MigrantInnenstatus. Ersten Untersuchungsergebnissen zum psychischen Gesundheitszustand von alten Arbeitsmigranten zufolge sind ältere MigrantInnen im Vergleich zu den einheimischen älteren Menschen eine deutlich stärker von psychischen Beeinträchtigungen und Befindlichkeitsstörungen betroffen. Erklärungsansätze hierzu basieren auf einem migrationsspezifischen Anforderungs-/Bewältigungsmodell, die als „kognitive und emotionale Adaptionsleistungen“ (ebd.) bezeichnet werden:

„sie unterliegen dem Akkulturationsdruck der fremden Umwelt und erleiden oft soziale Segregation, Diskriminierung und Prozesse der sozialen Abwertung und Ablehnung. Angesichts solcher multiplen Belastungen tendieren Arbeitsmigranten, auf der Basis ihrer kulturellen Systeme und aus ihrer Migrationssituation heraus, zu spezifischen Bewältigungsstrategien.“ (Ebd., 301)

Aus der Perspektive der praktischen klinischen Versorgungspraxis resümiert Koch, Initiator eines „Projektes zur stationären Versorgung türkischer MigrantInnen“ aus medizinisch epidemiologischen Gesichtspunkten auf der Grundlage einer Evaluation von zahlreichen Sozialgerichtsgutachten über die Lebenssituation von PatientInnen türkischer Herkunft:

„Eigentlich nicht wirklich hier in Deutschland eingelebt, aber auch nicht mehr dort in der Heimat Türkei verwurzelt; ohne intakte traditionelle Familienstrukturen; erschöpft durch langjährige harte Arbeit; belastet durch zunehmenden körperlichen Verschleiß; schwierige soziale Lage, meist mit Arbeitslosigkeit nach langem Krankenstand; oft unzureichende, sehr enge Wohnverhältnisse; durch Ausländerfeindlichkeit ausgegrenzt und mehr und mehr an den Rand der deutschen Gesellschaft gedrängt: Das ist die Situation, in der durch die geschilderten Auslöser die Krankheiten auftreten“ (Koch 1995, 102).

Dieser aus der Handlungspraxis der transkulturell psychiatrischen Behandlung türkischer Patienten stammenden, evaluierenden Aussage fügt Koch (ebd.) jedoch eine intrapsychische Störungsdimension hinzu: Das psychische und körperliche Leiden sei oft auf einer unbewältigten Migrationserfahrung, auf mangelnde Konfliktverarbeitungsressourcen und auf die Nichtwahrnehmung von Brüchen und Fehlentwicklungen in der Lebensgeschichte zurückzuführen. Die o.g. Aussagen stehen stellvertretend für die Suche nach Ursachen und Erklärungen für die Erkrankungen von MigrantInnen im Ankunftsland. Erklärungsmodelle dieser Art befinden sich in der Spannung des Ursache-/Wirkungsdenkens, d.h. des Versuchs, kausale und verallgemeinerbare Zusammenhänge von „Migration und Krankheit“ zu finden. Je nach Perspektive wird dann entweder

die soziale Dimension, etwa die sozialpolitische Positionierung, oder das individuelle Gestaltungs- und Verarbeitungspotential der Person hervorgehoben.

Aus dem Bemühen, eine kritische gesellschaftspolitische Stellung gegenüber der politischen und sozialen Benachteiligung von Einwanderern einzunehmen und damit den Fingerzeig auf die dadurch entstehende soziale Marginalisierung und deren leiblich-seelische Folgen legen zu wollen, resultiert in der Analyse über die Entstehung von Krankheiten oftmals eine Überfokussierung situativer Erklärungsmodelle. So entsteht der Eindruck, dass die Lebenssituation im Aufnahmeland krank mache, denn die Situation in der Fremde – so die Modellvorstellung – bestimme das Leiden. Fremdheitserleben wird demzufolge allein denen zugeschrieben, die eine geographische oder kulturelle Grenze überschritten haben. In dem zugrunde liegenden Konzept „Fremdheit macht Leiden“ wird das Fremdheitserleben einseitig auf den gelegt, der in seinem Leben „gewandert“ ist und damit auf ihn reduziert. In der Folge wird „Fremdheit“ als gesellschaftliche und perspektivische Konstruktion konzipiert (als klassischer Zugang vgl. Simmel 1968, aus phänomenologischer Perspektive Waldenfels 1997, kritisch hierzu Apitzsch 1999 und ausführlich diskutiert in Breckner 2005). Daran knüpfen Erklärungskonzepte an, die im Zusammenhang mit einer solchen „Kulturschocktheorie“ und der Annahme einer „Identitätsdiffusion“ durch Migrationsfolgen stehen. Diese einseitige Zentrierung von Forschung und Praxisreflexion auf soziale Umwelteinflüsse, die Partialisierung von Migration aus dem Gesamt(er)leben und deren situativen Folgen wird auch innerhalb des Fachdiskurses kritisiert. Hier wird der Vorwurf erhoben, dass nicht die individuelle Person und ihre Konstitution im Mittelpunkt des Interesses stehe, sondern der Einzelne zu einem Reizbündel deterministischer Bedingungen und damit zum Opfer gemacht werde (für den Bereich der psychosozialen Versorgung vgl. Nestmann u. Niepel 1993, 28).

Migration in der personalen und transpersonalen Konfliktperspektive

Die psychosomatische Perspektive

Nach Collatz stehen funktionelle⁴ Syndrome oder somatoforme Störungen im Mittelpunkt der ärztlichen Primärversorgung von Migranten (Collatz 1999). Damit wird auf ein Phänomen des körperlichen Ausdrucks psychosozialer

4 Hierzu zählen schmerzhaftes Körperbeschwerden, die nicht ausreichend durch eine strukturelle Pathologie der zugehörigen Organe erklärt werden können. Der Begriff impliziert ein bestimmtes Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von Beschwerden. Entweder wird den Beschwerden eine symbolische Bedeutung für einen unbewussten Konflikt zugeschrieben oder es wird davon ausgegangen, dass sie auf einen psychischen Konflikt oder andere psychische Belastungen zurückzuführen sind. Körperbeschwerden treten demnach an die Stelle psychischer Beschwerden (vgl. Henningsen 2003).

Konflikte hingewiesen, einer in Fachkreisen allgemein geteilten Auffassung von der „Somatisierungsneigung psychosozialer Konflikte“ bei MigrantInnen.

So finden sich in einer von Leyer (1991)⁵ veröffentlichten Studie mit Fallbeispielen aus dem Zentrum für Psychosomatik der Universität Gießen bei MigrantInnen unterschiedlicher Herkunft immer wieder stark überhöhte Befunde an psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, verbunden mit Ängsten, depressiven und psychosexuellen Störungen. Zink und Korporeal (1990) zufolge berichten niedergelassene Ärzte übereinstimmend, dass über längere Zeit in der Bundesrepublik lebende türkische ArbeitnehmerInnen selten frei von Magenbeschwerden und -befunden sind (ebd., 27).

Leyer erklärt dies mit der Sprachlosigkeit für soziale und innere Konflikte: „Die so häufig bei Arbeitsmigranten festgestellten funktionellen, psychosomatischen und somatisierten depressiven Leiden drücken die offensichtliche Unmöglichkeit aus, die krankheitsauslösenden Konflikte auf eine andere Weise in den sozialen Dialog einzubringen.“ (1991, 64) Auf die Anthropologin Douglas rekurrierend versucht Leyer jene in der klinischen Praxis beobachteten körpernahen funktionellen und psychosomatischen Symptome bei ArbeitsmigrantInnen als Ausdruck kulturell erlernter Praktiken zur Umwandlung emotionaler Konflikte in körperliche Symptome zu verstehen (Leyer 1991, 64, siehe auch Douglas 1986). Dies bedeute, so Leyer, dass die körperliche Symptomatik ein weit verbreiteter kultureller und sozialer Modus sei, psychosoziale Konflikte auszudrücken, in einen sozialen Dialog einzubringen und zugleich eine mögliche Konfliktlösung darzustellen, die ihnen ihre soziale Position in der Gesellschaft nahe lege (Leyer 1991, 65). Für die weltweite Zunahme von Depressionen, die durch körperliche Symptome wie Herzbeschwerden, Schmerzzustände, Magen-Darm-Störungen ausgedrückt werden, wurden 1986 folgende hauptsächlich soziale Ursachen genannt: „zu schneller Wandel von Traditionen, Zerfall familiärer und sozialer Lebenszusammenhänge mit Beziehungslosigkeit und Isolation, Sinnverlust der Religion“ (ebd., 66). In der Frage nach der zugrunde liegenden Konstellation eines somatisierten Konfliktausdruckes bei ArbeitsmigrantInnen bleibt Leyer jedoch nicht bei einer einseitigen sozialen Ableitung durch eine von außen als defizitär festgelegten Stresssituation stehen. Vielmehr geht es ihr aus der Perspektive der psychoanalytischen Psychosomatik darum, Krankheit nicht nur als Defekt, Versagen oder Scheitern anzusehen, sondern den körperlichen Ausdruckscharakter nach dem verborgenen Bedeutungsgehalt individuell – aber im Rahmen des psychoanalytischen Denkmodells – zu analysieren.

Die bei Leyer zur Anwendung kommenden psychoanalytischen und psychosomatischen Erklärungsmodelle für die subjektiven Bedeutungen der körperlichen Ausdrucksgestalt geben hilfreiche Denkanstöße, z. T. erfährt die Su-

5 Siehe hierzu auch Zink u. Korporeal 1990, auch Ete 1990. Zink u. Korporeal weisen aufgrund einer über einen längeren Zeitraum mit türkischen Arbeitern geführten Studie (Häfner 1977) darauf hin, dass es bei vorfindbaren akuten depressiven Reaktionen zu einer Verlagerung zu psychosomatischen Beschwerden und Krankheiten kamen (ebd., 26-27).

che nach dem „um was es geht“ eine Begrenzung in statischen und universalistischen Konflikt- und Individualisierungsmodellen. Trotzdem erscheinen mir einige, den psychosomatischen Erklärungsmodellen zugrunde liegende Paradigmen in eine biographische Perspektive integrierbar, soweit es sich nicht um die Applikation universalistischer Modelle handelt, sondern um ein Verständnis der Bedeutung von Krankheit als symbolischer Ausdruck von Konflikten. Um die in der Literatur und im eigenen klinischen Alltag als „fremdartig“ erlebte expressive körperliche Ausdrucksform von Problem- und Leidenszuständen von MigrantInnen zu verstehen, können solche Paradigmen, wie die „Krankheit als Sprache“, die „Krankheit als Lösung“ und die „Krankheit als System“ (vgl. Plassmann 1992) nützliche Konzepte sein, um einen hermeneutischen Zugang zum Sinn einer Krankheit zu eröffnen und für den Zusammenhang zwischen „Körperlichem“, „Sozialem“ und „Psychischem“ zu sensibilisieren.⁶ So beschreibt Overbeck (1984) beispielsweise Krankheit als Anpassungsleistung, aber auch als Selbstzerstörung im „sozio-psycho-somatischen Zirkel“. Hinter der „somatischen Maske“, den Symptomen wie Magen-Darm-Störungen, Herzbeschwerden, Brustenge, Kopf- und Kreuzschmerzen verberge sich oft Angst, Niedergeschlagenheit, Hemmung, Unruhe, Hoffnungslosigkeit, Grübelzwänge, Initiativverlust, Entschlussunfähigkeit. Psychosomatische Störungen können, so Overbeck, in ihrer Präsentation und Symptombildung demnach als ein Anpassungsvorgang an die Normen der Medizin und Gesellschaft verstanden werden.

„Auch wenn die psychosomatisch Kranken nicht unmittelbar die Umwelt verändernd (alloplastisch) mit ihren Problemen umgehen, sondern durch Veränderung ihrer selbst (autoplastisch) zu Lösungen kommen wollen, und sich damit für sie auch beträchtliche Gefahren ergeben [...] wird die psychosomatische Symptomwahl in so vieler Hinsicht aktiv vom Individuum gesteuert, dass man sie sogar als besonders gekonnt und listig [...] bewundern kann.“ (Ebd., 36)

In der Auffassung des Konfliktbearbeitungsmodells sind psychosomatische Symptome mehr als eine Atempause, eine medizinkonforme Ausdrucksform, eine verschlüsselte Mitteilung, sie stellen – wenigstens vorübergehend – die Lösung eines Konfliktes dar. Die stellvertretende körperliche Reaktion hat offenbar eine schützende Funktion: sie hilft einen seelischen Zusammenbruch zu verhindern. So Uexküll (1990):

6 Psychosomatische Theoretisierungs- und Deutungsmodelle sollen hier nicht in ihrer ausdifferenzierten Theoriebildung dargestellt und diskutiert werden. Das psychosomatische Denken wird größtenteils durch die Theorie der Psychoanalyse geprägt. Bei der Sichtung psychosomatischer Fachliteratur fiel mir die Gewichtung der Mutter-Kind Dyade ins Auge. Eine erweiterte Perspektive findet sich in den Ansätzen von Overbeck 1984, Plassmann 1992 u. 2002, Uexküll 1981 u. 2002, Weizsäcker 1956, Wirsching 1986 u. 2002. Neuere Konzeptionalisierung finden sich bei Uexküll, Geigges, Plassman 2002: „Integrierte Medizin“.

„Der Patient erlebt einen intrapsychischen oder sozialen Konflikt als unerträglich und nicht lösbar; er muß die mit dem Konflikt verbundenen Affekte vom Bewusstsein abwehren. So kann es dazu kommen, daß nicht der Affekt, sondern nur die begleitende körperliche Funktionsstörung wahrgenommen wird. Die im unlösbaren Konflikt aufkommende Angst fließt jetzt in die Verarbeitung des körperlichen Symptoms ein; diese Angst verliert so ihren Bezug zum ursprünglichen Konflikt bzw. zur ursprünglichen Situation und wird an die Verarbeitung des körperlichen Symptoms gebunden. [...] Konfliktvermeidung und körperliche Beschwerden finden eher soziale Anerkennung, körperbezogene Klagen und passive Schonhaltung aktivieren eher die Hilfsbereitschaft der Umgebung. In diesem Sinn kann die **Symptombildung** auch als eine **Leistung**, als eine Art **Selbstheilungsversuch** des Betroffenen verstanden werden.“ (483, Hervorh. i.O.)

Während Overbeck in der psychosomatischen Symptombildung den Anpassungscharakter an die umgebende Welt vor Augen hat, akzentuiert Uexküll (1990) die biographische Diskontinuität und den Verlust von selbstverständlichen Orientierungen, nämlich dann, wenn Erfahrungen aus der Vergangenheit nicht mehr für die Zukunft verwendet werden können und wenn der Zusammenhang von Vergangenheit und Zukunft subjektiv unterbrochen ist (ebd., 83).

Auch Weizsäcker (1956) betont in seinen Arbeiten, dass Krankheiten in den Krisen eines Menschen dann entstehen, wenn seine seelischen Möglichkeiten erschöpft sind. Er unterstreicht zwar, dass Krankheiten an biographischen Wendepunkten entstehen können. Zentraler Aspekt bei Weizsäcker ist jedoch, die Krankheit in ihrer gesamten Geschichtlichkeit zu betrachten. Er sieht Krankheit nicht als kausale Folge eines singulären Ereignisses oder eines prägenden, in einer spezifischen Lebensphase entstandenen Konflikts. Krankheit ist für ihn in eine schleichende Krise eines ganzen Lebens eingeflochten.

