

**PSYCHOSOMATISCHE SYMPTOME UND DEPRESSIVITÄT BEI FRAUEN UND  
MÄNNERN TÜRKISCHER HERKUNFT IN DEUTSCHLAND UND IN DER TÜRKEI**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanmedizin  
des Fachbereiches Humanmedizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Tip Dr./ Marmara Univ. Seçil Akinci  
aus Can-Canakkale / Türkei

Gießen 2009

Aus dem Zentrum für Psychosomatik und Psychotherapie  
des Fachbereiches Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Direktor: Prof. Dr. R. Deinzer

Gutachter: Prof. Dr. W. Milch

Gutachter: Prof. Dr. V. Roelcke

Tag der Disputation: 19.06.2009

**PSYCHOSOMATISCHE SYMPTOME UND DEPRESSIVITÄT BEI FRAUEN UND MÄNNERN TÜRKISCHER HERKUNFT IN DEUTSCHLAND UND IN DER TÜRKEI**

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1 Einführung und Zielsetzung</b> .....	<b>3</b>
1.1 Das Phänomen „Migration“ .....	3
1.2 Kulturspezifische Theorien zur Migration .....	9
1.3 Besonderheiten der Migrationsproblematik .....	11
<b>2 Psychosomatische Erkrankungen und Migration</b> .....	<b>16</b>
2.1 Psychosomatische Erkrankungen und Migration.....	18
2.2 Psychodynamik der Migration .....	22
2.3 Migration als Ursache für körperliche Beschwerden .....	24
2.4 Migration und psychische Störungen .....	28
<b>3 Fragestellung und Hypothesen</b> .....	<b>30</b>
<b>4 Material und Methoden</b> .....	<b>32</b>
4.1 Stichproben und Erhebungssituation.....	32
4.2 Testverfahren .....	34
4.3 Statistische Verfahren .....	40
<b>5 Ergebnisse</b> .....	<b>40</b>
5.1 Ergebnisse mit dem SCL 90-R.....	41
5.2 Ergebnisse im BDI.....	52
<b>6 Diskussion</b> .....	<b>53</b>
6.1 Psychosomatische Belastungen von türkischen Migranten.....	54
6.2 Migration und Frauen .....	55
6.3 Versorgung von Migranten .....	59
6.4 Migration und Generation.....	61
6.5 Ausblick.....	61
6.6 Einschränkungen der Untersuchung .....	62
<b>7 Zusammenfassung</b> .....	<b>63</b>
<b>Summary</b> .....	<b>64</b>
<b>8 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>66</b>
<b>9 Anhang</b> .....	<b>78</b>
<b>DANKSAGUNG</b> .....	<b>85</b>

# 1 Einführung und Zielsetzung

Migration kann mit verschiedenen Arten von Belastung verbunden sein. So ist häufig eine psychische oder soziale Belastung im Herkunftsgebiet auslösender Faktor für das Abwandern (sog. push-effect, Busch 1983 zitiert in Mitic Diss.). Auch der Wechsel des Lebensstandortes selbst kann als einschneidendes Ereignis belastend erlebt werden. Schließlich bestehen erhebliche Belastungsmomente in der Zeit nach der Umsiedlung, so dass jeder Wohnortwechsel eine „nicht-normative Lebenskrise“ (Fischer u. Fischer 1990, Wojcik 1984) oder ein „lebenskritisches Ereignis“ darstellen kann. Eine derartige kritische Lebensphase kann nur dann positiv bewältigt werden, wenn das Individuum in der Lage ist, aus eigenen Kräften oder mit Unterstützung von Institutionen, Angehörigen, Freunden, speziellen Organisationen und anderen supportiven Netzwerken (Landsmannschaften, Selbsthilfegruppen) adäquat auf die mit der Migration verbundenen Herausforderungen zu reagieren.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Untersuchung der Belastungen von Migranten liefern, wobei spezifisch die psychosomatischen Beschwerden und Depressivität nach Migration fokussiert werden.

Dabei wird die Problematik anhand türkischer Migranten in Deutschland erörtert. Um ein statistisch aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten, wurde eine hohe Probandenzahl (n=994; Männer + Frauen) in einer Fragebogenstudie untersucht und nach Deutschland immigrierte türkische Frauen und Männer mit einer Kontrollgruppe des Herkunftslandes Türkei verglichen.

## 1.1 Das Phänomen „Migration“

„Migration bezeichnet jeden permanenten mindestens aber längerfristigen Wohnortwechsel innerhalb eines Landes als Binnenmigration oder auch über Staatsgrenzen hinweg als externe Migration“ (Mühlmann 1972).

Migration kann freiwillig durch Auswanderung und Umzug oder unfreiwillig durch Flucht oder Vertreibung sein. (Pflanz 1960)

In Anlehnung an Treibel (1990) wird unter Migration auch ein auf Dauer angelegter bzw. dauerhaft werdender Wechsel von einzelnen oder mehreren Menschen in eine andere Gesellschaft bzw. in ein anderes Land verstanden. Gemeint ist also nicht nur der Wechsel von einem Ort zum anderen, sondern auch der Wechsel von einer Kultur in eine andere.

