

1. Einleitung

„Verlassen sind wir doch wie verirrte Kinder im Walde. Wenn Du vor mir stehst und mich ansiehst, was weisst Du von den Schmerzen, die in mir sind und was weiss ich von den Deinen. Und wenn ich mich vor Dir niederwerfen würde und weinen und erzählen, was wüsstest Du von mir mehr als von der Hölle, wenn Dir jemand erzählt, sie ist heiss und fürchterlich. Schon darum sollten wir Menschen vor einander so ehrfürchtig, so nachdenklich, so liebend stehn wie vor dem Eingang zur Hölle“

(Aus einem Brief Franz Kafkas an Oskar Pollak, 8.11.1903, Kafka 1958: 19).

Weltweit wurde in den letzten Jahren ein steter Zuwachs an Depressionserkrankungen beobachtet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet unipolare Depressionen als eine der grossen Herausforderungen für die Gesundheit der Menschen und das Gesundheitswesen. Nach einer Studie der WHO waren im Jahr 2015 rund 322 Millionen Menschen betroffen, 4.4 % der Weltbevölkerung (WHO 2017: 8). Die WHO schätzt, dass die Depression bis zum Jahr 2030 weltweit die häufigste Krankheit sein wird – noch vor Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen (WHO 2008: 51). In der Schweiz erkrankt jede fünfte Person mindestens einmal im Leben an einer Depression (Schuler et al. 2016: 26). Laut den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 geben 6.5 % der Befragten an, an einer mittleren bis starken, und 22.2 % an einer schwachen Depression zu leiden (Bürli et al. 2015: 17). Da viele Depressionen nicht erkannt werden, wird die tatsächliche Erkrankungsrate noch deutlich höher eingeschätzt (Jost 2006: 7). Frauen erkranken weltweit doppelt so häufig an Depression wie Männer (Hell 2015b: 38). Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz, das das Bundesamt für Gesundheit im September 2011 veröffentlichte, veranschaulicht deutlich, dass die Prävalenz der Depression in der Migrationsbevölkerung höher ist als in der Schweizer Referenzgruppe. Migrantinnen sind zudem häufiger als Migranten von einer Depression betroffen. Darüber hinaus befinden sich erkennbar mehr migrierte Frauen als Schweizerinnen aufgrund einer Depression in ärztlicher Behandlung (Bundesamt für Gesundheit 2011).

Als das Bundesamt für Gesundheit die quantitative Studie publizierte, hatte ich bereits damit begonnen, mich mit den Lebensgeschichten von Migrantinnen aus Lateinamerika zu beschäftigen, die nach ihrer Migration in die Schweiz an einer Depres-

sion erkrankt waren. Dabei setzte ich mich insbesondere mit der Frage auseinander, welche gesellschaftlichen Faktoren sich negativ auf die psychische Gesundheit von Migrantinnen auswirken und eine Depression mit auslösen können. Ein weiterer Schwerpunkt meiner Untersuchung lag auf der Subjektivität von Depression. Ich wollte die Depressionserkrankung aus der Eigenperspektive der betroffenen Migrantinnen erfassen. Als ich mich dazu entschlossen hatte, Depressionen bei Migrantinnen in einem gesellschaftlichen Kontext zu untersuchen, war ich mir der eingangs erwähnten Fakten nur vage bewusst. Im Hinblick darauf, dass in der Schweiz Migrantinnen häufiger unter Depressionen leiden als der Rest der Bevölkerung und dazu qualitativ-sozialwissenschaftliche Forschungen fehlen, besitzt das Thema Depressionserkrankungen in der Migration am Beispiel lateinamerikanischer Migrantinnen sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Relevanz.