Im psychosomatischen Verständnis migrationsspezifischer Problemkonstellationen wird das Vorherrschen psychosomatischer und funktioneller Störungen bei MigrantInnen als eine sowohl von der Aufnahmegesellschaft als auch im Herkunftsland der MigrantInnen angebotene Strategie zur Erhaltung des psychosozialen Gleichgewichts diskutiert (vgl. Leyer 1991). Demnach handelt es sich um eine scheinbare individuelle Lösung sozialer Konflikte, die dadurch für die Gesellschaft unsichtbar gemacht werden. Sie bietet aber dem Einzelnen bei unerträglichem Konfliktdruck gleichzeitig an, in eine institutionalisierte Patientenrolle zu flüchten und Konflikte in das gesellschaftlich getragene Gesundheitssystem zu (über-)tragen.

In den Falldarstellungen und Behandlungsberichten von Leyer aus der psychosomatischen Klinik in Gießen wurde ein verstehender Zugang zu einer fremden Körpersprache gewählt, die die PatientInnen selbst nicht mehr verstehen und „die ihre Sprachlosigkeit verdoppelt“ (ebd., 69). Dabei wird ein kritischer Blick auf das Gesundheitswesen geworfen, in dem kein Dialog vorgesehen ist. Die bereits durch den Ausländerstatus eingeschränkte Entscheidungs- und Handlungsfreiheit von MigrantInnen wird so durch die nicht auf Kommunikation angelegte „stumme Medizin“ (Lüth 1974) weiter verringert.

Der interkulturellen psychosomatischen Annäherung Leyers ist jedoch die implizite Annahme der Migration als Belastung und der Betonung des Verlustes von Vertrautem im Einwanderungsland anzumerken. Sie entspricht einer Partialisierung der Lebensgeschichte auf die Migration und deren Folgen. Dem lebensgeschichtlichen Prozess des Gewordenseins der Person und der biographischen Funktion der in der Symptompräsentation aufscheinenden Selbstdefinition geht Leyer nur selektiv in Anwendung psychoanalytischer Entwicklungsmodelle nach. So wird beispielsweise nach einer komplexen Falldarstellung und Analyse auf ein Reifungsmodell als Interpretationshintergrund für Defizite und Störungsbilder zurückgegriffen. Trotz komplexer Analysen von Vergangenheit und Gegenwart kommen dann objektivierende Kategorien wie etwa der „Grad der erreichten Individuation“ (ebd., 68) zur Anwendung, die einen prozesshaften und kontextsensiblen Zugang vermissen lassen. Mit dem im Folgenden vorgestellten sozialanthropologischen Denkansatz soll ein solches, auf Allgemeingültigkeit hin abstrahiertes, universalistisches Reifungsmodell kritisch beleuchtet werden. In der transkulturellen Perspektive zu Gesundheit und Krankheit werden dagegen jene zugrunde liegenden Ideen über Person und Individualität neu überdacht.

In der durch verschiedene disziplinäre Zugänge geprägten Diskussion zu Migration und Krankheit wird immer wieder betont, dass die Entstehung und der Verlauf von Erkrankungen bei MigrantInnen wesentlich von psychischen Faktoren beeinflusst, wenn nicht gar verursacht würde. Dieser Auffassung liegt jedoch wieder eine Trennung von somatisch und psychisch zugrunde, also eine Trennung von Körper und Seele, die dem Anspruch nach in der Psychosomatik aufgehoben bzw. integriert werden soll.⁷ Der Hinweis Plassmanns, dass sich der größte Teil aller Krankheiten nicht nach einfachen Ursache-Wirkung-Modellen begreifen lässt und Krankheiten sich in drei Systemen, im Körper, in der Psyche und im sozialen System abspielen, wird noch einmal verstärkt in der transkulturellen Perspektive aufgegriffen. Aus diesem Blickwinkel wird die Frage nach der Relation von Kultur, Körper und Gefühl in den Mittelpunkt gestellt und eine Abkehr von kausalen Denkmodellen angestrebt.

Die transkulturelle Perspektive: Zwischen Referenz- und Differenzmodell

Zur Frage von Affekt und Kultur stellte der Anthropologe und Psychiater Kleinman (1991) als Überschrift zu einem Kapitel in seinem Buch „Rethinking Psychiatry“ die Frage: *Do psychiatric disorders differ in different cultures?* (ebd., 18) Damit hat er die zentrale Ausgangsfrage einer transkulturellen Psychiatrie und, wenn man es weiterfassen will, einer transkulturellen Medi-

7 Plassmann (1992, 103): „Psychosomatisch zu denken, heißt Symptome nicht nur durch ihre Verursachung, sondern vor allem durch ihre Bezogenheit zu erklären. Symptome haben nicht nur einen pathophysiologischen Aspekt, sie haben auch einen kommunikativen, expressiven und finalen Aspekt [...] Sie sind Ausdruck, Sprache, Mitteilung und Lösungsversuch.“

zin und Psychologie aufgeworfen. Die Überschrift drückt die Frage nach den Unterschieden und Gemeinsamkeiten psychischer Erkrankungen aus. Es ist die Frage nach dem Ausmaß kultureller Einflüsse auf das Erleben und den Ausdruck von Krankheit und Kranksein. Psychische Konfliktlagen werden in Bezug auf das Phänomen Krankheit bei MigrantInnen einerseits betont, andererseits aber auch als fremd und nur eingeschränkt verstehbar beschrieben. Kleinman eröffnet dieses Thema mit einer Frage, die zugleich eine Antwort enthält. Ihm geht es nicht um eine Festlegung kulturtypischer Phänomene, sondern darum, durch die Einnahme einer kulturellen Perspektive eine Brücke zwischen körperlichem und psychischem Kranksein zu schlagen.⁸

Über die in der Literatur vielzitierte Somatisierungsneigung oder Körperfixiertheit von türkischen MigrantInnen im Gesundheitswesen stellt Pfeiffer (1995) fest:

„Es wäre voreilig anzunehmen, daß primär ein psychisches Leiden bestanden hätte, das sekundär auf die Ebene des Körpers verlagert wurde; oder dass die Körpersprache benutzt wurde um einen Mangel an Vokabular oder Ausdrucksvermögen für emotionale Vorgänge abzuheben. [...] Viel eher verhält es sich so, dass mediterrane Migranten das Leid schon primär ganzheitlich, also ‚leibhaft‘ erfahren, wie uns das etwa aus den Klagegesängen alttestamentlicher Propheten vertraut ist und früher auch bei uns gewöhnlich war. Demgegenüber stellt die nachdrückliche Trennung von körperlichem und psychischem Erleben eine verhältnismäßig späte Erwerbung unserer bürgerlichen Kultur dar. Man könnte hier von einer ‚Entkörperlichung des Leidens‘ und einer ‚Leibferne des Erlebens‘ sprechen – Vorgänge, die wohl eher der Erklärung bedürfen als die elementare Ganzheitlichkeit“ (Pfeiffer 1995, 28; vgl. auch 1994).

Kleinman fordert in Abgrenzung zu den allgemeinen psychiatrischen Modellvorstellungen mit ihren biologisch determinierten Gemeinsamkeiten und der inhärenten Annahme von Kultur übergreifenden Kernsymptomen dazu auf, die kulturellen Dimensionen von Krankheit zu erforschen.⁹ Mit der kulturspezifischen Perspektive auf Gesundheit und Krankheit werden Phänomene wie Symptompräsentation, subjektive Krankheits- und Körperkonzepte und kultu-

8 Kleinman beantwortet seine Frage am Ende seiner Darstellungen folgendermaßen: „For these reasons, a more useful model is one in which biological and cultural process dialectically interact. At times one may become a powerful determinant of outcome, at other times the other. Most of the time it is the interaction, the relationship, between the two which is more important than either alone as a source of amplification or damping of disability in chronic disorder.“ (Kleinman 1991, 25-26)

9 „There is, then, a tacit professional ideology that exaggerates what is universal in psychiatric disorder and deemphasize what is culturally particular. The cross-cultural findings for schizophrenia, major depressive disorder, anxiety disorders, and alcoholism disclose both important similarities and equally important differences. Hence the chief anthropological question (how do psychiatric disorders differ across cultures?) is a necessary addition to the main psychiatric question (how are psychiatric disorders similar across cultures?).“ (Kleinman 1991, 22)

relle Wahrnehmungen und Bedeutung von Krankheiten unter der Prämisse einer bestehenden Relation untersucht.

Dieser Auffassung gemäß werden beispielsweise durch teilnehmende Beobachtungen kleinerer sozialer Gemeinschaften detaillierte Informationen über menschliche Handlungsweisen und ihre Kommunikationsstrukturen gesammelt und aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven heraus interpretiert. Dabei werden ökologische Rahmenbedingungen, soziale Konflikte, Hintergründe und Sinn lokaler Erklärungsmuster sowie die Beschaffenheit des Zusammenhalts örtlicher Sozialsysteme berücksichtigt (vgl. Littlewood 2001) bis hin zu kulturbedingten und innerpsychischen Strukturierungen durch verschiedene Vorstellungen über die „Person“ und über die Kategorie der „Individualität“. Dazu Littlewood (2001, 28 f.):

„Solange wir nicht von einer universellen biologischen oder psychologischen Abnormalität ausgehen können, so lange muss der gesamte Kontext einer bestimmten Erfahrung und ihre jeweilige Bedeutung berücksichtigt werden, selbst wenn uns das in Bereiche aktueller Politik oder sozialer Strukturen führt [...] Die Bedeutung einer Krankheit für ein Individuum ist begründet – wenn auch nicht darauf reduzierbar – in dem Geflecht von Bedeutungen, die diese Krankheit in einer bestimmten Kultur hat: den mit ihr verbundenen Metaphern, den ethnomedizinischen Theorien, den Grundwerten, den Konzeptbildungen und den Versorgungsformen, welche Krankheitserfahrungen formen, genauso wie die Reaktion der Umwelt auf den Leidenden.“

In den traditionellen transkulturellen Ansätzen wurde die Universalität von Persönlichkeitsstrukturen konzeptualisiert, um dadurch eine Allgemeingültigkeit einzelner Klassifikationen von Störungen oder Hypothesen über Persönlichkeitsmerkmale nachzuweisen bzw. diese miteinander zu vergleichen. Die ethnopsychologische Perspektive erhebt dagegen den Anspruch, durch die Erfassung und Erklärung fremder Kulturen kulturgebundene Phänomene „von innen her zu erkunden“. Anliegen der kulturspezifischen Perspektive ist es, herauszufinden, *wie* kulturelle Faktoren die Emotionen beeinflussen. Hierbei kommt es zu divergenten Herangehensweisen: Bei der einen werden kulturspezifische Prozesse hervorgehoben, bei der anderen werden, wie im Falle der transkulturellen Psychiatrie, kulturvergleichende Kategorien von außen appliziert. Der Grundgedanke der ersten Herangehensweise ist, dass Verhaltens- oder Erlebensweisen immer durch kulturhistorische Prozesse und Strukturen geformt werden. Ihre Vertreter fordern eine Abkehr von der These, dass Bewusstseinsprozesse und -strukturen nach universell gültigen Prinzipien entstehen bzw. ablaufen, weil sich diese immer im Kontext verschiedener kultureller bzw. historischer Einflussfaktoren befinden und entwickeln. „Von daher gesehen, sollte man jede psychologische Theorie, jedes psychologische Modell, ja jede psychologische These hinsichtlich eines potentiellen ‚Ethnozentrismus‘ hinterfragen.“ (v. Quekelberghe 1991, 13) Gemeint ist damit auch das Hinterfragen impliziter selbstverständlicher Annahmen innerhalb ein- und

derselben Kultur, wie es sich auch in rezeptartigen Wissensbeständen der professionellen Handlungspraxis niederschlägt.

Die transkulturelle Perspektive zielt darauf, das Phänomen Krankheit bei Menschen aus anderen Herkunftskontexten, d.h. die spezifische Artikulation von Krankheit bzw. deren Symptome besser verstehen zu können. Eine Bandbreite von Arbeiten liegt vor, um das Wissen über fremde Kulturen, über Sozialisation und Wertesysteme zu erweitern. So gibt es – auf das Thema der vorliegenden Arbeit bezogen – ethnographische Studien über das Alltagsleben in anatolischen Dörfern, Beschreibung der Familienstrukturen und der moralischen Werte im Herkunfts- wie im Einwanderungsland¹⁰, die für das Verständnis von inter-, intragenerationeller und zwischengeschlechtlicher Beziehungsformen türkischer MigrantInnen herangezogen werden. Danach gilt es als Gemeingut, dass türkische MigrantInnen familien- und gemeinschaftszentriert sind, dass weniger Autonomie als vielmehr Kollektivorientierung, Gehorsam und Loyalität die Ziele der Erziehung seien. „Körpererleben und -ausdruck wurden von vielen in der Ordnung der anatolischen Kultur erlernt, in die der einzelne eng eingegliedert ist. Diese agrarisch und islamisch geprägte Kultur trennt weder das Individuum von der Gemeinschaft, noch die Psyche vom Körper.“ (Leyer 1991, 67) In der transkulturellen Perspektive werden Kenntnisse aus anderen Ländern herangezogen um kulturelle Andersartigkeiten und Besonderheiten sichtbar zu machen und damit die Relation bzw. die Wechselwirkung von „Affekt und Kultur“, von „Körper und Kultur“ zu erschließen.

In Theorie wie Praxis trifft man allerdings auf Konzepte, die auf normativen Vorstellungen von Kultur basieren. Mittels dieser Konstruktionen wird das „Fremde“ im Gegensatz zu bekannten Krankheitsbildern als kulturell gebunden klassifiziert (das türkische Kopfschmerzsyndrom) und anhand bestimmter kultureldifferenter Symptome kategorisiert. D.h. die Kulturdifferenz steht aus dem Blickwinkel des Differenzmodells im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses, was schließlich dazu führt, dass weitere Stereotypen festgeschrieben werden.

In anderen Fällen wird die transkulturelle Perspektive im Wissen um die Begrenzung des eigenen, ebenfalls kulturell gebundenen Ansatzes dazu genutzt, eigene Konzepte und Kategorien kritisch zu überprüfen. In ihrer praktischen Arbeit mit MigrantInnen beschreibt Leyer (1991), wie hilfreich das Wissen für sie über eine andere Phänomenologie der Depression in Afrika war, da ihr dadurch ein besseres Verständnis für türkische ArbeitsmigrantInnen gelang. Demzufolge führt die durch die traditionelle, afrikanische Sozialisation kollektiv strukturierte Ich-Organisation bei Afrikanern zu spezifischen depressiven Erscheinungen. Das Böse bleibe außerhalb des eigenen „Ichs“; deswegen würden sich depressive Symptome in Form von Verfolgungsideen und soma-

10 Siehe hierzu Kleff 1985, Leyer 1991, Maurenbrecher 1984, Schiffauer 1991, Hess. Vereinigung für Volks- und Kulturforschung 1992.

tischen Beschwerden zeigen. Im Unterschied dazu habe ein westlicher depressiver Patient das ihn quälende Böse in seinem Über-Ich und er verfolge sich selber mit Vorwürfen.