Goppel (1994, in Mitic, 1998) beschreibt vier verschiedene Kategorien der Migration:

- Die interne Migration und Landflucht

Aus wirtschaftlicher Not, Perspektivlosigkeit, Verelendung und aufgrund immer knapper werdender Ressourcen suchen in zunehmendem Masse Bewohner der armen Länder die wenigen großen Städte ihres Landes auf. Die Folge sind Megastädte wie Mexico-City, Rio de Janeiro, Kalkutta oder Bombay, die auf Kosten des übrigen Landes wuchern und damit gleichzeitig die Entwicklungsmöglichkeiten auf dem Land wieder verschlechtern.

- Die politische Migration, Verfolgung und Vertreibung

Dabei handelt es sich um bedrohte und teilweise bis zur Vernichtung verfolgte Minderheiten. Millionen von Menschen suchen deshalb Zuflucht in einem „sicheren“ Staat.

- Die Ost-West-Migration

Nach dem Zusammenbruch des Kommunismus wächst auch der Einwanderungsdruck aus den ehemaligen Ostblockländern. Nach EG-Erhebungen dachten im Jahre 1992 etwa 13 Millionen Bürger darüber nach, Zuflucht in Westeuropa zu suchen.

- Die ökonomische und ökologische Migration

Wie bei der internen Migration liegen auch hier die Hauptgründe in der wirtschaftlichen Not und der Verelendung der Menschen in ihrer Heimat, wenn sie nicht einmal mehr in den Städten ihres Herkunftslandes eine Perspektive für sich und ihre Familie sehen.

Heute ist Westeuropa neben Nordamerika die wichtigste Zielregion internationaler Migration (Santel 1995). Die Zahl der Arbeitsemigranten 1976 betrug in Westeuropa 15 Millionen.

Auch die Bundesrepublik und nunmehr das vereinigte Deutschland ist längst ein Einwanderungsland geworden, auch wenn es sich offiziell weigert, diesen Status anzuerkennen (Klessmann 1992 zitiert in Koblinska).

Da die Bundesrepublik Deutschland als Mitglied einer Gemeinschaft, die aus Sicht der nach vierzig Jahren Sozialismus wirtschaftlich zerrütteten neuen osteuropäischen Demokratien vor allem eine Wohlstandsgemeinschaft ist und an der unmittelbaren Nahtstelle zum Osten Europas liegt, ist sie in besonderem Maße zum Ziel der Zuwanderung aus diesen Ländern geworden. Die Zuwanderer versprechen sich durch Arbeit in Deutschland gute Verdienstmöglichkeiten, eine Teilnahme am westeuropäischen Wohlstand und ein besseres Leben (Lukas-Emmons, 1996).

Der Zuwanderungsüberschuss im Jahr 2005 in Höhe von insgesamt 79 000 Personen ergab sich aus unterschiedlichen Wanderungstendenzen für deutsche und ausländische Personen. So erhöhte sich der Wanderungsüberschuss für ausländische Personen von 55 000 im Jahr 2004 auf 96 000 im Jahr 2005. Gleichzeitig ergab sich 2005 ein Wanderungsverlust von 17 000 deutschen Bürgerinnen und Bürgern, nachdem jahrelang mehr Deutsche zu- als fortgezogen waren.

Derzeit leben in Deutschland 7.289,1 Mio. (mehr als 7 Millionen) ausländische Bürger, davon sind 3.522,6 Mio. Frauen und 3.766,5 Mio. Männer (8,8 % der Bevölkerung in Deutschland und 11,4 % der Bevölkerung in Hessen; Statistisches Bundesamt, 31.12.2005).

Die größte ausländische Gruppe stellen dabei mit 1.764.041 die türkischen Staatsbürger (Statistisches Bundesamt 31.12.2005) dar.

(Insgesamt: 1.764.318; männlich: 943.644 und weiblich: 820.674 - Statistisches Bundesamt 31. Dezember 2004.)

Das Durchschnittsalter der türkischen Einwohner beträgt 33,7 Jahre, die Durchschnittsaufenthaltsdauer 19,9 Jahre.(Statistisches Bundesamt 31.12.2005)

Das Migrationsgeschehen aus der Türkei ist insbesondere durch Zuwanderer im Rahmen des Ehegatten- und Familiennachzugs und durch Asylantragsteller gekennzeichnet.

Insgesamt wurden im Jahr 2004 17.543 und im Jahr 2003 21.908 Visa zum Zweck des Ehegatten- und Familiennachzugs nach Deutschland aus der Türkei erteilt.

Bei der Familienzusammenführung aus der Türkei dominierte im Jahr 2004 der Nachzug von Ehefrauen zu ausländischen Männern mit etwa einem Drittel vor dem Nachzug von Ehemännern zu deutschen Frauen mit circa einem Viertel.

2005 sind insgesamt 117.241 Menschen zur deutschen Staatsangehörigkeit eingebürgert worden (Statistisches Bundesamt, aktualisiert am 31.Juli 2006).

Darunter sind 32.661 Menschen mit türkischer Herkunft (2004 : 44.465).