Depressionen¹ sind mit einem enormen Leiden für die Betroffenen und ihre Angehörigen verbunden. Depressionen wirken sich auf alle Lebensbereiche der psychisch Erkrankten aus und können zu grossen Beeinträchtigungen im Alltag, Beruf und in Beziehungen führen. Depressionen haben auch grosse Auswirkungen auf die Gesellschaft. „Eine Depression umfasst, beeinträchtigt, ja bedroht den gesamten Menschen in seinem körperlichen Empfinden, seinem Denken, seiner Gestimmtheit, in seinen Gefühlen, in seinen Bezügen zur eigenen Person, zum aktuellen Umfeld, zur eigenen Vergangenheit und Zukunft“, konstatiert der Psychiater Manfred Wolfersdorf (2011: 2). In ihren tiefsten und schwersten Ausprägungsformen wirkt sich eine Depression auf das Denken und Erleben der Betroffenen derart aus, dass diese über ihr eigenes Leid nicht mehr hinauszuschauen vermögen und den Glauben an sich, an ihre Umwelt, an Hilfsmöglichkeiten und an die Zukunft verlieren (Wolfersdorf (2011: 5). Die Leitsymptome der Depression sind gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Interesseslosigkeit und Antriebslosigkeit. Eine Depression wird deshalb laut dem Psychiater Daniel Hell auch als erlebte „Losigkeit“ bezeichnet (2015b: 19). Eine Depression verändert in tiefgehender Weise den ganzen Menschen: die Gefühle, das Denken und Verhalten sowie die Körperfunktionen bis hin zum Stoffwechsel (Hell 2015a: 21). Das Erleben einer schweren Depression geht mit Hoffnungslosigkeit und Aussichtslosigkeit einher. Das Gefühl der Hoffnungslosigkeit ist ein Hauptmotiv, das zum Suizid führen kann. Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass Menschen, die unter Depressionen leiden, einem höheren Suizidrisiko ausgesetzt sind (Hell 2015b: 71-72). Eine Depression gehört zu den leidvollsten Erkrankungen, unter denen ein Mensch leiden kann, denn sie beeinflusst das Wohlbefinden, die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl eines Individuums erheblich. Von vielen Menschen wird die Zeit, in der sie unter einer Depression litten, als die schlimmste in ihrem Leben bezeichnet (Hell 2015b: 51). Gerade

1 Das Verständnis von Depression ist unbefriedigend, denn bislang gibt es keine allgemein gültige Definition dieser Erkrankung: „Wer die psychiatrische und medizinische Literatur durchsieht, dem fällt eines gleich ins Auge: die Schwierigkeit, die Depression zu definieren. [...] Unklarheit und Heterogenität – vierzig Jahre nach der Entdeckung der Antidepressiva bemüht sich die Psychiatrie noch immer um eine Theorie der Depression“ (Ehrenberg 2008: 101). In der Perspektive der Medizinethnologie ist die Unterscheidung von „objektiver“, biomedizinischer Krankheit (disease) und subjektivem Kranksein (illness), die durch Arthur Kleinmann (1980) bekannt geworden ist, von zentraler Bedeutung. Im Folgenden verstehe ich Depression im Sinne von illness, d.h. mich interessiert die subjektive Erfahrung und Bedeutung des Krankseins. In dieser Untersuchung habe ich ausschliesslich Migrantinnen eingeschlossen, die von einer unipolaren Depression betroffen sind bzw. waren.

weil eine Depression als eine der schwersten menschlichen Erfahrungen verstanden werden kann und diese Erkrankung immer häufiger auftritt, erscheint es mir wichtig, sich verstärkt mit dem Erleben einer Depression aus der Perspektive der betroffenen Migrantinnen selbst auseinanderzusetzen.

Im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses stehen die biographische Bedeutung von Depression im Kontext von Migrationserfahrung, strukturelle Ursachen der Leidenserfahrung und die subjektiven Krankheitserfahrungen im Leben von Migrantinnen aus Lateinamerika. Welche sind die eigentheoretischen Erklärungen zur Entstehung der Depression? Wie gehen lateinamerikanische Frauen mit einer Depression um? Wie verarbeiten sie eine Depression und kann die Erkrankung in die eigene Lebensgeschichte integriert werden? Um mich mit diesen Fragen beschäftigen zu können, ist es von Bedeutung, die subjektiven Sichtweisen von von Depression betroffenen Migrantinnen im Kontext der eigenen Biographie zu fokussieren. Mit dieser Studie verfolge ich das Ziel, aus soziologischer Perspektive Depressionserfahrungen bei migrierten Frauen aus Lateinamerika sowie biographische Erlebensprozesse zu untersuchen. Dabei stehen die subjektiven Eigeninterpretationen der von Depression betroffenen Frauen im Vordergrund. Depression bei lateinamerikanischen Migrantinnen wird dabei in einem gesellschaftlichen und lebensgeschichtlichen Kontext analysiert.