Für ein interkulturelles Verständnis verweist Tuna (1988) auf die angebliche Divergenz von internalisierenden und externalisierenden Kulturen in Deutschland einerseits und in der Türkei andererseits. Bei Ersterer liege das Gewicht auf der Internalisierung von Eigenverantwortlichkeit mit dem Ergebnis starker Moralanforderungen, bei der Letzterer werde die Einhaltung gesellschaftlicher Regeln durch eine rigide, externe Kontrolle gewährleistet. Dies schränke zwar den Spielraum des Einzelnen ein, führe aber andererseits zu einem stärkeren Bewusstsein von Verbundenheit und Gemeinsamkeit (zit. nach El Hachimi u. Schlippe 2000).

Relevant für die Frage nach der Lebensgeschichte und einer davon sich sowohl abhebenden als auch mit ihr verwobenen Körpergeschichte, also für die Klärung des Zusammenhangs von Leben und Krankheit, sind insbesondere die Ausführungen von Littlewood (2001). Er verweist auf die Gefahr der in westlichen Ländern weit verbreiteten psychologischen Ansichten über sog. „Reifungsstadien“ psychischer Entwicklung, wie etwa die Differenzierungsgrade des Selbst. Er unterstreicht damit, dass Annahmen bzw. Ideen über die Person im Zusammenhang mit kulturellen und gesellschaftlichen Krankheitskonzepten stehen. So kreierte die cartesianische Vorstellung des Selbst die Vorstellung, dass der Körper der Sitz des Selbst sei. Und im Sinne eines individuierten Selbst gelte der Körper als Ort des Krankseins, der durch individuelle Konstitution, Geschichte und Persönlichkeit geprägt ist. Deswegen fungiere er bei Störungen als geeigneter Ansatzpunkt für Interventionen.

„Im Gegensatz dazu ist in zahlreichen traditionellen Gesellschaften die zentrale Einheit nicht der Körper der einzelnen Person, sondern die Gemeinschaft, insbesondere die Familie, quasi als ein gemeinsamer Körper. Dieser ist dann nicht nur der Locus für das, was wir quasi als ‚Psychopathologie‘ bezeichnen, sondern selbst körperliche Symptome erklären sich aus der Beziehung der Einzelnen zu anderen. Eine Störung im Körper drückt demnach eine Disharmonie der sozialen Ordnung aus und die geeignete Behandlung ist daher eher somatisch oder moralisch und weniger psychologisch.“ (Ebd. 32)

Diese Auffassung widerspricht der Ansicht vom „undifferenzierten Selbst“ oder eines niedrigen Individuationsniveaus (beschrieben bei Leyer 1991, 69) in nichtwestlichen Gesellschaften – also auch in der türkischen Gesellschaft –, und sie verdeutlicht, dass es sehr unterschiedliche Kriterien der Selbstentwicklung und -differenzierung geben kann.¹¹ Auch Fişek und Schepker (1997) betonten die Bedeutung von Familie als Vermittlungsinstanz zwischen Kultur und Individuum. Ausgehend von einer wechselseitigen Entwicklung von Kultur,

11 Zur transkulturellen Diskussion über Entwicklung des Selbst siehe Kağıtçıbaşı 1996.

Familie und Individuum konzeptualisieren sie eine „Mehrebenen-Systemanalyse“. Unter Rückgriff auf Roland (1988) und zur Fundierung einer kontextsensiblen Perspektive führen sie begriffliche Beschreibungen ein, um das Selbst und die Beziehungen aus verschiedenen kontextuellen Standpunkten heraus zu betrachten. Sie unterscheiden ein „Familien-Selbst“ gegenüber einem „individualistischen Selbst“. Das Familien-Selbst beziehe sich auf eine innere Organisation von Frauen und Männern, die sie befähige, sich innerhalb intimer hierarchischer Beziehungen, der erweiterten Familie, der Gemeinschaft und anderen Gruppierungen gut zu funktionieren. Das individualistische Selbst beziehe sich auf eine innere psychologische Organisation, die das Funktionieren in einer auf Autonomie beruhenden Gesellschaft ermögliche, wo es als selbstverständliche Alltagsorientierung gelte, egalitäre Beziehungen entwickeln zu müssen. Das „Familien-Selbst“ und das „individualistische Selbst“ repräsentieren Ausprägungen unterschiedlicher Beziehungsstile. Demnach stehe das auf die Familie bezogene Selbst für den Beziehungsstil „Intimität durch Verbundenheit“. Dies bedeute, dass das Individuum sich seiner ihm zugeschriebenen familiären und sozialen Nische anpasst, in der die beziehungsmäßige Einbettung Vorrang hat. Der Beziehungsstil der „Intimität durch Autonomie“ ist gleichsam durch einen Vertrag zwischen autonomen Personen bestimmt. Somit ist in dem einen Fall Nähe als vorgegeben akzeptiert, im anderen Fall wird sie durch Aktivität erst hergestellt (vgl. ebd. 400).

Um diese menschlichen Basisdimensionen herum formieren sich auf verschiedenen Kontextebenen Verhaltensweisen, deren Ausprägungen sich auf einem Kontinuum einer „Beziehungsethik“ bewegen, die von Individualismus/Getrenntheit bis zu Kollektivismus/Bezogenheit reichen (vgl. ebd., 399). Demnach beruhen verschiedene Kulturen nicht auf völlig divergenten Prinzipien, sondern sie entwickeln entlang der eigenen soziohistorischen Bedingungen und Bewältigungsanforderungen ihre jeweils eigenen Ausprägungen von psychischen und sozialen Organisationsformen, von denen der Beziehungsstil mit dem jeweiligen Grad der Bezogenheit eine davon ist. Auf die Türkei bezogen beschreiben Fişek und Schepker die soziale Struktur in der traditionellen türkischen Gesellschaft als hierarchisch und autoritär: „Rollenbeziehungen sind klar strukturiert und gegenseitige Verpflichtungen klar definiert. Hierarchie beruht auf Respekt ebenso wie auf Macht und Statusunterschieden. Interpersonale intime Beziehungen auf jeder Ebene der Hierarchie umfassen einen hohen Grad an Gegenseitigkeit und Teilen, so dass die Beziehungsethik eine von Bezogenheit und gegenseitiger Abhängigkeit ist“ (ebd. 401).¹² In ihren Forderungen nach einer Kontext-Bewusstheit in der (familien-)therapeutischen Arbeit mit MigrantInnen betonen die AutorInnen somit den Gegensatz zwischen der Beziehungsbetonung und dem Aspekt der sozialen Interaktion auf der einen und individualisierenden und intrapsychischen Konfliktmodellen auf der anderen Seite, die die psychopathologischen Objektivierungskategorien und personalen Reifungs- und Identitätsmodelle unterschiedlich prägen.

12 Vgl. hierzu ausführlicher Kağıtçıbaşı 1990, 1996.

So könnte der Beziehungsstil „Intimität durch Verbundenheit“ auf große Nähe und Verstrickung und auf eine daraus resultierende defizitäre Selbststruktur in Gestalt eines Mangels an Autonomie hinweisen. Eine solche Vorstellung von einer „Entwicklungsstopp“ sei jedoch eine irrtümliche Anwendung eines ‚westlichen‘ Wertschemas auf eine nichtwestliche Kultur. Dem halten die Autorinnen Folgendes entgegen:

„Das Individuum differenziert sein Identitätsgefühl so, daß es zu einer bestimmten Position im hierarchischen System paßt, mit den Rechten und Pflichten, die dieser Position zugeschrieben sind, so daß diese Rollenklarheit eine Basis für relativ getrenntes Selbstsein darstellt. Jenseits der Rollen bildet der hohe Grad an emotionaler Eingestimmtheit auf ‚significant others‘ die Basis des Zusammengehörigkeitsgefühls, d.h. es besteht eine Interdependenz zwischen starker Hierarchie und hoher Nähe.“ (Ebd. 402)

In der transkulturellen Perspektive wird eine kontextsensible Herangehensweise eingefordert, die die Bedeutung von unterschiedlichen Beziehungsstilen wahrnimmt, ohne sie von professioneller Seite aus von einem normativen Entwicklungs- und Individuierungsmodell als defizitär zu bewerten. Auch fremdartig erscheinende Symptompräsentationen und kulturbedingte Krankheits- und Körperkonzepte können zu einer Diskrepanz zwischen den Krankheitstheorien des Arztes und der psychosozialen Experten einerseits und denen der PatientInnen und KlientInnen andererseits führen. Um diese zu vermindern wurde in der ethnowissenschaftlichen Diskussionen der Begriff des „kulturspezifischen Syndroms“ geprägt, dass sich sowohl auf kulturspezifische Ausdrucksformen des Leibes wie auf die sprachlichen körperbezogenen Metaphern bezieht.¹³ Der Beitrag der Anthropologin und Familientherapeutin Krause zur Diskussion über die „soziale Konstruktion von Gefühlen“ macht den Zusammenhang zwischen dem Entstehen von Gefühlen in der Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt anschaulich. Ausgehend von einer Untersuchung in der nordindischen Völkergruppe der Punjabis arbeitet Krause (1993) die Bedeutung und Bedeutungsentstehung der Gefühls- und Körpermetapher¹⁴ heraus, wie sie in der Entschlüsselung des Begriffs „sinking heart“ zu finden ist:

13 Siehe hierzu Krause 1993, Schepker u. Eberding 1995, Pfeiffer 1992, 1995, Kleinman 1991, Zarifoğlu 1992, Zimmermann 1988.

14 Schepker u. Eberding (1995) führen das Beispiel des in der türkischen Sprache zur Anwendung kommenden „göbek düsmeñi“, des „Nabelfalls“, der einer Krankheitsbezeichnung aus der Volksmedizin entstammt und als eine mögliche Ausdrucksform von Kranksein, Leid und Unwohlsein innerhalb einer Gemeinschaft interpretiert und verstanden werden kann. „Die Last des Lebens, die Arbeit wird zu schwer, der Körper, der ganze Mensch ist zu schwach diese Last zu tragen und das Zentrum, der Schwerpunkt des Körpers – eben der ‚Nabel‘ fällt.“ (85)

„Sinking heart is simultaneously a way of conceptualizing heart symptoms and a way of expressing and communicating sadness. The illness is caused by heat which in turn may be caused by thinking too much about oneself and withdrawing from social relationships [...] Western psychiatrists or psychologists may be inclined to consider these notions as false beliefs or as symbolic or metaphorical statements.“

Dabei handelt es sich nach Krause nicht nur um verinnerlichte kognitive Komponente, die im Zusammenhang mit der Kultur stehen, sondern

„they also incorporate emotional components, which themselves are culturally constructed. The ‚sinking heart‘ complex sums up a cultural theme for Punjabis which focuses on the culturally constructed need for social and kinship confirmation and status in the community, and associates this with physical sensations in the chest.“ (Ebd. 49)

Krause betont damit nicht nur die kulturelle Prägung und Konstruktion der sprachlichen Metaphorik und der kulturellen Organchiffren, sondern erklärt, dass die Gefühle selbst im sozialen Kontext entstehen, d.h. von den Mitgliedern einer sozialen Gruppe in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt konstruiert werden und untrennbar mit spezifischen Körpergefühlen verbunden sind. Man benutzt nicht nur andere Worte für gleiche Gefühle, sondern im kulturellen Kontext entstehen auch situationsspezifisch andere Gefühle. D.h. die Gefühle, die zu einer sprachlichen und körperlichen Ausdrucksgestalt führen, sind nicht universalistisch zu entschlüsseln. Sie müssen im Wissen um die kulturellen Lebensnotwendigkeiten erschlossen werden, aber immer auch im Wissen darum, dass sie in interaktiven Konstruktionen neu entstehen. Zu kritisieren ist aber, wenn die Individuen als kulturell determinierte Entitäten angesehen werden oder wenn die Kultur als ein übergeordnetes geschlossenes Ganzes angenommen wird, das unabhängig von den Individuen existiert, die sie konstituieren (vgl. ebd., 50).

Mit diesem sozialanthropologischen Denkansatz tritt Krause an die Professionellen in transkulturellen Versorgungskontexten heran und fordert die Akzeptanz von Heterogenität und Bedeutungsvielfalt. Denn nur wenn man Kontexte versteht, wird man die Individuen verstehen, die in diesen Kontexten leben oder gelebt haben, ihre Beziehungen und die kulturellen Deutungsmuster, mit deren Hilfe sie der Welt Sinn abzugewinnen suchen (Krause 2001).

Bemühungen, die Kultur als Interpretationshintergrund miteinzubeziehen, sind zahlreich, gleichwohl widersprüchlich in der Art und Weise, *wie* sie die „Kultur“ konzipieren – als statisches Ganzes oder als immer wieder neu herzustellendes, kontextabhängiges und in Bewegung befindliches Sinngefüge. Annahmen über Kulturdifferenzen fördern einerseits eine Sensibilisierung für andere kulturelle, historische, politische und personale Welten, die in Relation und lebendiger Interaktion subjektive und kollektive Krankheitskonzeptionen herausbilden; andererseits verfestigen sich mit der kulturdifferenten Perspektive (auch positive) Stereotypen und professionell untermauerte Klischeebil-

der über „die Gruppe der Fremden“.¹⁵ So führen Annahmen oder Erkenntnisse über *die* türkische Familie oder auch implizite Annahmen über die Migration „an sich“ mehr zu einer Zuschreibung als zu einer Erschließung und Rekonstruktion des Prozesses, wie diese Dimension erfahren wurde und welche Bedeutung sie zu welchem Zeitpunkt in der Lebensgeschichte hat. Auch bei scheinbar ähnlicher kultureller Herkunft sind Lebensgeschichten immer einzigartig in ihrer besonderen Verknüpfung von Kulturellem und Individuellem in der biographischen Bearbeitung der spezifischen Anforderungen. So warnt Collatz nicht etwa aus biographietheoretischer Sicht, sondern allein schon vom medizinsoziologischen und versorgungsstrukturellen Standpunkt aus vor einer Entdifferenzierung und Partikularisierung von Migrationsfolgen: „Die Verschiedenartigkeit kultureller und sozialer Sozialisationsbedingungen, von Bildungschancen, Zugängen zu kulturellen Subsystemen wie der medizinischen Versorgung, biographischer Verankerungen, z.B. in familiären Systemen, von Wert- und Ehrbegriffen, von Rollenauffassungen und -ausübungen, die Unterschiedlichkeit der Migrationsprozesse und ihrer Verarbeitung, Lebenschancen und -gestaltung im Aufnahmeland sind als extrem unterschiedlich einzustufen. Diese Varianzen übertreffen um ein Vielfaches die Unterschiedlichkeit der Lebensstile und die der sozialen Ungleichheit der deutschen Bevölkerung.“ (Collatz 1998, 27) Von den „AusländerInnen“, „den Migran-

15 In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen Simmels (1968) in seinem Exkurs über den Fremden hingewiesen. Er richtet mit seinem Beitrag die Perspektive auf die Wechselwirkung von Typisierungen, wie der Fremde in einer spezifischen Relation von Nähe und Entfernung durch die aufnehmende Gesellschaft in seiner Fremdheit konstruiert, definiert und damit seiner Individualität beraubt wird. Diese Einheit von Nähe und Entfernung gehe zu Lasten der Individualität des Fremden, da er als Angehöriger einer bestimmten Gruppe typisiert wird. In der Figur des Fremden wird die spezifische Relation des nicht gänzlich Unbekannten und als solchem zu Typisierenden aufgegriffen. Damit thematisiert Simmel die Paradoxie des Ethnisierungsvorgangs, bei dem der Fremde von der Aufnahmegesellschaft gerade dadurch zum Fremden gemacht wird, dass sich die Gesellschaft als bekannt und nah definiert (siehe hierzu die Diskussion von Apitzsch 1999, S. 7-12). Die Konstellation von Nähe und Entfertheit, indem Fremden der Charakter von Objektivität zugeschrieben wird, kommt nach Simmel im abstrakten Wesen des Verhältnisses der aufnehmenden Gesellschaft zu sich selbst und gegenüber dem Fremden zum Ausdruck, „d.h. darin, dass man mit dem Fremden nur gewisse allgemeinere Qualitäten gemein hat, während sich das Verhältnis zu den organischer Verbundenen auf der Gleichheit von spezifischen Differenzen gegen das bloß Allgemeine aufbaut“ (Simmel 1968, 768). Dieses angesprochene Spannungsverhältnis von Distanz und Nähe einer durch die Mehrheit definierten Andersheit des Fremden, das einer faktischen Enteignung gleichkommt und in der Gefahr steht einen gläsernen Fremden (Apitzsch 1991) zu kreieren, setzt fast hundert Jahre später ein kritisches Augenmerk auf die im medizinischen und psychosozialen Kontext wahrzunehmenden Bemühungen, so differenziert wie möglich die Andersartigkeit von Menschen ausländischer Herkunft kategorial fassen zu wollen.