Von türkischen Sozialwissenschaftlern wird die Wanderungsbewegung türkischer Arbeiter nach Deutschland als „Kettenwanderung“ analysiert: Nach der Wanderung vom Land in die industrialisierten Großstädte innerhalb der Türkei werden türkische Arbeiter nach dem 1961 zwischen der Bundesrepublik und der Türkei geschlossenen Anwerbeabkommen für Arbeitsplätze nach Deutschland angeworben. Es kommen zunächst vor allem Männer, während Frauen und Kinder in der Regel in der Türkei zurückbleiben. Das ursprünglich von beiden Staaten vorgesehene Rotationsmodell (Austausch der Arbeiter nach kurzer Zeit gegen neue Arbeiter und Integration der nun mit industrieller Arbeit vertrauten Migranten in die aufzubauende einheimische Industrie) ließ sich in der Praxis nicht realisieren. Aufenthalts- und Arbeitserlaubnisse wurden kontinuierlich verlängert (Leyer 1991).

Vor der Migration wurden die Gastarbeiter meistens dahingehend untersucht, dass sie keine infektiösen Erkrankungen hatten. Psychische Störungen waren nur für einen kleinen Anteil ein Grund zur Ablehnung. Nach klinischer Einschätzung wurden Personen

mit schweren psychischen Störungen, psychotischen Episoden, Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Substanzmissbrauch ausgeschlossen (van Eimeren 1969).

Die Arbeitsmigranten bildeten die erste Generation der Migranten in Deutschland. Sie waren hierher gekommen, um für eine beschränkte Zeit zu arbeiten, Geld zu sparen und in ihr Herkunftsland zurückzukehren. Sie kamen eher aus sozialer Not und wollten mit dem hier angesparten Geld wieder in ihr Herkunftsland zurückkehren, ihre wirtschaftliche Lage verbessern und so für sich und für ihre Familien bessere Lebensbedingungen schaffen.

Das Hauptmotiv der Migration war also die Existenzsicherung im Heimatland. Auch das Aufnahmeland Deutschland betrachtete den Aufenthaltsstatus der Arbeitsmigranten als auf ein paar Jahre beschränkt und als vorübergehend. Zu Beginn der Migration hatte man sich sogar auf ein Rotationsprinzip geeinigt.

Zum Ende der 60'er Jahre entwickelte sich dann eine verstärkte Nachfrage nach weiblichen Arbeitskräften. Nun wurden nicht mehr die auf Wartelisten der türkischen Arbeitsämter registrierten Männer eingestellt, sondern diese schickten ihre Frauen und Töchter nach Deutschland, wenn sie selber im Rahmen der Familienzusammenführung den Weg ins Ausland gehen wollten. Viele Frauen kamen so gezwungenermaßen oder freiwillig als Arbeiterinnen nach Deutschland. Nach einer mehr oder weniger langen Frist folgten ihnen ihre Ehemänner und Angehörigen. Viele dieser nachgezogenen Männer mussten allerdings einige Zeit auf die Erteilung einer Arbeitserlaubnis und die Vermittlung eines Arbeitsplatzes warten.

Mit der Energiekrise 1973 wurde die Anwerbung weiterer ausländischer Arbeiter gestoppt.

Somit begann in Deutschland eine neue Phase der Einwanderungsgeschichte.

Seitdem kommen türkische Migranten nur noch im Rahmen der Familienzusammenführung bzw. als Asylanten. Der Nachzug von Familienangehörigen nach Deutschland brachte vielfältige Probleme mit sich. Zunächst waren es die Ehepartner, die nachzogen und die nach Möglichkeit auch hier arbeiten sollten. Dadurch entstand der „unvollständige Familientyp.“

Wenn die Kinder in Deutschland zum Hindernis wurden, schickte man sie (die so genannten „Kofferkinder“, wieder in die Heimat zu den Großeltern, beziehungsweise Verwandten zurück. In dieser Phase tauchten insbesondere im Bereich Bildung (Kindertagesstätte, Schule, Ausbildung beziehungsweise Lehre) Probleme auf, auf die man in Deutschland nicht vorbereitet war (Gün 2007).

Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in ihren Motiven aus- bzw. einzuwandern, in ihren kulturellen, religiösen und sprachlichen Wurzeln, in ihrem aufenthaltsrechtlichen Status und in ihrer aktuellen Lebenssituation. Was aber ist ihnen gemeinsam? Auf eine kurze Formel gebracht, ist ihnen eine Situation gemeinsam, die durch die eigene oder die Migrationserfahrung ihrer Eltern geprägt ist. Migranten müssen also nicht selbst ausgewandert sein. Ihre Situation ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in der Einwanderergesellschaft – gewissermaßen zwischen ihrer Herkunftskultur und der Kultur der Aufnahmegesellschaft - sozial orientieren und kulturelle Praktiken aneignen. Im Unterschied zu Personen ohne Migrationshintergrund charakterisiert Migranten neben der geschlechts-, milieu- und generationsspezifischen eine ethnische Zugehörigkeit, die durch sie selbst hergestellt oder als Fremdkonstruktion erfahren und bearbeitet wird.