Hintergrund für das Entstehen dieser soziologischen Arbeit waren einerseits meine eigenen migrationsbiographischen Erfahrungen als Tochter italienischer ArbeitsmigrantInnen², die Migrationserfahrungen meiner Mutter, meine beruflichen Erfahrungen in der Beratung und Begleitung von MigrantInnen sowie mein soziales Engagement im Migrationsbereich und für die Menschenrechte indigener Völker. Andererseits fühlte ich mich nach ausgiebigem Literaturstudium in meinem Forschungsvorhaben dadurch bestärkt, dass qualitative Sozialforschungen zum Thema Depression bei Migrantinnen in der Schweiz kaum existieren. Auffallend ist insbesondere das Fehlen der Perspektive der Betroffenen selbst. Zwar gibt es international genug quantitative Erhebungen zum Thema Depression bei der Migrationsbevölkerung, aber die Sicht psychisch erkrankter Migrantinnen aus biographietheoretischer Perspektive ist wenig untersucht worden. Depressionen resultieren aus einem komplexen und sehr dynamischen Zusammenwirken verschiedener Faktoren. Die Depressionsforschung geht davon aus, dass für das Entstehen einer Depression biologische, psychologische und soziale Faktoren zusammenkommen. Hier wurde den gesellschaftlichen Einflüssen darauf bislang eine erstaunlich geringe Aufmerksamkeit entgegengebracht. Diese standen eher im Hintergrund. Daher lag es nahe, eine Dissertation zu beginnen, die die Lebenssituation lateinamerikanischer Migrantinnen, die in der Schweiz an einer Depression erkrankten, in den Fokus nimmt.

Ein biographischer Zugang bietet in diesem Zusammenhang die geeignete Forschungsmethode, um Depression aus der Erfahrungs- und Erlebnisperspektive betroffener Migrantinnen zu rekonstruieren. 17 migrierte Frauen aus Lateinamerika gewährten mir Einblicke in ihre intimsten Gedanken und Gefühle. Sie schilderten mir ihre seelischen Nöte, ihre Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, aber auch ihre Hoff-

2 Ich benutze in dieser Arbeit die Schreibweise „MigrantInnen“, wenn ich mich sowohl auf migrierte Männer als auch auf migrierte Frauen beziehe. Auch an anderen Stellen, wo beide Geschlechter gemeint sind, verwende ich die Schreibweise mit dem grossen „I“.

nungen und Neuorientierung. Auf der Basis erzählter Lebensgeschichten werden Prozesse der Entstehung, Auslöser und Verarbeitung der Depression im biographischen Zusammenhang analysiert. Die sehr offene Fragestellung der Biographieforschung ermöglicht den befragten Migrantinnen, Relevanzen selbst zu setzen. Mittels biographisch-narrativer Interviews werden nicht nur die Migrationsgeschichte und die Krankheits- und Behandlungserfahrungen lateinamerikanischer Frauen aus ihrer eigenen Perspektive erfasst, sondern ihre gesamte Lebensgeschichte. Der biographische Ansatz öffnet den Raum, Menschen ihr Leben erzählen zu lassen. Das freie Gestalten der biographischen Selbstpräsentation macht deutlich, dass eine Depression im Leben der interviewten Migrantinnen eine zentrale biographische Erfahrung ist, aber nicht die einzige. Darüber hinaus kann anhand von biographischen Erzählungen aufgezeigt werden, wie sich psychisch erkrankte Migrantinnen mit ihren Erfahrungen und ihrem Erleben reflexiv auseinandersetzen. Hier lässt sich die Stärke biographischer Migrationsforschung erkennen. Auch wenn sich die Biographieanalyse mit individuellen Lebensgeschichten befasst, bleibt die Analyse nicht nur auf der subjektiven Ebene, sondern veranschaulicht auch immer gesellschaftliche Strukturen. Der Soziologe Ueli Mäder hält hier zutreffend fest: „Im Biographischen manifestiert sich auch viel Gesellschaftliches“ (2010a: 161).