Innen“ und „der Kultur“ zu sprechen, würde keinem Individuum, seiner Subjektivität und der bestehenden Heterogenität gerecht werden.

Betrachtet man die Forschungspraxis, findet man sowohl kulturbezogene als auch kulturdifferente Ausrichtungen in den Fragestellungen. In der medizinischen und psychosozialen Praxis fließen Erklärungsansätze auf der Basis von Referenz- und Differenzkonzepten ineinander. Den Differenzannahmen entsprechend werden in der Praxisforschung Anstrengungen unternommen, Unterschiede durch die kulturelle Herkunft zu erklären und sie anschließend als migrationsspezifische Symptome zu klassifizieren. So erklärt der Psychiater Ete (1990, 148), es sei wichtig zu erkennen, „daß sich die einzelnen Nationalitäten nicht nur erheblich in ihrer Charakterstruktur, sondern auch hinsichtlich ihrer psychischen Reaktion unterscheiden.“¹⁶

In der Auseinandersetzung mit kulturell Anderem dominieren im medizinischen Diskurs die Versuche, „fremdartiges“ Krankheitsverhalten zu definieren: Teusch (1984) weist beispielsweise aus psychiatrischer Sicht darauf hin, dass Leid im Mittelmeerraum „primär und elementar als körperlich erlebt“ werde (zit. aus Koch 1997). In kleinasiatischen bäuerlichen Subkulturen werde Krankheit „als ein im Umfeld des Menschen existierendes selbständiges Sein“ aufgefasst. Es dringe in den Körper ein und be falle ihn ganzheitlich. Dementsprechend reagiere der menschliche Körper mit allgemeinem Vitalitätsverlust, Erschöpfung und fast immer mit Schmerzen (ebd.). Begriffe wie „kulturelle Identität“ und „Ethnizität“ haben einen hohen Stellenwert bei dem Versuch, Differenzen zu benennen und sie medizinisch zu kategorisieren (vgl. Köhler 1994, Ete 1987, Schröder und Täschner 1989). Täschner (1989 zit. in: Koch 1997b) glaubt, bei „südländischen Rentenantragstellern“ ein „weitgehend einheitliches Syndrom, bestehend vor allem aus Schmerzen, Schwindel, Kraftlosigkeit, Vergesslichkeit, Reizbarkeit, Schwunglosigkeit und Schlafstörungen“ festgestellt zu haben, dem keine psychopathologische Bedeutung beigemessen werden könne. Erklärt wird dieser „psychogene Symptomkomplex“ mit belastenden Arbeitsbedingungen, fehlenden Mechanismen der Konfliktbewältigung in der Migration, kultureller Tradition entsprechenden Versorgungswünschen und leichter Auslösbarkeit des „Gefühls körperlicher Krankheit“ durch abwertend als „Bagateltraumen“ bezeichnete Ursachen (ebd., 53).

16 Ete (1990) unterscheidet in seinem Erfahrungsbericht als niedergelassener Psychiater die Krankheitsbilder von Italienern, Griechen, Jugoslawen und Türken. Während er bei Italienern von Alkoholismus und abnormen Erlebnisreaktionen spricht, gelte für Türken Folgendes: Bei den Männern seien abnorme Erlebnisreaktionen, Erregungszustände, Primitivreaktionen, reaktive Depressionen und somatische Beschwerden, bei türkischen Frauen häufige „Selbstmordversuche und -gesten, reaktive und larvierte Depressionen“ und eine „neurotische Veranlagung“ festzustellen. (Ebd., 151)

Wurde der Medizin und Psychologie in der Debatte um die fachkompetente Versorgung von MigrantInnen oftmals der Vorwurf der kulturellen Abstinenz gemacht (Nestmann u. Niepel 1993), so gibt es, wie im Vorhergehenden gezeigt werden sollte, auch die andere Seite der Medaille, wenn die Kultur als entsubjektivierende Erklärungsdimension herangezogen wird und in der Praxis gesellschaftlicher und medizinischer Institutionen zum Tragen kommt.¹⁷

Fernando (2001) spricht angesichts solcher subjektiv wie gesellschaftlich verankerten Deutungsmuster von einem „institutionellen Rassismus“¹⁸, der in allen professionellen Provenienzen (Psychiatrie, Sozialarbeit, klinische Psychologie, Psychotherapie) zu finden sei.¹⁹ Als fester und unreflektierter Be-

17 „Die Fokussierung der Unterschiede kann den Prozessen der ‚Fremd‘- sowie ‚Selbsethnisierung‘ und Kulturalisierung dienen“ (Mecheril, Miandashti, Kötter 1997, 569).

18 Zu dieser Debatte siehe Attia et al. 1995.

19 In seinen Ausführungen über die Geschichte des Rassismus in Psychiatrie und Psychologie bezieht sich Fernando auf Mythen und Forschungen von: Bean (1906) und dem Mythos, dass das Gehirn Schwarzer kleiner sei als das von Weißen, dass Asiaten, Chinesen, Afrikaner und amerikanische Ureinwohner psychologisch gesehen „pubertäre Rassen“ seien (Hall 1904). So votierten im 19. Jahrhundert Psychiater für die Erhaltung der Sklaverei und belegten angeblich mit Statistiken, dass die von der Sklaverei befreiten öfter von Geisteskrankheit betroffen wären. (Thomas u. Sillen 1972) Der Psychiater Kraepelin, beobachtete 1904, dass depressive Javaner nicht unter Schuldgefühlen litten und schloss daraus, dass diese ein psychisch unterentwickeltes Volk seien, verwandt mit dem unreifen Teil der europäischen Jugend (Kraepelin 1921). Durch die Vermischung von Kultur und Rasse sei es zu einer rassistischen transkulturellen Einschätzung gekommen, die auch später noch transkulturelle Beobachtungen in der Psychiatrie prägten. So wurde angesichts der Tatsache, dass Afrikaner offensichtlich seltener an Depressionen erkrankten, dies auf ihr „verantwortungsloses“ und „gedankenloses Wesen“ zurückgeführt (Carothers 1953). Freud forderte, dass die „Führung der menschlichen Spezies“ von den „weißen Nationen“ im Gegensatz zu den „Primitiven“ übernommen werde solle, zu denen für ihn die Melanesier, Polynesier und Malaien, die Ureinwohner Australiens, Nord- und Südamerikas und die „Negerrassen Afrikas“ gehörten (nach Hodge u. Struckman 1975). Die These, dass Schwarze im Vergleich zu Weißen stark unterentwickelt seien, taucht aber auch in modernen Theorien auf. Beispielsweise wird in einer weltweit durchgeführten Studie (Leff 1981) aufgeführt, dass Afrikaner und Asiaten, ebenso schwarze Afrikaner im Vergleich mit Europäern oder weißen Amerikanern eine minder entwickelte Fähigkeit zur Gefühlsdifferenzierung besitzen. Damit wird – so Leff – belegt, dass Schwarze in der historischen Entwicklung emotionaler Differenzierung, also in einem „evolutionären Prozess“ (ebd., 65-66) zurückstehen. Bei der Analyse der aktuellen psychiatrischen Praxis ist, nach Fernando, *dieser* eklatante Rassismus nicht mehr zu beobachten, er existiere aber dennoch und zwar in Gestalt eines „institutionalisierten Rassismus“. Dieser wird schon in den Ausbildungsgängen und Lehrinhalten vermittelt, der das Vertrauen in die Überlegenheit von Wissen und Methoden ihrer speziellen Disziplinen im Vergleich zu dem Wissen von Menschen nicht westlicher Kulturen untermauert. „Das reiche Wissen über die menschliche Psyche, das den Philoso-

standteil einer sog. Fachkenntnis präge diese moderne Form des Rassismus die Praxis auf eine spezifische Art und Weise, in dem eurozentristische Analyse- und Bewertungsverfahren benutzt werden, um psychologische Profile und Diagnosen zu erstellen, die nichtwestliche Lebensvorstellungen, Problemlösungen, Überzeugungen und Gefühle nicht berücksichtigen: „es folgt eine ‚Behandlung‘ mit dem Ziel der Akzeptanz von ‚Wirklichkeit‘, ohne das Problem gesamtgesellschaftlich zu orten.“ (Ebd. 81) Wie zutreffend diese Aussage Fernandos ist, verdeutlicht die ethnisch stigmatisierende Diagnose, wonach der Ausdruck von Beschwerden und Leid mit der Kategorie des sog. „Mittelmeersyndroms“ oder „Morbus Bosphorus“ zugleich bagatellisiert und ironisiert wird: „Aussagen wie ‚demonstratives Fehlverhalten‘, ‚Aggravation‘, oder sogar ‚Simulation‘, die sich häufig in den Rentenakten finden, pathologisieren und diskriminieren in der Mehrzahl der Fälle kulturtypische Beschwerdedarstellungen“ (Koch 1999, 38 Hervorh. i.O.). Die von Koch kritisierte, ethnozentrische Degradierung und der von Fernando beschriebene „institutionalisierte Rassismus“ spiegelt sich dort wider, wo Angehörige ausländischer Herkunft in ihren Anliegen und Äußerungsformen auf die kulturelle Herkunft festgelegt und reduziert sowie aufgrund von Mentalitätsannahmen gruppenspezifisch stigmatisiert werden. In der um das Thema „Migration und Krankheit“ herum geführten Diskussion finden sich eine Reihe explizit, aber auch implizit stigmatisierender Theorien, die manchmal mehr, manchmal weniger deutlich werden, da sie, wie in Koch (1999) zitiert, in elaboriertem Fachjargon auftreten. Mittels einer fachlichen Technisierung in der interkulturellen Praxis werden dann auch durch die Konstruktion von Kultur andere Prozesse der Wirklichkeitserzeugung systematisch ausgeblendet und die Wirklichkeit vereinfacht (Mecheril 2002a). Implizite kulturkonstrierende Degradierungen finden sich im medizinischen und psychosozialen diagnostischen Vokabular, in normenzentrierten Zuschreibungen, im kulturalistischen Reduktionismus und in defizitären Zuschreibungen und noch impliziter: durch die stilisierende und restringierende Praktik von Normalisierung (vgl. ebd.).²⁰ In diesen Zu-

phien und Religionen fernöstlicher und afrikanischer Kulturen zu entnehmen ist, gilt jenem der westlichen Kultur als unterlegen bzw. dies wird sogar als ‚primitiv‘ abgewertet. Hinzu kommt, dass der in der Ausbildung von Professionellen institutionalisierte Rassismus in der Regel unkritisch als fester Bestandteil psychiatrischer und psychologischer ‚Fachkenntnis‘ betrachtet wird.“ (Fernando 2001, 80)

- 20 Hierzu ein Beispiel: Im Behandlungskontext einer stationären psychosomatischen Rehabilitation für türkische PatientInnen spiegeln sich die Normalitätskonstruktionen der Dominanzkultur in der psychologischen Diagnostik wider. So wird in dem Bericht über die PatientInnen Folgendes behauptet: erschwerte Verständigungsbedingungen führten zu einem erhöhten Risiko von Entlassungen aufseiten der türkischen MigrantInnen, was wiederum ein dissimulatisches Verhalten in Bezug auf das Krankheitserleben begünstige. Ein häufig bestehender Remigrationswunsch verhindere die Inanspruchnahme von Rehabilitationseleistungen und die sprachlichen Barrieren von MigrantInnen verweise diese auf die Familie als Enklave ethnischer Identität. Die klinische Erfahrung mündet in

schreibungen und Normalitätskonstruktionen werden differenztheoretische Voreinstellungen gegenüber kultureller Herkunft deutlich. Überbetont wird der Unterschied zwischen den Kulturen, was in eine angeblich objektivierbare Kategorienbildung mündet:

„Es interessiert nicht, *wie* in einem bestimmten sozialen Raum oder einer Situation vor dem Hintergrund gesellschaftlicher, institutioneller und kultureller Vorgaben kulturelle Differenz erzeugt wird, sondern das Differenzprodukt ist von Interesse. Dieses rückt, abgelöst von den kontextspezifischen Bedingungen seiner Produktion, als Unterschied und nicht als Unterscheidung in den Blick. Kulturelles Missverstehen wird damit als naturwüchsige (gesetzmäßige) Dynamik vorgestellt, die vom Ort der Kommunikation weitestgehend unabhängig zu sein scheint.“ (Mecheril 2002a, 200)

Unterschiede innerhalb der verschiedenen Gruppen werden ausgeblendet; so werden alle z.B. alle Türken als untereinander gleich, aber von allen Deutschen verschieden klassifiziert. Nicht zu übersehen ist in dieser Dichotomisierung eine hierarchisierende Zuschreibung: die Bevorzugung des westlichen Autonomieideals und die Entwertung einer „östlichen“ Norm der zwischen-

eine Verhaltensdiagnostik, in der bei türkischen PatientInnen eine sog. „Kausalattributionen“ in Gestalt externaler Zuschreibungen und eine fatalistisch-passiven Haltung konstatiert wird (vgl. Glier, Tietz, Rodewig 1999, 185-189). Dies kann als beispielhaft dafür angesehen werden, wie diagnostische Vorüberlegungen zu normabweichenden Verallgemeinerungen führen und in kollektive Verhaltenszuschreibungen münden. Den o.g. Ausführungen entsprechend werden hier die kulturgebundenen Lesarten der Diagnostiker zu Familie und zu den Vorstellungen von Selbst und Individualität deutlich. Im Herausarbeiten einer scheinbaren Gruppenmentalität geht dieser ethnisierenden Perspektive die Offenheit für die Geschichte und das Gewordensein der Personen verloren. Die Frage, wie das Leben erlebt wurde und welche Bedeutung die Selbstdeutungen als biographische Bearbeitungsstrategie haben, spielt keine Rolle. Eine kritische Anmerkung zu dem Begriff der „Enklave der ethnischen Identität“: Im sozialwissenschaftlich-gerontologischen Diskurs wird durch Dietzel-Papakyriakou (1993, 148 f.) auf die spezifischen Kompetenzen hingewiesen, die sich gerade durch eine Migrationsbiographie entwickelt haben. Die aus dieser Arbeit entstandenen geragogischen Empfehlungen gehen davon aus, dass, entgegen vielen Annahmen, die die „Ghettosituation“ als ein Zeichen für Desintegration deuten, diese im gerontologischen Diskurs als „ethnische Insulation“ bezeichnete Lebensform eine wichtige Schlüsselfunktion für die soziale Integration und biographische Kontinuität darstellt: „In der ethnischen Insulation der Arbeitsmigranten ist eine relativ hohe soziale Homogenität vorhanden. Dort entstehen migrationsspezifische Normen und Rollenerwartungen, die als der Versuch bewertet werden, zur Gestaltung einer eigenständigen sozialen Existenz und zur gesellschaftlichen Integration zu finden. Zufriedenheit ergibt sich aus dem Verfügen über Handlungsmöglichkeiten unabhängig davon, ob diese auch faktisch in Anspruch genommen werden. [...] Ethnische Insulation schützt in diesem Sinne vor sozialer Devianz und Etikettierung.“

menschlichen Bezogenheit. „Aus *getrennt aber gleichberechtigt* wird *getrennt und ungleich*“. (Fişek u. Schepker 397, Hervorh. i.O.)