An erster Stelle handelte es sich um jüngere und gesunde Menschen, die aus wenig industrialisierten, oft landwirtschaftlichen Regionen in Industriegebiete wanderten. Sie übernahmen im Wirtschaftssystem der Gastländer wichtige Funktionen, und zwar meist eine hohe Belastung durch weniger beliebte Arbeiten, zudem unter dürftigen sozialen Bedingungen. Dabei verstanden sie sich anders als die Einwanderer/Siedler weiterhin als Mitglieder des gesellschaftlichen Systems ihrer Heimat, ja sie nahmen die Trennung und die Arbeitslast gerade in Hinblick auf das Wohlergehen ihrer Familien und im Streben nach einer glücklicheren Position in der Heimat auf sich.

Mit ihrem Entschluss, aus ihrem Heimatland auszuwandern, verzichteten sie auf ihre bisherige Eingebundenheit in die sozialen Strukturen ihres Landes und erklärten sich bereit, in der neuen Gesellschaft einen besonderen Status anzunehmen. In beiden Ländern werden sie zu einer spezifischen Gruppe, die auf den bisherigen sozialen Schutz des Nationalstaates verzichtet. Diese Schritte sind Teil ihrer Strategie, eine

Anpassungsproblematik in ihrem Heimatland durch die Beanspruchung von Lebensmöglichkeiten aus zwei Gesellschaften zu bewältigen, die jedoch nur um den Preis einer andauernden sozialen Verunsicherung zu realisieren ist. Mit der Entscheidung zur Emigration wird aber die persönliche Situation von Migranten komplexer und verlangt nach zusätzlichen persönlichen Strategien, welche das Verhältnis zu zwei unterschiedlichen national geprägten Lebenswelten leichter gestalten sollen.

Migration ist Chance und Bedrohung zugleich und nicht per se krankmachend. Diese These wird von verschiedenen Autoren unterstützt, die eher soziale Faktoren im Aufnahmeland für Krankheiten bei Migranten verantwortlich machen (vgl. u. a. Pflanz 1960, Pflanz et al. 1967, Hamm 1982, Larbig 1982, Brucks 1986). Dennoch muss die Migration als kritisches Lebensereignis gesehen werden, welches bei gegebener Vulnerabilität psychosomatische Erkrankungen mit sich bringen kann. Im Kapitel Psychosomatische Erkrankungen und Migration (Kap. 2) wird auf diesen Zusammenhang näher eingegangen.

## **1.2 Kulturspezifische Theorien zur Migration**

Unter dem Einfluss der amerikanischen Migrationsforschung der 60er Jahre (vgl. Steiner-Khamsi 1992, Elschenbroich 1986) und mithilfe von Konzepten der klassischen Kulturanthropologie erfasste man die Probleme von Migranten als kulturelle Probleme, die durch den Einfluss zweier unterschiedlicher Kulturen hervorgerufen werden.

Mit der Anwendung des Konzeptes der „kulturellen Identität“ entstanden lang anhaltende und zum Teil harte Kontroversen um die Rolle der Kulturspezifität für die Erfassung und Überwindung der Probleme von Migranten.

Ansätze der „bikulturellen Sozialisation“ (Schrader et al. 1979) in den 70`er Jahren gingen davon aus, dass jedem Individuum durch frühe Sozialisationseinflüsse innerhalb seiner Kultur eine „kulturelle Identität“ als „kulturelle Grundrolle“ bzw. kulturell geprägte „Basispersönlichkeit“ verliehen wird (vgl. Schrader et al. 1979). Das Aufeinandertreffen

unterschiedlicher Kulturen im Kontext der Migration zwingt demnach Migranten zur Konfrontation mit einer zweiten Kultur, die Konflikte im sozialen Umfeld zur Folge hat und die persönliche Entwicklung erschwert.

Den monokulturell orientierten Theorien traten in den 80`er und 90`er Jahren interkulturelle und multikulturelle Konzepte entgegen, welche uneingeschränkt die Aufrechterhaltung der „kulturellen Identität“ von Migranten bejahten und das Bestehen paralleler Identitäten nicht nur für möglich, sondern für wünschenswert, sowohl für Migranten als auch für die ganze Migrationsgesellschaft, hielten.

Vertreter interkultureller Ansätze wiesen auf den Tatbestand hin, dass die kulturelle Pluralität der Gesellschaft als eine veränderte Realität nicht länger übersehen werden darf. Ausgehend vom Prinzip der Gleichwertigkeit der Kulturen wurde jede Kultur vorerst als eine differente Lebensweise mit eigener Daseinsberechtigung verstanden, welche die Praktizierung anderer Kulturen in keiner Hinsicht tangiert (vgl. Marburger 1991).

Vor dem Hintergrund eines positiven Begriffes von Kultur wurde die Anerkennung, Respektierung und Förderung der eigenen Kultur und Sprache von Migranten, die Etablierung einer Zweisprachigkeit für die Kinder und die Auseinandersetzung der einheimischen Bevölkerung mit Ethnozentrismen und Rassismen gefordert (Marburger 1991, vgl. Auernheimer 1990). Der Erwerb von mehr als einer „kulturellen Identität“ wurde hier zwar als eine komplexe, widersprüchliche und schwierige Aufgabe aufgefasst, die jedoch zu einer Bereicherung der Persönlichkeit führe.