Empirische Grundlage der vorliegenden Arbeit sind Lebensgeschichten lateinamerikanischer Migrantinnen, die an einer Depression erkrankten. Zwei extensive Fallrekonstruktionen und die Analyse der weiteren 15 Interviews bilden den empirischen Teil und gleichzeitig den Schwerpunkt dieser Studie. Das empirische Datenmaterial stellt deutlich den umfangreicheren Teil der gesamten Forschungsarbeit dar. Mein Interesse richtet sich in erster Linie darauf, was die interviewten Migrantinnen in der Komplexität von psychisch Kranksein und Krankwerden im Migrationsleben und der Vielschichtigkeit biographischer Erfahrungen selber zu erzählen haben. Mit meiner Forschungsarbeit versuche ich die Erkrankung von lateinamerikanischen Frauen an einer Depression aus einer soziologischen und biographischen Perspektive zu verstehen. Denn wie Sighard Neckel (2015: 119) festhält: „Psychisches Leiden als soziales, also als sozial bedingtes Leid zu begreifen, gehört zum Grundverständnis der Soziologie“. Es ist ein zentrales Anliegen meiner Arbeit, aufzuzeigen, was es für Migrantinnen bedeutet, an einer Depression zu erkranken. Wichtig ist daher, ihre Lebenssituation, ihre subjektiven Krankheitserfahrungen und Heilungswege im Kontext der Migration sichtbar zu machen, um mehr Verständnis für die Lebens- und Leidenssituation von Migrantinnen zu bewirken. Die Arbeit soll dazu beitragen, die betroffenen Migrantinnen und ihre Umwelt hilfreicher unterstützen zu können. Hierfür sind tiefere Einsichten in Prozesse des Erlebens, des Umgangs mit der Erkrankung und der Verarbeitung von Depression bei Frauen in der Migration erforderlich.

Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil der Arbeit stelle ich die theoretischen Ansätze und Perspektiven vor, die der Arbeit zugrunde liegen. Nach diesem ersten einleitenden Kapitel erfolgt in Kapitel 2 eine Annäherung an das Forschungsfeld. Anschliessend trage ich den Stand der noch spärlichen Forschung dazu zusammen und beschreibe detaillierter die Fragestellung und Zielsetzung der Unter-

suchung. Im darauf folgenden Kapitel 3 präsentiere ich den Ansatz der Biographieforschung als theoretischen und methodischen Zugang der Arbeit zu dem Bereich Migration und Gesundheit. Das biographieanalytische Konzept von Biographie wird dabei als soziales Konstrukt dargelegt. Im zweiten Teil der Arbeit steht die empirische Studie im Mittelpunkt. In Kapitel 4 stelle ich zuerst die methodologische Anlage der Studie und die methodische Vorgehensweise im Forschungsprozess dar. Hierbei beschreibe ich das Sample, mache meine eigene Positionierung im Feld transparent und gehe auf die Herausforderungen während der Interviews ein. Darüber hinaus geht es darum, die Prozesse der Datenerhebung, Auswertung und Interpretation deutlich und nachvollziehbar zu machen. Den umfangreichsten Abschnitt dieser Arbeit bildet die Auswertung des empirischen Materials. Es folgen in Kapitel 5 und 6 die Präsentationen von zwei biographischen Einzelfalldarstellungen, die ich aus 17 durchgeführten Interviews und vier Nachfrageinterviews auswählte und ausführlich rekonstruiere. Auf der Basis der zwei biographischen Fallrekonstruktionen wird eine maximale Kontrastierung vorgenommen. Im dritten Teil der Arbeit führe ich eine thematische Auswertung aller Interviews durch. Hierbei diskutiere ich Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Erfahrung von an Depression erkrankten Migrantinnen aus Lateinamerika im jeweiligen lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext anhand von fünf fallübergreifenden Themenfeldern (Kapitel 7). Die Ergebnisse dieser Vergleiche werden in fünf Kapiteln (8-12) dargestellt, die jeweils theoretisch kontextualisiert werden. Den Abschluss der Arbeit bilden die resümierende Betrachtung und die theoretische Diskussion der Forschungsergebnisse.