Problematisierungen und Konzeptualisierungen der Versorgungspraxis

Die Problemlage

Schon die enorme Menge an psychosozialer und medizinischer Fachliteratur zum Thema „Migration und Krankheit“ rückt einen Zusammenhang ins Blickfeld, der sich dadurch als mehr oder minder selbstverständlich durchgesetzt hat. Der Fokus auf den Zusammenhang von Krankheit und Migration dokumentiert ein aktuelles Problem im Krankheits- bzw. Gesundheitswesen. Im verkürzten Verständnis der Schlagworte entsteht der Eindruck, dass Migration krank macht oder machen kann. Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass das Kranksein von MigrantInnen ein besonderes Problem ist und/oder dass kranke Migrantinnen für das zur Verfügung stehende Versorgungssystem bzw. für die Betroffenen selbst aufgrund mangelnder Versorgung ein Problem darstellen. Hierzu stellen Nestmann u. Niepel (1993, 21) fest:

„Seit mehr als 35 Jahren leben Arbeitsmigranten verschiedener Nationalitäten und ihre Familien in der Bundesrepublik Deutschland. In dieser Zeit hat sich in vielen Lebensbereichen für sie einiges verändert, eines nicht – die Situation ihrer psychosozialen Versorgung. Sie war und ist ein karges Gebiet inmitten einer sonst fruchtbaren deutschen Versorgungslandschaft.“ (21)

Fast 10 Jahre später wurden in einer Umfrage der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Patienten ausländischer Herkunft in Deutschland nach wie vor gravierende Defizite bei der psychiatrischen Versorgung dieses Klientels deutlich. Koch (2000, 2002) kommentiert dies folgendermaßen: „Diagnostische und therapeutische Unsicherheiten aufgrund von Kulturdifferenz und schlechte sozioökonomische Verhältnisse wurden von der Hälfte der Einrichtungen als therapieerschwerend angeführt.“ (2002, 168) Des Weiteren hat Koch (1997) aufgrund der Auswertung zahlreicher Sozialgerichtsgutachten in Rentenverfahren eine Aufmerksamkeitszentrierung auf rein organmedizinische Befunde festgestellt: „Hinweise zur psychischen Befindlichkeit fanden sich selten, in differenzierter Form nur vereinzelt in wenigen nervenärztlichen Gutachten. Auch Angaben zur biographischen Anamnese vor der Migration fehlten weitgehend. Differenzierte Angaben zur sozialen Situation und Arbeitsbiographie nach der Migration waren ebenfalls rar.“ (Ebd., 37)

Collatz (1999, 52) verweist aufgrund empirischer Untersuchungen auf die als unbequem ignorierte Tatsache hin, dass die medizinische Versorgung für

Migranten in Deutschland noch nicht ausreichend gesichert ist, insbesondere bei psychosomatischen und psychiatrischen Leiden (siehe auch Collatz 1995 2001, Hegemann 1998, Koch 1998, Marschalck u. Wiedl 2001).

Zeitgleich wird in der Literatur immer wieder auf die zunehmenden psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, verbunden mit Ängsten und depressiven Störungen bei MigrantInnen hingewiesen. Zahlreiche Praxisstudien zeigen jedoch, dass bei MigrantInnen trotzdem keine frühzeitigen psychosomatischen und psychiatrischen Behandlungen eingeleitet wurden und das Behandlungsfeld selbst auch nur defizitär dafür ausgestattet sei. Stattdessen spricht man von einer Medikalisierung durch die körperliche Symptompräsentation (Collatz 1998). Ete weist darauf hin, dass bei nicht autochthonen PatientInnen die mühsame Erfragung der Vorgeschichte oft unterlassen und damit eine verkürzte Diagnose gestellt würde (vgl. Ete 1990, 149).

Sowohl in qualitativen und quantitativen Studien²¹ wird auf Unterschiede der Präsentationen von Leiden zwischen der Gruppe der Einheimischen und der der Zuwanderer hingewiesen. Symptome treten häufiger in Form von Schmerzen auf, und sie werden eher ganzkörperlich empfunden. Allorts finden sich Hinweise, dass die im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung angenommenen höheren sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen in überhöhtem Ausmaße somatisiert werden. Gemeint ist damit, dass eine psychische Komponente im körperlichen Erleben der PatientInnen im Vordergrund stehe, eine Behandlung sich demnach auf die Psyche einer Person beziehen müsse. Mithin spielt das Psychische als Dimension von Entstehung und Verlauf einer Krankheit und des sich Krankfühlers in der Diskussion und Forschung um die Erkrankungen bei MigrantInnen eine große Rolle. Deswegen werden mit dem Thema Migration und Krankheit schon in der alten Tradition der „Nostalgie“, des sog. Heimweh Schmerzes (vgl. Castelnuevo u. Risso 1986), immer auch körperliche und seelische Leiden verbunden.

Mit dem Anwachsen multikultureller Anforderungen wird von Seiten der Medizinsoziologie von den Professionellen im medizinischen und psychosozialen Bereich die Auseinandersetzung mit dieser Problematik gefordert. Denn die besonderen Erlebnis-, Leidens- und Diskriminierungserfahrungen spielten gerade beim ausländischen Patienten eine Rolle. „Wegen der gewachsenen Anforderungen sollten niedergelassene Ärzte und andere Versorgungsinstitutionen die Tendenzen des Zustroms und wesentliche Aspekte der Lebenssituationen und Wertsysteme von Migranten in Deutschland und ihres kommunalen Einzugsbereich kennen.“ (Collatz 1998, 24) Dagegen zeigt sich in den sozialmedizinischen Studien von Collatz, dass professionelle Helfer zu

21 Die Ergebnisse einer ethnomedizinischen und epidemiologischen Untersuchung mit quantitativen und qualitativen Methoden ergaben, dass mit einer formalen Befragung nur simple Krankheitsphänomene festgestellt werden konnten. Sie entsprachen den vorgegebenen und dominanten medizinischen Kategorien. Die gravierendsten Krankheitsphänomene konnten nur anhand qualitativer Untersuchungen beschrieben werden (Kroeger, Koen, Weber, Streich 1986 zit. in Collatz 1998).

den Erlebenswelten von MigrantInnen oftmals keinen Zugang finden. Der Grund sei nicht nur in der sprachlichen Verständigung, sondern in einer ethnozentristischen Haltung zu suchen. „Die Krankheitsauffassungen der Migranten und die primäre Versorgungssituation verhindern auch häufig einen rechtzeitigen Zugang zur notwendigen psychosozialen oder psychotherapeutischen Behandlung. In der Zwischenzeit werden die Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden, die Gestörtheit und das Unwohlsein der Migranten häufig somatisiert.“ (Ebd., 53)

Angesichts der besonderen Problematik der medizinischen Versorgungssituation etablierte sich ein breites Forschungs- und interdisziplinäres Kooperationsnetz, das zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften und einer interessierten und engagierten Fachöffentlichkeit aus dem klinischen, psychosozialen und universitären Bereich geführt hat. Im medizinischen und psychosozialen Alltag werden die Professionellen zum einen immer mehr mit der transkulturellen Problematik in der Versorgungspraxis konfrontiert und zum anderen werden entsprechend den gestiegenen Anforderungen nach fachlicher Kompetenz spezifische Einrichtungen konzeptualisiert und institutionalisiert. In diesem Kontext entstand 1992 ein Modellprojekt zur transkulturellen psychosomatischen und psychiatrischen Behandlung in Marburg.

Das Ziel der stationären Arbeit war eine integrative Diagnostik und Therapie somatischer und psychischer Beschwerdebilder unter Einbeziehung des kulturellen Hintergrundes und der Migration. Dennoch mussten aufgrund des medizinisch-diagnostischen Verweisungskontextes und der von außen Einfluss nehmenden Agenturen (respektive Krankenkassen) psychiatrische Kategorisierungen beibehalten werden. Die Bemühungen wurden dann darauf konzentriert, psychopathologische Objektivierungen möglichst kultursensibel zu differenzieren.²² Dabei wurde ein standardisierter migrantenspezifischer Anamnesebogen entwickelt, um den in den Krankengeschichten bisher ausgeblenden Migrationshintergrund so gut wie möglich anamnestisch zu erheben.²³ Daraus folgte – trotz der Absicht, den sozialen und biographischen Prozess zu berücksichtigen – im Verlauf der Behandlung eine Subsumption unter das kontextgebundene psychiatrische Diagnoseschema.²⁴

22 Vgl. hierzu auch die Untersuchung im Rahmen einer medizinischen Dissertation über türkische Schmerzpatienten Strate 1999.

23 Vgl. hierzu die veröffentlichten Anamnesebögen in: Strate, 1999; zu einer weiterentwickelten Variante vgl. Koch 1999.

24 „Das Klientel besteht hauptsächlich aus türkischen Migranten der ersten Generation, wobei im Vordergrund stehende Krankheitsbilder allgemeine Erschöpfung- und uncharakteristische Schmerzzustände, depressive Entwicklungen und organbezogene Symptome wie Herzsensationen und Kopfdruck sind. Psychiatrisch diagnostisch lassen sich die Beschwerdebilder am ehesten den affektiven-, somatoformen, dissoziativen- und Anpassungsstörungen zuordnen.“ (Strate 1999, 3; vgl. auch Steffen u. Koch 1995)

Aber sowohl in der klinischen Behandlung als auch im ambulanten Versorgungssektor entwickelten sich neue Ansätze oder wurden bereits etablierte Denkansätze in Bezug auf eine interkulturelle Praxisreflexion und -realisation erweitert.

Transkulturelle Anforderungen und Konzeptionalisierungen in der Praxis

Die auf psychoanalytischer Theoriebildung basierenden psychosomatischen Erklärungsmodelle betrachten und analysieren das konflikthafte Erleben von Menschen nach den zugrunde liegenden intrapsychischen Konflikten eines Individuums auf der Basis psychoanalytischer Entwicklungs- und Reifungsmodelle.²⁵ In der interkulturellen Praxis kommen dagegen mehr und mehr systemische Denk- und Therapiemodelle zur Anwendung²⁶, die den kulturellen, individuellen und interaktionellen Konstruktionen Aufmerksamkeit widemen und die Reflexion der dialogischen Praxis ins Zentrum stellen. Die systemische Denkweise zielt auf eine Kontextualisierung von problematischen Lebenslagen und subjektiven Krankheitstheorien und nimmt vor allen Dingen den Bereich der Kommunikation als sozialen Austausch und den darin entstehenden Konstruktionen eines gemeinsamen Sinns ins Blickfeld. Es wird versucht, das Spannungsfeld zwischen der Fokussierung der Person und der Fokussierung der Situation in einer systemischen Mehr-Ebenen-Analyse von Kultur-Familie-Individuum aufzulösen. Die Person wird nicht von der sie beeinflussenden und (mit-)strukturierenden Umwelt abgekoppelt, die wiederum durch die Person konstituiert wird. Die Sprache als Mittel für und Produkt von Konstruktionen ist in diesem Ansatz das Kernstück und bildet eine Klammer zum hermeneutischen Verständnis der interpretativen Sozialforschung. In dieser Hinsicht ist das systemische Denkkonzept, neben den Differenzen gegenüber dem biographietheoretischen Konzept hinsichtlich Lebensgeschichte und Narrationen²⁷, eine anschlussfähige Perspektive zum Verständnis sprachlicher

25 Hanses (1996, 73-85) arbeitet die unterschiedlichen Konzeptionen des Biographischen in der Psychoanalyse im Unterschied zum biographietheoretischen Konzept der Lebensgeschichte heraus. Die Biographie selbst sei – so Hanses – nie selbst Gegenstand theoretischer Reflexion geworden, sondern diene mehr als Folie, um an die oftmals in der Kindheit liegenden psychischen Konflikte und deren Verdrängungen zu gelangen.

26 Seit 1997 gibt es eine mehrjährige Weiterbildung für interkulturelle Therapie und Beratung in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Institut für Therapie und Beratung.