Hansen (1989) fordert die Bildung „multikultureller Persönlichkeiten“ bei Migranten zur Überwindung ihrer Probleme, auch Stenzel u. Homfeldt (1985) sind der Auffassung, dass jugendliche Migranten in der BRD langfristig eine kulturoffene Erziehung benötigen, die eine doppelte nationale Identität fördern soll.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass sich das Konzept der „kulturellen Identität“ als ein Schlüsselbegriff der Migrationsforschung zur Erfassung der spezifischen Probleme von Migranten erwies. „Kulturelle Identität“ bietet die Möglichkeit, die Auseinandersetzung von Migranten mit unterschiedlichen nationalen Realitäten zu erkennen, ihr Verhältnis zur jeweiligen Nationalgesellschaft zu thematisieren und ihre Probleme im Kontext internationaler Verhältnisse zu untersuchen. In diesem Konzept

werden Migranten jedoch eher als „Träger“ einer oder mehrerer Kulturen definiert und mit einer kulturellen, nationalen oder sozialen Gruppe gleichgesetzt. Dies erschwert die Erforschung ihrer subjektiven Prozesse, d. h. ihre Zielsetzungen, Absichten, Sicht- und Handlungsweisen sowie die inneren Widersprüche, die sie im Zuge ihrer Migrationskarriere erleben. Eine größere Wichtigkeit als die Diskussion darüber, ob Migranten nur eine oder mehrere „nationale Identitäten“ benötigen, verdient deshalb vielmehr die Frage, welchen Sinn „nationale Identität“ für Migranten hat und in welcher Weise Identität von ihnen bei der Bewältigung von Problemen verwendet wird.

### **1.3 Besonderheiten der Migrationsproblematik**

Das gemeinsame Schicksal aller dauernd im Ausland lebenden Personen besteht aus der Entwurzelung, der Notwendigkeit der Anpassung, der beruflichen und sozialen Eingliederung. Das Gelingen oder Misslingen dieser Assimilation entscheidet schicksalhaft über die Zukunft des Migranten, über seinen beruflichen Stand, sein Lebensgefühl und letzten Endes über seine seelische Gesundheit (Pinter 1978).

Das Verlassen seiner gewohnten Umgebung und das Eingewöhnen und Zurechtkommen in einer noch dazu sprachlich fremden Umgebung, trotz einer wirtschaftlich meist besseren Situation, gestalten sich häufig problematisch für die betroffenen Personen.

Der Kernprozess in den Immigrantenfamilien ist eine Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Normen und denen der neuen Umwelt, wobei sich die Familien zwischen den Polen der Beharrung auf den traditionellen Lebensweisen und der Anpassung an die neue Umgebung bewegen (Güc 1991).

In der Literatur zur Migration und ihren Folgen existieren verschiedene Theorien:

Die Kulturschocktheorie nach Binder und Simoes (1978) betont die große Unterschiedlichkeit der Normen, Sitten, Sprache und Verhaltensweisen des Einwanderungslandes. Diese kommt dem Immigranten bedrohlich und unvoraussagbar vor und er hat große Anpassungsschwierigkeiten.

Es wird dabei angenommen, dass der Kulturschock umso größer ist, je mehr sich die Kulturen des Aus- und des Einwanderungslandes unterscheiden.

Die Kulturkonflikthypothese unterstellt, dass für die Entwicklung einer stabilen Identität und für die Entwicklung von Handlungssicherheit ein widerspruchsfreies kulturelles Wertesystem Voraussetzung ist, da es nur dann gelingen kann, in Beziehungen zu anderen deren Erwartungen und Handlungsbereitschaften richtig vorauszusehen und die eigenen Handlungen und Erwartungen daran zu orientieren (Brucks 1981 zitiert in Leyer 1991).

Der Begriff der Eingliederung dient als Oberbegriff für die Vorgänge der Akkulturation, Assimilation und der Integration und schließt damit Veränderungen der sozialstrukturellen Position der Zuwanderer mit ein (Meister 1997).

In Anlehnung an Heckmann (1992) wird Akkulturation als Veränderung von Personen oder Gruppen bezeichnet, die sich im Zuge von Kulturkontakten ergeben und im Hinblick auf Werte, Normen, Einstellungen, Kenntnisse, Fähigkeiten, spezielle Verhaltensweisen und Lebensstile zum Tragen kommen.

Assimilation meint eine radikalere und vollständige Akkulturation und impliziert die einseitige Angleichung der Zuwanderer an die Aufnahmegesellschaft (Meister 1997).

Esser und Friedrichs (1990) verstehen unter Assimilation zudem den Zustand der Ähnlichkeit der Migranten in Handlungsweisen, Orientierungen und interaktiven Verflechtungen im Aufnahmeland. Assimilative Handlungen sind für ihn umso wahrscheinlicher, je geringer mögliche persönliche Widerstände bzw. Hindernisse in der Umgebung sind. Dabei werden vier verschiedene Dimensionen von Assimilation unterschieden:

### Kognitive Assimilation

Sie bezeichnet die Angleichung in Wissen und Mittelbeherrschung, insbesondere hinsichtlich Sprachfertigkeiten, Verhaltenssicherheit, Regelkompetenz für Gestik und Gebräuche, Normenkenntnis und Situationserkennung.

### Soziale Assimilation

Damit werden interethnische Kontakte und Partizipation an Einrichtungen der Aufnahmegesellschaft verstanden.

### Strukturelle Assimilation

Es bezeichnet das Einbringen der Migranten in das Status- und Institutionsgefüge des Aufnahmesystems, insbesondere über das Einkommen, Berufsprestige und die Positionsbesetzung.

### Identifikative Assimilation

Sie äußert sich in der Wertschätzung von Elementen der Aufnahmekultur, worunter die gefühlsmäßige Assimilation und ein Wandel in der ethnischen Zugehörigkeitsdefinition zählt, sinkende Rückkehrabsichten, aber auch die Beibehaltung ethnischer Bräuche.

Der Begriff der Integration wird in der Migrationssoziologie meist in Anlehnung an Hoffmann-Nowotny gebraucht und meint das Teilhaben der Zuwanderer an der Statusstruktur bezüglich beruflicher Stellung, Einkommen, Bildung, rechtlicher Status, Wohnen (Meister 1997).

Die Marginalitätstheorie beschreibt die Abdrängung einer Person oder Gruppe in eine gesellschaftliche Rand- oder Außenseiterposition, wobei sich die marginalisierten Personen zumindest teilweise mit den Zielen und Werten der Mehrheit identifizieren.

Das ist meistens als Problem der zweiten Migrantengeneration anzusehen.

Der marginalisierten Gruppe stehen die üblichen Mittel nicht zur Verfügung, um hoch bewertete gesellschaftliche Ziele zu erreichen. Dies kann ein Motiv für delinquentes Verhalten sein (Brucks 1981 zitiert in Leyer 1991).

Die soziale Selektionstheorie versucht zu erklären, warum einige Menschen bereit sind, auszuwandern und andere nicht. Sie postuliert, dass sich Emigranten in vielfältiger Weise (z. B. Risikobereitschaft, Vulnerabilität) vom Rest der Bevölkerung unterscheiden und bereits im Ursprungsland schon sozial desintegrierte und psychisch labile Persönlichkeiten darstellen (Binder und Simoes 1978).

Grinberg/Grinberg (1990) dagegen widersprechen der Theorie, dass nur ein spezifischer Persönlichkeitsstypus migriert, jedoch beschreiben auch sie eine mehr oder weniger starke Prädisposition zur Migration.

In diesem Zusammenhang erwähnt er zwei von Balint (1959) zitiert in Leyer 1991 geprägte Begriffe: die „Oknophilie“ und den „Philobatismus“.

Charakteristisch für den Oknophilen ist seine Anhänglichkeit gegenüber Menschen, Orten und Gegenständen. Für ihn ist es wichtig, immer Menschen um sich zu haben, die ihm Verständnis und Unterstützung entgegenbringen.

Dagegen vermeidet der Philobat jede Art von Bindung und neigt zu einem unabhängigen Leben. Er sucht die Lust am Abenteuer, an Reisen und an neuen Emotionen. Von Menschen entfernt er sich ohne Schmerz und Reue um ständig nach Neuem zu suchen.

Daraus schließt Grinberg, dass die Individuen der ersten Gruppe stärker in ihren Herkunftsorten verwurzelt sind und sie schwerlich verlassen würden, während die zweite Gruppe eher dazu neigen würde, Situationen aufzusuchen, welche mit einem gewissen Risiko behaftet sind.

Auch die soziale Verursachungshypothese geht nicht von einer überproportional hohen Anfälligkeit der Emigranten aus, sondern nimmt an, dass die Belastungen der Migration und Anpassung negative psychische Reaktionen und Erkrankungen bedingen (Gunkel und Priebe 1992).

Busch (1983) zitiert in Mitic Diss. beschreibt migrationspezifische Konflikte als eine psychische Belastung für den Migranten, die er auf individueller Ebene verarbeiten muss und die sich in psychosomatischer Krankheit manifestieren kann.

Leyer (1991) zitiert in ihrer Studie über Migration, Kulturkonflikte und Krankheiten den amerikanischen Psychoanalytiker Garza-Guerrero, der drei Phasen in der Bewältigung des Kulturwechsels beschrieb:

Phase der kulturellen Begegnung:

Durch Diskrepanzen zwischen Erwartung und äußerer Wahrnehmung verunsichert, reagiert der Migrant mit Trauer, Verzweiflung und Feindseligkeit.

Es kann zur Überidentifikation mit der aufgegebenen Kultur und ihrer Idealisierung kommen.

Phase der Reorganisation:

Hier herrschen Depression, Entmutigung und Ablehnung vor, welche im Verlaufe des Trauerprozesses verarbeitet werden durch Aufnahme guter Beziehungen zur fremden Kultur. Es kommt zur Reorganisation der psychischen Struktur durch Aufnahme neuer Aspekte, was jedoch misslingen kann, so dass der Migrant dann in keine der beiden Kulturen eingegliedert ist.

Phase der neuen Identität:

Hier steht der Migrant unter dem Einfluss seiner ethnokulturellen Erbschaft und seinem an die neue Kultur angepasstem Ich, dass die Trauer um die verlorene Heimat durch ein neues Zugehörigkeitsgefühl ersetzen kann.