27 In Beiträgen zu systemischen Ansätzen in Beratung und Therapie wird zwar insbesondere bei Hegemann (1998, 2001) aufgefordert, Erzählungen (narratives) über Bedeutungen (meaning) eine zentrale Position beizumessen. In der Biographieanalyse wird allerdings zwischen sprachlichen Figuren wie Argumentationen, Beschreibungen, Berichte und Erzählungen zum Zwecke eines heuristischen analytischen Potenzials unterschieden. Sicherlich wäre hier an eine fruchtbare wechselseitige Ergänzung zu denken, wie sie bei Gallisch, Schlippe, El Hachimi (2002) angedeutet wird: „stärker narrativ-biografisch ausgerichtete und

Bedeutungs(re)konstruktionen (Mead 1969, Oevermann 1983, Rosenthal 1995a), da im Kern eine Übereinstimmung über die Entstehung und Veränderung von Orientierungs- und Deutungsmustern im Kreuzungsbereich von Person und Gesellschaft besteht. Denn die sozialphänomenologische Grundannahme ist, dass alles Wissen in der Lebenswelt entsteht und als solches intentional und intersubjektiv ausgerichtet und sozial konstruiert ist. In der sozialphänomenologischen Tradition von Mead stehend betonen Berger u. Luckmann (1993) die orientierende Funktion des fraglosen Alltagswissens und legen den Blickwinkel auf den Prozess, *wie Wirklichkeiten hergestellt werden*, im Gegensatz zur der Annahme, dass wir eine objektive Wirklichkeit vorfinden. Für die transkulturelle Perspektive erweist es sich als nützlich, die im Symbolischen Interaktionismus durch Mead (1934/1998) begründete Bedeutung des „generalisierten Anderen“ als Form des In-Beziehung-Setzens zu kulturell verankerten und interaktiv sich herstellenden Repräsentationen heranzuziehen. Eine Anschlussfähigkeit des wissenssoziologischen Ansatzes von Berger u. Luckmann und des Symbolischen Interaktionismus von Mead zum systemischen Denkansatz ist meines Erachtens in dem interaktionistischen Grundgedanken der Herstellung von und Teilhabe an sozialen Welten zu sehen, in denen immer, gemäß der hermeneutischen Grundannahme, beides zum Ausdruck kommt: das gesellschaftlich gemeinsame Wissen und die individuellen kreativen Modifikationen in der Bearbeitung von Problemstellungen.²⁸ Folgerungen für die Biographieanalyse finden sich in der methodologischen Konzeption, dass Biographien einem ständigen Konstruktions- und Rekonstruktionsprozess unterliegen und so biographische Ereignisse und Verarbeitungen ständig neu reflektiert und bearbeitet werden. Die perspektivische Verbundenheit erweist sich darin, dass sowohl im sozialwissenschaftlichen Forschungskontext, als auch im systemischen Beratungs- und Therapieansatz davon ausgegangen wird, dass die im Fokus stehenden „Fälle“ (Personen, Familien, Gruppen, Organisationen) durch Interaktion und Kommunikation konstituiert werden und sich durch Narrationen darstellen, deren Text nicht nur als Träger von Information (im Sinne einer anamnestischen Datenerhebung), sondern als soziale Konstruktion von Wirklichkeiten auf mehreren Ebenen kontextueller Einflussfaktoren zu interpretieren sind. Somit geht es in

stärker systemische Interventionen können sich auf vielfältige und konstruktive Weise verbinden.“ (Ebd., 610)

- 28 Vgl. Oevermann 1991 u. Gadamer 1986. Einen Brückenschlag zwischen der in der Tradition der wissenssoziologischen und interpretativen Sozialforschung stehenden Biographieanalyse und dem systemischen Denkansatz stellt folgender Kerngedanke des wissenssoziologischen Ansatz und der daraus resultierenden Forschungspraxis her: Die wissenssoziologische Perspektive untersucht „diesseits von Konstruktivismus und Realismus die Frage [...], wie Handlungssubjekte – hineingestellt und sozialisiert in historisch und sozial entwickelten Routinen und Deutungen des jeweiligen Handlungsfeldes – diese einerseits vorfinden und sich aneignen (müssen), andererseits diese immer neu ausdeuten und damit auch *erfinden* (müssen).“ (Reichert u. Schröder 1994, 60; Hervorh. i.O.)

beiden Perspektiven um ein Verstehen manifester und latenter Sinngehalte und darum, eine gelingende Verständigung herzustellen. Eine im systemischen Denkansatz gründende Konzeptionalisierung hierfür findet sich bei Hegemann (2001), dessen Überlegungen zu den Grundvoraussetzungen transkultureller Arbeit, Beratung, Behandlung und Therapie im Folgenden behandelt werden.²⁹

Hegemann arbeitet mit einem Kulturkonzept, in dem Kultur mit dynamischen, gesellschaftlichen und historischen Kontexten verknüpft wird. Demzufolge ist Kultur als eine Summe gemeinsamer Sichtweisen einer Gruppe oder Gesellschaft zu den unterschiedlichen Bereichen des Lebens in Abhängigkeit von den Lebenswirklichkeiten der betroffenen Menschen anzusehen. Hegemanns Modell lehnt sich dabei an den sozialen Konstruktivismus von Gergen (1993, 1999) an und fasst diesen für die Konzeptionalisierung der interkulturellen Praxis durch folgende Grundannahmen zusammen:

- Wir konstruieren unsere Wirklichkeiten gemeinschaftlich, und die Sinnhaftigkeit dieser Konstruktionen beruht auf sozialen Konventionen, die sich im Laufe der Zeit ändern.
- Die Worte, mit denen wir unsere Wirklichkeiten kommunizieren, erhalten ihre Bedeutung durch ihren sozialen Gebrauch (Wittgenstein). Dieser ist abhängig von den Umwelten, in denen wir uns bewegen: städtischer oder ländlicher Lebensraum, Alter, Geschlecht, Familienorganisation, Religion, Erziehung und Ausbildung, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Status, Hautfarbe, politische Ausrichtung, sexuelle Orientierung, Migrationshintergründe etc.
- Unsere Aussagen über uns, über andere oder die Welt beruhen auf einer vorher bestehenden Sprache.
- Diese Sprache basiert auf Beziehungen, die über lange Zeit gepflegt wurden.
- Gedanken, Gefühle, Interaktionen oder Erfahrungen sind uns nur möglich, weil wir an einer kulturellen Geschichte teilhaben, die uns mit einer Sprache als Werkzeug ausstattet, die uns erst erlaubt unsere Welt zu konstruieren.

Hegemann befindet sich mit diesem Ansatz im konstruktivistischen Paradigma, wonach unser Wissen nicht die objektive Wirklichkeit beschreibt, sondern „unsere Bemessungs- und Beurteilungskriterien zum Ausdruck bringt und Auskunft über soziales oder kulturelles Referenzsystem gibt.“ (Ebd., 118) Wissen ist demzufolge weniger ein Ergebnis des Suchens und Findens, sondern eines Erfindens und Konstruierens.

Hegemann hebt aus systemischer Sichtweise – vergleichbar mit der biographietheoretischen Grundannahme – den Homologieschluss auf, dass das

29 Die folgenden Ausführungen orientieren sich an den Ausführungen Hegemanns 2001; ergänzend hierzu: El Hachemi, Schlippe, 2000; Gallisch, Schlippe, El Hachimi, 2002; Güç 1991; Oesterreich 1988, 2001, 2002.

Gesprochenes jeweils die objektive Wirklichkeit wieder gebe. Beide Ansätze gehen mithin davon aus, dass im Sprechen Wirklichkeit konstruiert wird, das Erzählen über das eigene Leben als ein soziales Produkt zu betrachten ist.

Biographietheoretisch stellt sich die Frage: *welche Funktion und Bedeutung hat eine Erzählung vor dem Hintergrund der durchlebten Lebensgeschichte?* Ziel ist die Rekonstruktion der biographischen Konstruktionen, die als Ausdruck von Bewältigung der Anforderungen im Lebensverlauf zu sehen ist. Ähnlich wie das biographietheoretische Verfahren akzentuiert eine systemische Denkweise insbesondere die Versprachlichungen erlebter Erfahrungen und die sich darüber herstellenden Interaktionssituationen. Beispielsweise geht man – analog zum offenen biographischen Konzept – nicht davon aus, dass das Problem in der Wanderung bzw. Einwanderung liege, sondern in den Beschreibungen, die darüber erzeugt werden. Demnach geht es insbesondere in der Arbeit mit multikulturellen Systemen darum, nach Beschreibungen zu suchen, die in diesen Systemen vorgenommen werden und diese daraufhin zu befragen, welche Landkarten und welche Muster sie reproduzieren (vgl. El Hachimi u. Schlippe 2000, 4). Hegemann – selbst im psychiatrischen Kontext arbeitend – knüpft in seiner Konzeptualisierung an die sozialanthropologische Denkschule des Psychiaters Kleinman (1987, 1988) an, der auf die Entstehung unterschiedlicher Sichtweisen über Krankheiten, Krisen und Konflikten in unterschiedlichen Kulturen hinweist. Als relevant für den vorliegenden Forschungsgegenstand halte ich folgende Ausführungen Hegemanns:

- Unterschiedliche kommunikative Prozesse, so etwa Erklärungen und Bezeichnungen führen zu unterschiedlichen Umgangsweisen mit spezifischen Problemen wie Krankheit, Krisen, familiären oder anderen Beziehungskonflikten.
- Alle Behandlungsansätze wie Therapien, Operationen, Pflege, Medikamente oder diesbezügliche Rituale oder Ratschläge haben einen Einfluss auf den Verlauf von kommunikativen Beziehungen. Die Gewichtung und Bewertung dieser Ansätze variieren zwischen den unterschiedlichen Kulturen.
- Die Ergebnisse der Behandlung wie Heilung, Misserfolg, Rückfall, Chronizität, Behinderung oder Beziehungsabbruch resultieren aus einer Interaktion zwischen körperlichen, sozialen und psychischen Dimensionen, sie sind in erheblichem Maß kulturabhängig (vgl. Hegemann 2001, 118).

Denkansätze, wie die vorangestellten, verlassen erklärtermaßen universalistisch orientierte Konzepte, deren medizinische Diagnose- und Klassifizierungskategorien auf ethnisierenden Kategorien beruhen, wie sie beispielhaft in Sprachfiguren wie „südländische Patienten“ zum Ausdruck kommen. Ihre Begrifflichkeiten dienen zur Konzeptualisierung einer kontextsensiblen und mehrdimensionalen Analyse- und Begegnungshaltung. Man geht nicht von einem Vorab-Erklärungsrahmen aus, also z.B. davon, dass ein bestimmtes Lebensereignis, wie eine Migration, per se pathogen ist. Vorstellungen von Fremdheits- und Krisenerleben, die auf einer entindividualisierenden Annah-

me über Kulturdifferenzen oder über den sog. Kulturschock beruhen, sowie die vorherrschenden Ideen über Normalbiographien sind obsolet. Im interkulturellen Versorgungsbereich kann nur von einer Gemeinsamkeit auf Seiten der Migranten ausgegangen werden: Sie haben eine je individuelle Migrationsgeschichte. Zur Würdigung der Einzigartigkeit dieser Geschichten favorisiert Hegemann (1998) in seinem Denkmodell Erzählungen – Narrationen – über unterschiedliche Bedeutungen, denn expertenhafte und ethnozentristische Sichtweise führen zu Missverständnissen über unterschiedliche Beweggründe, Antriebe und Motive, über „innere Landkarten“. In seinen Ausführungen über transkulturelle Krankheitskonzepte weist er auf die Notwendigkeit hin, die eigenen Positionen zu reflektieren und sich klar darüber zu werden, wie „wir“ über Normalität oder Gesundheit und über Abweichungen davon denken. Für die interkulturelle Therapie setzt er die Grundhaltung einer respektvollen Neugier voraus, die gemeinsame Suchprozesse ermöglicht: „eine Grundhaltung, die geprägt sein sollte von Respekt, Wertschätzung, teilnehmender Neugier nach der Suche nach lebhaften Lösungen und Empowerment, das die Defizit-orientierung hinter sich lässt und die Autonomie der Klienten fördert“ (ebd. 29). Sich in dem Beraterischen oder therapeutischen Setting „über prozeßhafte Entwicklung von Geschichten, Mythen, Erinnerungen in einem konkreten soziokulturellen und historischen Kontext auszutauschen, ist der zentrale Appell dieses Denkansatzes“ (ebd. 36).

In dem Maße, in dem die Bedeutung der Sprache im systemisch-konstruktivistischen Ansatz als Mittel zur Wirklichkeitskonstruktion und im transkulturellen Bereich zur Konstruktion von Krankheitskonzepten akzentuiert wird, wird in der interkulturellen Versorgungspraxis die „Sprache“ als Problem in der sprachlichen Verständigung angegeben. Die medizinische Versorgung begegnet zunehmend interkulturellen Herausforderungen, trotzdem zeigen Repräsentativuntersuchungen, dass für die zahlenmäßig wichtigsten Patientengruppen auf keine sprachlichen Kenntnisse zurückgegriffen werden konnten (Collatz 1998).³⁰ In einer Fragebogenaktion von Mecheril u.a. (2001, 300) kristallisiert sich die Sprache als zentrales Problem in der Arbeit mit MigrantInnen heraus. Dies deckt sich mit der kritischen Wahrnehmung einer nicht ethnozentrierten Fachöffentlichkeit, die den Mangel an „Muttersprachlichen“ Angeboten bemängelt. Trotzdem kommentieren Mecheril u.a. die allorts geäußerten Sprachprobleme unter dem Aspekt eines „Verdeckens im Offensichtlichen“, in denen sie die Fokussierung auf Sprachprobleme als Ausdruck einer mangelnden interkulturellen Kompetenz und einer Abwehr transkultureller Begegnungen in der professionellen Praxis sehen:

30 Praxismodelle mit qualifizierten Dolmetscherdiensten entstanden in den letzten Jahren im ethnomedizinischen Zentrum Hannover (hier wurden in den letzten Jahren 2800 Dolmetschereinsätze in 52 Sprachen von mehr als 400 Institutionen der medizinischen Versorgung angefordert; vgl. Collatz 1998). Im Bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin in München wurde ein Dolmetscher-Service aufgebaut, der von allen gesundheitlichen und psychosozialen Einrichtungen in Anspruch genommen werden kann (vgl. Hegemann 2002).

„Den – üblichen – Fokus auf ‚Sprache‘ möchten wir mithin hier auch als potenziellen Zug der Konstruktion und Verschärfung von Differenzen – zudem solchen, die faktisch und imaginiert auf Kosten der Nicht-Deutschsprachigen geht – darstellen. So, wie der lange Zeit als selbstverständlich angemessen erachtete Fokus auf ‚Kultur‘ heutzutage nicht mehr ohne Bezug auf ‚Kulturalisierung‘ – also jenem Konzept, das die Nutzung von faktischen und vorgestellten Kulturdifferenzen als Instrument der Bewahrung von Machtverhältnissen versteht – gedacht werden kann [...], so muss auch der Fokus der ‚Sprache‘ im interkulturellen Zusammenhang sich mit dem konstruktiven Verdacht der ‚Lingualisierung‘ auseinandersetzen. [...] Analog der Kulturalisierungsthese können wir in unserem Zusammenhang mithin zu bedenken geben, inwieweit der Bezug auf ‚Sprache‘ als Kennzeichen der unüberbrückbaren, zumindest Interaktion erschwerenden Verschiedenheit nicht jene Bedingungen, die die Interaktion tatsächlich erschweren, eher verschleiert als bezeichnet.“ (Ebd. 301)

Mit dieser kritischen Rezeption der Beschwerden der PraktikerInnen über die Verständigungsprobleme in der psychosozialen und medizinischen Handlungspraxis legen Mecheril u.a. (2001) im Sinne Hegemanns den Fingerzeig darauf, dass kulturell bedingte Missverständnisse oder Probleme, die auf kulturelle Differenzen zurückgeführt werden, nicht allein durch sprachliche Barrieren, sondern aufgrund unterschiedlicher, aber in der Interaktion nicht reflektierter Vorstellungen über Bedeutungen resultieren (vgl. Hegemann 2001). Anknüpfend an das Sprachproblemargument kann es zu durch die Majorität definierten Problemen und Schwierigkeiten kommen, die an der Unterschiedlichkeit der Sprache festgemacht werden. Mecheril u.a. (2001) gehen einen Schritt weiter, indem sie nicht allein bei der Unkenntnis der Professionellen oder bei der ethnozentrischen Verzerrung durch die Professionellen stehen bleiben, sondern sie kritisieren die strukturellen Mängel in der professionellen Qualifizierung, in der Kulturalisierung immer noch zum Inhalt der Ausbildung gehöre (hier findet sich eine Entsprechung zu Fernando 2001).