Wenning (1996) zitiert in Mitic Diss. postuliert, dass der Migrant nach der Einwanderung vor der Aufgabe steht, seine soziale Einbindung und seine gesamte psychische Orientierung zu erneuern. Dadurch, dass das mitgebrachte Wissen zur Bewältigung des Alltags in der neuen Umgebung nicht mehr tragfähig ist, wird der Migrant anfälliger für Desorientierungen.

Meyer-Fehr (1986) unterstreicht die dreifache Belastung der in Deutschland lebenden ausländischen Bevölkerung:

- Ausländer gehören meist der untersten sozialen Schicht an.

- Sie haben den soziokulturellen Unterschied zwischen Herkunfts- und Aufenthaltsland zu bewältigen.
- Sie leiden unter einer sozial und juristisch verankerten Benachteiligung.

Nach den Angaben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005 leiden die Migranten-Familien doppelt so häufig an Armut im Vergleich zu deutschen Familien.

Die Migrationsproblematik wird in der psychoanalytischen Praxis fast nie von den Familien selbst angesprochen, sie blockieren eher deren Wahrnehmung. Deshalb muss der Psychoanalytiker aktiv die Aspekte des Migrationsprozesses in die psychoanalytische Interaktion einführen, die eigenen Gegenübertragungsantworten dazu registrieren. So wird die kulturelle Differenz anerkannt und zugleich als überbrückbar angeboten. Das psychoanalytische Denken, der psychoanalytische Raum, wird um die soziokulturellen Dimensionen erweitert, das transkulturelle Erleben wird als Grundkonflikt und psychodynamisch wirksame Kraft gewertet (Kohle-Meyer). In der klinischen Untersuchung ist sorgfältig abzuklären, was als psychische Folgen der Migration, was als individuelle psychische Konflikte und Störungen verstanden werden kann.

## **2 Psychosomatische Erkrankungen und Migration**

Migranten haben bereits vor ihrer Emigration eine ambivalente Haltung zum Heimatland: Sie fühlen sich einerseits über die Nationalsprache, die eigene vertraute Kindheit, Familien- und Freundschaftsbeziehungen, berufliche Erfolge, Kultur- und Freizeitangebote u. a. mit der Heimat verbunden. Andererseits erleben sie eine Reihe von biografischen Brüchen und von sozialen und ökonomischen Einschränkungen, die ihr Verhältnis zur Heimat belasten. Diese Ambivalenz stellt auch den Ausgangspunkt für den Entwurf der subjektiven Strategie der Auswanderung dar und ist Kern der fortgeführten Beziehung zum Heimatland.

Ähnlich ambivalent ist das Verhältnis von Migranten zum Migrationsland: Während sie einerseits ihre alltäglichen Aktivitäten auf die hiesige Gesellschaft richten, sich dabei als Teil dieser Gesellschaft verstehen und sich durch ihre Bemühungen eine positive Wende ihres Lebens erhoffen, erleben sie andererseits eine Reihe von Hindernissen und Misserfolgen und vor allem eine Trennlinie zwischen ihnen und Einheimischen, welche mit Erfahrungen von rechtlicher, kultureller und sozialer Diskriminierung einhergeht. Dieses zwiespältige Verhältnis von Migranten zur Aufnahmegesellschaft wird als ein Widerspruch zwischen eigenen hohen Zielen bzw. idealen Vorstellungen und wiederholten Frustrationen erlebt, der ihr Leben im Einwanderungsland prägt.

Migranten sind aufgefordert, sowohl ihre Ambivalenz zum Heimatland als auch die zum Ankunftsland zu bewältigen. Dabei nehmen sie die Existenz getrennter Nationalgesellschaften zur Kenntnis und erheben das Prinzip der „nationalen Zugehörigkeit“ zum Instrument für ihre Lebensbewältigung. Nationalität oder Kultur wird von ihnen als ein geeignetes Mittel betrachtet, welches die bestehenden Ambivalenzen zur jeweiligen Gesellschaft auf ein äußeres Entscheidungsdilemma zwischen den beiden Nationalitäten verschieben soll. Ein typisches Beispiel dafür ist die Behauptung einer „Fixierung“ auf die Vorgaben der einen Nationalgesellschaft bei gleichzeitiger „Distanzierung“ von denen der anderen. Ein solch ausschließendes Verhältnis ist eine subjektive Strategie, die Probleme, welche sich aus der Ambivalenz zur jeweiligen Gesellschaft ergeben, durch eine wechselnde Ab- und Hinwendung zu beiden Gesellschaften zu überwinden. Sie dient der vorübergehenden Entlastung durch die Vermeidung einer bewussten Auseinandersetzung mit relevanten unangenehmen Realitätsaspekten.

Auch in der dritten Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund prägend sein (VIA Berlin/Brandenburg e.V. 2000). Die Operationalisierung einer solch umfassenden Definition über drei Generationen erweist sich jedoch als unpraktikabel, weil nicht alle erfasst werden können. Angehörige einer dritten Einwanderergeneration werden von uns daher nur dann als Migranten erfasst, wenn sie oder ihre Eltern über eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft unterscheiden.

Migration war und ist ein normalpsychologisches anthropologisches Phänomen, das es immer schon gegeben hat und das global an Häufigkeit in Zukunft erheblich zunehmen wird.