Migrations- und Krankheitserfahrung im lebensgeschichtlichen Prozess

Biographie und Krankheit

Dass die Lebensgeschichte in der Entstehung und im Erleben von körperlicher und seelischer Krankheit und Kranksein eine Rolle spielt bzw. spielen kann, ist zumindest seit Freud eine salonfähige Perspektive als Ergänzung eines biologistischen und symptomorientierten Medizinverständnisses von „Krankheit“ geworden. Der anthropologischen Medizin mit ihrem Begründer Weizsäcker (1956) haben wir eine Ergänzung zur psychoanalytischen Theoriebildung mit ihrer Zentrierung auf die frühkindliche Lebensphase und ihrer auf Verallge-

meinerung zielenden Abstraktion psychischer Strukturbildung zu verdanken.³¹ Weizsäcker betont in seinen Schriften die Geschichtlichkeit der gesamten Lebensgeschichte, ihre Entwicklung und die Entstehung von Krankheit und Krankheitsprozessen im Gegensatz zur Zeitlosigkeit des in der Psychoanalyse hervorgehobenen Unbewussten (vgl. Freud 1942, diskutiert in Hanses 1996, 78). In der anthropologischen Medizin steht nicht die Suche nach einem in der Kindheit entstandenen Grundkonflikt im Zentrum der Aufmerksamkeit und der prozesshaften Bearbeitung, sondern die Lebensgeschichte als eine eigenständige zu reflektierende und theoretisierende Dimension des Werdens und Veränderns.

Für Weizsäcker ist Krankheit nicht Ausdruck des Somatischen oder des Psychischen, sondern „das Wesen der Krankheit ist ein biographisches [...], darum kann auch die Erkenntnis der Krankheit immer nur ein biographisches sein“ (Weizsäcker 1956, 259; ausführlich diskutiert in Hanses, 1996, 67-114).

Hanses haben wir die Wiederaufnahme von Weizsäckers Theorie des „ungelebten Lebens“ für die soziologische Biographieanalyse zu verdanken. In seinen Ausführungen stellt er das heuristische Potenzial für eine biographieanalytische Betrachtung der Lebens- und Handlungsgeschichten überzeugend dar. In seinen empirischen Rekonstruktionen arbeitet er das „ungelebte Leben“ als ein die Lebenserzählungen, d.h. die Selbstdeutungen und die biographische Gesamtsicht steuerndes Thema in Biographien heraus, die durch Krankheitsverläufe gekennzeichnet sind. Das für die Gestaltung und Konstruktion biographischer Erlebniswelten relevante Thema des „ungelebten Lebens“ legt ein Augenmerk auf die Zeitlichkeit und damit Geschichtlichkeit von Biographien in den erlebten, antizipierten und sich wechselseitig durchdringenden Erfahrungshorizonten von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Als perspektivische Ergänzung findet sich bei Blankenburg (1989b) aus anthropologisch-psychiatrischer Perspektive die Bedeutung der Zukunft als konstitutive Potenz in der Lebensgeschichte. Beiden phänomenologisch-theoretischen Zugängen soll im Folgenden Aufmerksamkeit geschenkt werden, indem sie gegenstandsbezogen skizziert werden. Denn, wie die Analysen der im Zentrum dieser Arbeit stehenden Biographien gezeigt haben, lassen sich biographische Aussagen der interviewten Personen im Hinblick auf eine biographisch entworfene Zeitlichkeit verstehen, beispielsweise im Sinne einer erhofften oder vereitelten vergangenen Zukunft, die sich in der gegenwartsgebundenen Perspektive einer bilanzierenden Interpretation wiederfindet.³² Nimmt man die

31 Zur Diskussion des Ungeschichtlichen in Freuds Psychoanalytischer Theorie siehe Hanses 1996; aus psychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht siehe Blankenburg 1988, Zacher 1988, 83-91, Ricoer 1974, 77; zur Theoretisierung der Geschichtlichkeit der Lebensgeschichte siehe Binswanger 1923, Gadamer, 1967; aus der Perspektive der interpretativen Soziologie in Verbindung mit der anthropologischen Medizin und Psychiatrie siehe Hildenbrand 1988, 1989 und Rosenthal 2002b.

32 In einer deskriptiven Zusammenfassung arbeitet Maurenbrecher (1985) in seiner biographieanalytischen und ethnographischen Arbeit über „Die Erfahrungen der

Zukunftsperspektive in ihrer Bedeutung der für die Erschließung der Lebensgeschichte ernst, so geht es nach Blankenburg um die Relativierung eines bisher gewohnten genetischen Denkens, in dem sich die Gegenwart und erst recht die Zukunft als ein Resultat oder Produkt der Vergangenheit darstelle.

„Daraus ergibt sich, dass wir gewöhnlich – ohne weitere Reflexion – unser Ich als ‚so gewordenes‘ mit der eigenen Vergangenheit identifizieren, wogegen wir das Auf-uns-zu-Kommende als ein dem Ich Äußeres, d.h. Fremdes, empfinden. [...] Die eigenständige ‚konstitutive‘ Potenz des auf den Menschen jeweils Zukommenden wird demgegenüber zumeist vernachlässigt.“ (Ebd. 76 f.)

Blankenburg postuliert, dass, so sehr Phänomene auch auf Vorhergehendes verweisen, sich das menschliche Ich gleichermaßen aus dem Zukünftigen entfalte. Was bei Blankenburg wie eine autopoietische Denkfigur zum Ausdruck kommt, lässt sich auf die aktuellen Theorien und Forschungen zum Thema Flucht, Folter, Asyl und Trauma übertragen: Da Menschen, die durch kollektive oder individuelle Gewalt betroffen sind, inmitten einer unsicheren Gegenwart und einer als bedrohlich antizipierten Zukunft Schwierigkeiten haben, sich selbst und anderen ihr Leben zu erzählen und sich in einer (Lebens-) Geschichtigkeit zu positionieren, können ihre biographischen Selbstkonstruktionen prekär werden.³³

Eine komplementäre Sichtweise zur Bedeutung der Zeitlichkeit in der Lebensgeschichte bildet die Kategorie des „ungelebten Lebens“ von Weizsäcker; sie trägt ebenfalls zum Verstehen von Lebens- und Krankheitsprozessen bei.³⁴

Bei diesem Konzept geht es darum, die Biographie nicht auf die Erforschung der faktischen Vergangenheit zu reduzieren, sondern gerade das ins Auge zu fassen, was sich nicht ereignet hat, was nicht geschehen ist – das ungelebte Leben (vgl. Zacher 1985). Im Zusammenhang mit der Entstehung von Krankheit spricht Weizsäcker von dem „Unausgelebten“, den unterdrückten Gefühlen und den vernachlässigten Bedürfnissen der eigenen Person (1956, 249 f.). Die Unterdrückung der Gefühle geschieht nicht etwa im Vorgang der Verdrängung. Vielmehr sind diese Gefühle Resultat des gesamten Lebens und der darin wirkenden Gesellschaft. Spezifisch für Weizsäcker ist dabei nicht ein Suchen nach allgemeinen und kausalen Strukturen, die sich in einer Biographie, wie etwa in der theoretisierten und vom Einzelfall abstrahierten Auffassung eines Grundkonfliktes abbildet. Sein theoretisches Postulat gilt der Ein-

externen Migration“ aus den biographischen Aussagen Migrationsmotive heraus, wie etwa „kollektive Bilder, Sog und Faszination“, die „Suche nach Neuem“ und „konditionelle Ereignisverkettungen“ bis hin zu „traumhaft stilisiertem Besonderem“, als „persönliche science fiction“ in der Bedeutung der Befreiung aus der Sippe des Heimatdorfes (ebd., 379 f.).

33 Vgl. zu den Grenzen biographisch-narrativer Gesprächsführung bei Menschen in Situationen unsicherer Gegenwart und Zukunft Rosenthal (2002a).

34 Ausführlich diskutiert in Hanses (1996). Die folgenden Ausführungen lehnen sich gegenstandsbezogen an die Darstellung Hanses' an.

maligkeit und Einzigartigkeit jeder Lebensgeschichte, im Gegensatz zu einer an Allgemeinheit orientierten medizinischen Kasuistik. In der medizinischen Erhebung der Krankheitsgeschichte werde die Lebensgeschichte nur als sog. „Vorgeschichte“ einer Krankheit betrachtet und Ereignisse aus der Lebensgeschichte werden aus dieser Sicht als isolierte und krankheitsverursachende Faktoren interpretiert. Wenn das Wesen der Krankheit als ein biographisches aufgefasst wird, dann bezieht sich das Erkenntnisinteresse auf die Betrachtung einer „Gesamtbiographie“ und nicht auf einzelne Teile einer Lebensgeschichte. Damit werden die nicht ausgelebten Impulse, Ziele, Wünsche nicht als pathologische Handlung aufgrund einer individuellen Störung einer Person verstanden, sondern als biographischer Ausdruck eines gelebten und erlebten Lebensverlaufs.

„Aus Angst vor Konflikten werden Taten und Entscheidungen unterlassen und die entsprechenden Gefühle unterdrückt. Diese Konfliktvermeidung, die Verdrängung von Gefühlen und Impulsen, sind oft wichtige Bestandteile bei der Anpassung des Menschen an seine soziale Realität, die ihrerseits eine Unterdrückung zentraler Lebensbedürfnisse erfordert. Im Prozeß der sozialen Anpassung eines später somatisch erkrankten Menschen durfte sich das ‚ungelebte Leben‘ weder psychisch, geistig oder sozial äußern, sondern in dem unauffälligen körperlichen Prozeß. Die organische Erkrankung steht stellvertretend für die erstickten Impulse, und der körperliche Prozeß erweist sich als Äquivalent eines lebensgeschichtlichen Vorganges.“ (Hanses 1996, 101 f.)

Wenn im Verständnis v. Weizsäckers (1956, 249) die Krankheit ausschließlich als das Wirksame des Ungelebten und als Verwirklichung des Unmöglichen angesehen werden soll, dann sind es nicht die belastenden oder gar traumatischen Ereignisse innerhalb einer Lebensgeschichte, die im Prozess der Erkrankung wirksam sind. Das Nicht-Wahrnehmen von Möglichkeiten und das „Nicht-Gestalten“ oder aber, mit Blankenburg gesprochen, das einstmals „Gewollte“ und „Nicht-Gewordene“, rücken in der Analyse biographischer Konstruktionen in das Zentrum. Der Fokus auf das „ungelebte Leben“ als „das“ die Biographie strukturierende und potentiell in Krankheit zum Ausdruck kommende, blendet allerdings aus, dass schwierige bis traumatische Erlebnisse sich ebenfalls in Krankheitssymptomen manifestieren können. Dies gilt ebenso für Handlungen, die nachträglich sozial oder individuell als problematisch erlebt werden. Dabei kann es sich um Kriegshandlungen bzw. in Deutschland insbesondere um Täterschaften während des Nationalsozialismus handeln.

Im biographietheoretischen Konzept nach Rosenthal besteht konträr dazu gerade der Anspruch, individuelle und kollektive Traumata³⁵, aber auch Täterschaften zu recherchieren und sie hinsichtlich der Wirkungen auf individuelle

35 In der aktuellen psychoanalytischen Debatte spricht Bohleber (2001) von der notwendigen Historisierung und damit von der Anerkennung des faktisch Geschehenen, da es andernfalls bei alleiniger narrativer Bewältigung im Beziehungsgeschehen zu einer Retraumatisierung kommen kann.

Biographien oder generationelle Weitergabe zu untersuchen. Weizsäckers Betonung, dass „allein“ das Ungelebte und nicht das Gelebte in Krankheit wirksam sei, kann dennoch als eine heuristische Perspektive auf biographische Erzählungen und einen in seinen gesellschaftlichen und individuellen Wechselprozessen zu rekonstruierenden Lebensverlauf angesehen werden. Jedoch scheint mir die Gewichtung des „Ungelebten“ als zu einseitig und generalisierend. Sicherlich gibt es Biographien, in denen dies ein strukturbestimmendes Thema sein kann. Die Forschungen von Rosenthal (1990, 1999) zeigen jedoch auch, wie gerade Geschehenes und Erlebtes, im Familiendialog aber nicht Angesprochenes (wie etwa Familiengeheimnisse) biographiewirksam und steuernd sein können.³⁶

Bei biographischen Zugängen zu Krankheit und Kranksein bildet „das Körperliche“ einen spezifischen Aufmerksamkeitsfokus. Denn über den Körper wird im Falle somatischer Symptompräsentationen letztlich kommuniziert. Körperliches Leiden bestimmt die biographische Perspektive, aber Biographisches kann auch über die Leiblichkeit³⁷ artikulierbar werden (Fischer-Rosenthal 1999). Damit wird der kommunikative Prozess der Interpretation des gelebten Lebens durch die BiographInnen nicht nur in sprachlichen Selbstpräsentationen sichtbar, sondern der Körper, besser gesagt „der Leib“ als Zusammenführung von Körper und Seele, rückt als ein Ausdrucksfeld für biographische Konstruktionen ins Blickfeld. In seiner konzeptionellen Annäherung von Biographie und Leiblichkeit spricht Fischer-Rosenthal (1999) von biographischer Arbeit und „Artikulation des Körpers im Ausdrucksfeld des Leibes“. Körperlich-leibliche Phänomene werden somit nicht als körperliche Symptome an sich oder als eine Form zu interpretierender Äußerungen eines Menschen zu irgendeinem Zeitpunkt in seiner Lebensgeschichte beleuchtet, sondern die Art der Kommunikation „über sie“ und der inhärenten biographischen Interpretation, Reflexion und Bewertung. Sie werden als biographische Arbeit verstanden, als ein Wechselverhältnis zwischen erlebtem und präsen-

36 Rosenthal und ihre MitarbeiterInnen (1999b) haben in ihrer Drei-Generationen-Studie von Tätern und Mitläufern die Notwendigkeit aufgezeigt, dass gerade die Krankheiten in der Kinder- und Enkelgeneration erst verständlich werden vor dem Hintergrund der Familiengeschichte, also den Handlungen der Eltern und Großeltern und deren Kommunikation in der Familie. Ergänzend siehe hierzu auch die Arbeiten von Kötting 2004 und Loch 2006. Die drei hier genannten Familienstudien haben gezeigt, wie wertvoll das Heranziehen von historischen Dokumenten wie beispielsweise Mitgliedschaften in NS-Organisation, Akten vom Jugendamt oder Gerichtsdokumenten zur Rekonstruktion der (tabuisierten Anteile der) Familiengeschichte und ihrer Folgen sind.

37 Auf die konzeptionelle und philosophische Diskussion zur Differenz von Körper und Leib, auch im Sinne von Körper-Haben und Leib-Sein, kann hier nicht eingegangen werden. In „Biographie und Leib“ greift Fischer-Rosenthal (1999) diese philosophisch-phänomenologische Debatte auf.

tiertem Leben.³⁸ Für Fischer-Rosenthal gilt, dass Menschen ihre Welt und ihr Leben in dieser Welt mittels Biographie und Leib strukturieren. Und durch die soziologische Biographienanalyse kann die „strukturelle Kopplung“ zwischen körperlicher Artikulation im Ausdrucksfeld des Leibes und biographischer Arbeit rekonstruiert werden. „Krankheit als die Sprache des Leibes kann so biographie-rekonstruktiv entschlüsselt werden. Wenn Krankheit selber als Antwort, d.h. kommunikativer Anschluss des Leibes auf einen problematischen, zunächst nicht kommunikativ lösbaren Lebensverlauf aufgefasst werden kann, kann daraufhin weitere Kommunikation im Medium der Sprache stattfinden.“ (Fischer-Rosenthal 1999, 39)

Mit meiner Arbeit knüpfe ich konzeptionell an diesen biographisch-leiblichen Zugang an. Denn im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen Menschen, die eine diagnostizierte Krankheit, die subjektive Erfahrung von Krankwerden und Kranksein und eine individuelle Migrationsgeschichte erlebt haben, erleben und verarbeiten. In der Rekonstruktion der Biographien stellt sich die Frage, welche Bedeutung diese Dimensionen im Leben der Biographen haben und wie sie im Laufe des Lebens verarbeitet werden und zur Interpretation der Gegenwartserfahrungen beitragen. Ziel der Arbeit ist es, biographische Verläufe und Selbstdefinitionen zu rekonstruieren, in der die Erfahrung von Krankheit eingebettet ist. Damit ist die Absicht verbunden, die auf Diagnosen und Typisierung von Krankheit beruhende klinische psychiatrische Alltagspraxis mit sozialwissenschaftlich hermeneutischen Fallrekonstruktionen zu erweitern sowie das Leben und die Eigenperspektive darauf jener Personen aufzugreifen, die im medizinischen Versorgungskontext als medizinische „Fälle“ diagnostiziert und begutachtet werden.³⁹ Mit der sozialwissenschaftlich hermeneutischen Forschungspraxis sehe ich, im Gegensatz zur diagnostischen Außenperspektive, einen Zugang zur Innenperspektive der Betroffenen und ihrer geleisteten Lebenspraxis. Ich beabsichtige mich von professionstypischen Kriterien der Expertenverständigung und -prozessierung wie Anamneseleitfaden und/oder Störungsbildern zu entfernen. Entgegengesetzt zu den vielfachen impliziten Vorstellungen, dass Migration krank oder „vulnerabel“ mache (vgl. Collatz 1995), gehe ich erst einmal nicht davon aus, dass einzelne biographische Ereignisse, wie auch der Prozess der „Migration“ in einem kausalen Zusammenhang zu „Krankheit“ stehen. Gleichwohl können die biographischen Stränge auch nicht auseinanderdefiniert werden, da sie innerhalb eines lebensgeschichtlichen Prozesses stattfinden. Die Schwierigkeit kann sich im Prozess der Rekonstruktion folgendermaßen darstellen:

38 Auf die theoretische Differenz und die forschungspraktischen Konsequenzen, begründet in Rosenthal (1995), wird im nachfolgenden Kapitel ausführlich eingegangen.

39 In der medizinischen Verweisungspraxis wurde und wird die Orientierung an professionstypischen Objektivierungskategorien – im Kontext der Psychiatrie am geltenden internationalen Diagnoseschlüssel des ICD 10 (Weltgesundheitsorganisation 1993) – eingefordert.

- Um extern zugeschriebenen, evtl. aber auch von den Biographen selbst unterstellten Kausalitätskonstruktionen von Migration und Krankheit zu entgehen, muss ein solcher Zusammenhang erst einmal systematisch vernachlässigt werden
- Um zu einem integrativen Verständnis von der Entstehung von Krankheit, dem Kranksein und dem Erleben, Ver- und Bearbeiten eines Migrationsprozesses zu gelangen, gilt es beiden biographischen Strängen eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen und sie in der Art und Weise der Einbettung in die individuelle Lebensgeschichte zu rekonstruieren

Biographie und Migration

Die vorhergehenden Überlegungen rahmen auch den biographischen Zugang zum Phänomen der Migration ein. Unter einer biographietheoretischen Perspektive wird das Lebensereignis „Migration“ nicht aus der Lebensgeschichte herausgelöst, sondern dahingehend analysiert, welche Bedeutung die Migrationserfahrung im Hinblick auf die Gesamtbiographie hat und wie sie im fortlaufenden biographischen Prozess bearbeitet wird. Eine integrative Perspektive von Migration und Krankheit entspricht damit nicht der Kausalitätsannahme in dem Sinne, dass das eine auf das andere folgt (wie etwa „Migration macht krank“), sondern sie finden innerhalb eines biographischen Prozesses statt und werden in verschiedenen Phasen dieses Prozesses immer wieder neu bearbeitet und gedeutet, um für sich und andere die Ereignisse und das Erleben als sinnhaft zu präsentieren. Welche Lebensereignisse zu welchem Zeitpunkt im Leben welche Bedeutung haben und welche Erfahrungen wie verarbeitet werden, kann nur durch eine Rekonstruktion geleistet werden. Die Menschen, um die es geht und die als MigrantInnen bezeichnet werden, werden nicht auf das Lebensereignis Migration reduziert, es wird sich der gesamten Lebensgeschichte zugewendet, ihren Erfahrungen im Herkunftsland, den Beweggründen und dem Erleben des Weggehens, dem Ankommen und dem Erleben und Bearbeiten des Lebens im Ankunftsland. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen nicht die geographischen Wanderungen, sondern die für die BiographInnen relevanten Erfahrungswelten.

Zentrales Anliegen der Untersuchung ist demnach die fallspezifische Bedeutung einer Migrationsgeschichte und die des Krankwerdens und Krankseins in der Lebensgeschichte, nicht als linearer Verlauf, sondern in der komplexen Lebensgestaltung und -bearbeitung. Nicht die Fokussierung auf Migration als problematische Erfahrung (vgl. Maurenbrecher 1984) steht im Vordergrund oder die Analyse hinsichtlich notwendiger Individuierungserfahrung (vgl. Schiffauer 1991), auch nicht die Fokussierung auf Sprache und Identität (Ricker 1998). Migration wird nicht als eine zwangsläufige „biographische Diskontinuität“ angenommen, wie sie als Aufgabe des Individuums in der Moderne gesehen wird (vgl. Fischer-Rosenthal 1995, Breckner 2005) und wie sie möglicherweise gerade in Migrationsbiographien als Transformationsmodell gesellschaftlicher und kultureller Orientierungen abzulesen sei (von

Apitzsch 1991 formuliert als Lernbiographien „zwischen den Kulturen“). In der aktuellen biographienanalytischen Migrationsforschung findet ein Paradigmenwechsel zur Migrationsforschung der 70er und 80er Jahre statt⁴⁰, in der die Potenziale von Migrationserfahrung ins Blickfeld gerückt werden, im Gegensatz zu den bisherigen problematisierenden Zugängen von Migration. Diese neue Diskussion wird vor allem von Lutz (1991, 1999) mit der Analyseebene zu Potenzialen kultureller Identität in Abhebung zu defizitären Identitätskonflikten vorangetrieben (siehe auch Breckner 2005 u. Apitzsch 1991, 1999, 2003). Im biographieorientierten Diskurs zum Thema „Migration“ zeichnet sich die Tendenz ab, die Differenzbetonung der Aufnahmegesellschaft gegenüber den „Anderen“ zu Recht als eine stigmatisierende Außenperspektive zu kritisieren und mit ihren Forschungsansätzen diese handlungs- und erkenntnisleitenden Kategorien empirisch fundiert in Frage zu stellen (Breckner 1994, 2005, Lutz 1999). Durch einen grundlegenden Perspektivenwechsel im Verhältnis zum mainstream der Untersuchungen wird die Migration als Folie zur Identitätskonstruktion in einer lebenslangen biographischen Kontinuität herausgestellt. Die Normalitätskonstruktion im Sinne einer dauerhaften räumlichen und kulturellen Zugehörigkeit wird in ihrem kulturalistischen und differenzerzeugenden Konzept von Identität beleuchtet (siehe hierzu Apitzsch 1991, 1999, Breckner 2005, Lutz 1991, 1999).⁴¹

In der vorliegenden Arbeit distanzieren ich mich zum einen von Untersuchungen, in denen Migration in Verlustkategorien wie „Identitätsverlust“, „Identitätsdiffusion“ oder in den Kategorien eines identitätsstabilisierenden und destabilisierenden Werdensprozesses erforscht werden. Ich löse mich aber auch von der Fokussierung auf Emanzipations- und Lernprozesse in der derzeitigen biographischen Forschung und der Analyse kultureller Identität, in der Migration „als Angelpunkt der Definition“ (Lutz 1991) angesehen wird. Denn gemeinsam ist diesen Forschungen ein sich zwar im Laufe des Lebens verändernder, aber trotzdem die Perspektive strukturierender Identitätsbegriff. Rosenthal (1999) schlägt hierzu vor, sich vollständig von dem bisherigen, auch durch prozessuale Erweiterungen im Grunde nicht vollständig aufhebbaren, statischen Identitätskonzept zu verabschieden. Sie schlägt dagegen das Konzept der Biographie vor, da in dieser prozessualen Perspektive der Prozess des Gewordenseins in das Zentrum der Analyse rückt, während Identitätskonzepte immer durch Annahmen von Zugehörigkeiten und dem gegenwärtigen Sein unterlegt sind:

40 Ausführlich diskutiert in Breckner 2001. Vgl. auch zur Kritik der MigrantInnenforschung Westphal 1997. Eine weiter zurückliegende und kritische Rezeption der zurückliegenden und zeitnahen Migrationsforschung siehe auch Lutz 1986.

41 Lutz schlägt vor, Konzepte kultureller Identität durch Konzepte von Migrant*innenidentität zu ersetzen, in denen Emanzipation und Lernprozesse im Vordergrund stehen.

„Neben die in modernen Gesellschaften vorgefundenen multiplen Zugehörigkeiten treten die im Laufe eines Lebens wechselnden Lebensverhältnisse; weiter werden Zugehörigkeiten im Laufe gesellschaftlicher und biographischer Prozesse unterschiedlich relevant, treten in den Vorder- oder Hintergrund. Die Frage ‚wer bin ich?‘ ist zunehmend schwerer zu beantworten. Diese Schwierigkeit ergibt sich sowohl aus der Perspektive der Fremd- als auch der Selbstattribution. Bedeutet dies nun, dass Autobiographien, die durch Vielfältigkeit und wechselnde Zugehörigkeit geprägt sind, zu Identitätsdiffusion führen?“ (Rosenthal 1999, 23)

Für Rosenthal stellt sich über das Erzählen von Lebensgeschichten eine Gewissheit über das Gewordensein und über mögliche Diskontinuitäten her. Forschungspraktisch formuliert: Wann eine Zugehörigkeit „zu etwas“ zu einem Thema wird, ist nur durch lebens- und familiengeschichtliche Rekonstruktion zu verstehen.

Zusammenfassend lässt sich in der gesundheitswissenschaftlichen Debatte zum Thema Migration, Krankheit und Gesundheit und in der biographieorientierten sozialwissenschaftlichen Forschungsdiskussion eine gegenläufige Bewegung erkennen, die aus der jeweiligen innerdisziplinären Geschichte und einer kritischen Selbstevaluation zu verstehen ist: Im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs ist das Bemühen abzulesen, sich der bisher vernachlässigten medizinischen und psychosozialen Versorgung ethnischer Minoritäten zuzuwenden und Anforderungen und Konzeptionalisierungen für eine interkulturelle Praxis zu benennen. Im Bereich der Migrationsforschung, die die Erfahrungsperspektive von Individuen im Kontext von Migration untersucht, wird allein schon die Thematisierung von Migration im Zusammenhang mit Krankheit als ein „Zurück“ in die bundesrepublikanische defizitär orientierte Forschungstradition gesehen. Anders formuliert: Die biographisch orientierte Migrationsforschung kritisiert, meines Erachtens zu Recht, jene Forschung, die Migrationsbiographien unter dem Teilaspekt von „Migration und Krankheit“ betrachtet, weil damit ein selbstverständlicher Zusammenhang unterstellt wird. Gleichzeitig wird im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs angesichts der steigenden interkulturellen Anforderungen im medizinischen und psychosozialen Versorgungssektor eine dringend notwendig Kritik an der bisherigen Vernachlässigung dieses Themas artikuliert, da in der Vergangenheit eine universalistische und ethnozentrische Diagnostikpraxis zu Fehlbehandlungen führte. Um zu einem verstehenden Zugang für Körper- und Krankheitskonzepten von Menschen aus anderen Kulturkreisen und ihren subjektiven Bedeutungssetzungen zu gelangen, wird vom gesundheitswissenschaftlichen Standpunkt aus die Einbeziehung eines Migrationshintergrundes im Sinne einer Perspektivenerweiterung von „Kranksein und Migriert-Sein“ gefordert. Beide Standpunkte akzentuieren wesentliche Aspekte, wenn es um die Integration der Lebensgeschichten von Menschen geht, die beides erlebt haben oder erleben, verarbeiten und bearbeiten. Bei beiden Standpunkten besteht die Gefahr, dass nur die eine Dimension ins Blickfeld gerückt und die jeweils andere auszublendet wird.

Mit dieser Arbeit möchte ich einen Beitrag zu einem nicht kausalen, sondern integrativen und prozessualen Verständnis von Menschen leisten, deren Leben von Migrations- und Krankheitsprozessen geprägt ist. Durch die empirische Analyse von erzählten Lebensgeschichten möchte ich das erlebte Leben und die damit im Zusammenhang stehenden – bewussten oder nicht bewussten – biographischen Konstruktionen, die Selbstdeutungen über das vergangene gegenwärtige und zukünftige Leben und über die sie umgebende Lebenswelt rekonstruieren. Ich möchte damit jene Menschen, die im medizinischen Verweisungszusammenhang als Fälle objektiviert und kategorisiert werden, sich aber als für Forschung und Therapie ungeeignete „Fälle“ erweisen⁴², in Form von alltäglichen Stegreiferzählungen als Experten ihrer selbst zu Sprache kommen lassen. Ausgangspunkt *dieser* Arbeit sind Lebensgeschichten von Menschen, die migriert und krank geworden sind.

42 Formuliert in einer quantitativen medizinpsychologischen Pilotstudie (Strate 1999). Die Untersuchung verfolgte die Fragestellung der spezifischen Messung von Schmerzempfinden und die Frage, ob sich kulturelle Unterschiede im Schmerzverhalten und -erleben als messbar erweisen: „Trotz ausreichender psychometrischer Qualität kam bei der Datenerhebung der Eindruck auf, daß die Klientel zum Teil mit den Instrumenten überfordert war. Die Beschränkung der Instrumente liegt weniger darin, daß eine kulturelle Andersartigkeit nicht erfaßt wird, sondern vielmehr darin, daß der Bildungsgrad der Klientel die Aussagekraft der Instrumente begrenzt.“ (Ebd., 109). An anderer Stelle findet sich eine evaluative Aussage über die stationäre Behandlung türkischer MigrantInnen: „Je mehr psychotherapeutische Arbeit in den Vordergrund rückt, in der in und mit Beziehungen gearbeitet wird und in der Interaktion einen wesentlichen Wirkfaktor darstellt, desto weniger erscheint uns die Integration türkischer Patienten niederer sozialer Schicht für eine fruchtbare Arbeit ausreichend möglich.“ (Rödewig, Tasyürek, Tietz 2000, 195)