Da den Migranten also als eigentliches Ziel die Heimkehr vor Augen steht, sind sie an den Verhältnissen im Gastland wenig interessiert. Im Umgang beschränken sie sich vorwiegend auf ihre Landsleute und erwerben sich nur die nötigsten Sprachkenntnisse. Die Unangepasstheit wird ihnen geradezu zu einem Mittel, die eigene Identität, den Vorsatz zur Rückkehr in die Heimat, aufrecht zu erhalten. Anders aber als typische „Ghettoisierung“, sind sie in die Arbeitsprozesse des Gastlandes intensiv einbezogen. Daher führt die unzureichende Adaptation an die lokalen Verhältnisse zu mancherlei Unzuträglichkeiten und Gefährdungen, was sich z.B. in einer hohen Unfallquote spiegelt. Vollends als Dilemma erweist sie sich, wenn aus dem „Gast“ ein Bleibender wird. Denn damit wird die Integration zur Notwendigkeit, die aber gleichzeitig abgewehrt wird.

## **2.1 Psychosomatische Erkrankungen und Migration**

Somatisierung ist ein weltweit verbreitetes Phänomen. Im weitesten Sinn- im Erleben körperlicher Symptome in Verbindung mit psychosozialer Belastung oder psychischer Krankheit- somatisiert der überwiegende Teil der Menschheit zumindest zeitweise. Die subjektiven Erfahrungen und Interpretationen bei solchen Somatisierungen unterscheiden sich interindividuell oft beträchtlich, wobei die Divergenzen zu wesentlichen Teilen auf kulturellen Einflüssen beruhen.

Körperliche Symptome sind weltweit die mit Abstand häufigsten Klagen, mit denen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen an das Gesundheitssystem wenden (Kirmayer u. Young 1998).

Bei Depressionen, dem in diesem Zusammenhang transkulturell am besten untersuchten Störungsbild, stellen weit über die Hälfte der Betroffenen den ersten Arztkontakt über somatische Beschwerden her (Kirmayer u. Groleau 2001).

In der ausgedehntesten, in diesem Kontext bisher durchgeführten Studie (The WHO Cross-National Study on Mental Disorders in Primary Care, Gureje et al. 1997) wurden 25916 Patienten der allgemeinmedizinischen Versorgung in 14 Ländern erfasst. Dabei äußerten 45-95% der Depressiven zunächst nur körperliche Symptome. Über 85% somatische Präsentation fanden sich in Ankara, Athen, Ibadan (Nigeria), Shanghai und Bangalore, unter 60% nur in Paris und Verona. Der Unterschied zwischen diesen Zentren war hoch signifikant ( $p=0,002$ ). Mittlere Positionen nahmen u.a. Berlin, Nagasaki, Seattle und Rio de Janeiro ein. Dass dabei aber psychosoziale Belastungen durchaus mit dem Krankheitserleben in Zusammenhang gebracht wurden, zeigte sich an der Bereitschaft der überwiegenden Mehrzahl der Patienten, sich mit diesem Themenbereich auseinander zu setzen, wenn sie von ärztlicher Seite darauf angesprochen wurden.

Ein ähnliches Ergebnis reproduzierte sich in der Studie von Small (2003) an depressiven Patientinnen aus der Türkei, Vietnam und den Philippinen. Diese zeigten ebenfalls zunächst eine sehr hohe Rate an somatischer Präsentation, waren aber, darauf angesprochen, fast ausnahmslos zu Mitteilungen über psychosoziale Belastungen bereit.

Unter den kulturübergreifend häufigsten Symptomen der Depression rangieren ein allgemeiner Verlust an Vitalität und Beschwerden über muskuläre Schmerzen, Abgeschlagenheit und Schlafstörungen weit vor psychischen Symptomen wie gedrückter Stimmung oder schuldhaften Denkinhalten (Simon et al. 1999, Weissman 1996).

Uexküll und Wesiack (1986) entwarfen das Modell des so genannten „Situationskreises“ als Grundlage für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten. Darin wird ein System von Organismus und Umwelt vorausgesetzt. Der Organismus ist gekennzeichnet durch die Phasen 1. „Rezeption“ (Merken), 2. „Bedeutungserteilung“ und 3. „Einwirken auf die Umwelt“ mit anschließend erneuter Rezeption der veränderten Umwelt usw. wie in einem Kreislauf.

Uexküll versteht Kranksein in seiner Form als Ergebnis eines gestörten Kontaktes zwischen Organismus und Umwelt, also als Beziehungsphänomen. Nach diesen

Vorstellungen sind psychosomatische Störungen demnach solche, in denen die psychischen Elemente in Umwelt oder Organismus beim Zustandekommen der mangelnden Anpassung eine entscheidende Rolle spielen.

Das von Selye (1960) entwickelte Stresskonzept ist ebenfalls ein Konzept über die Interaktion eines Organismus und seiner Umwelt, der durch das Einwirken von Außen aus dem Gleichgewicht zu geraten droht und deshalb Anpassungsleistungen vollbringt. Danach kommt es zuerst zur Alarmreaktion, in der es zur vermehrten Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin kommt.

Darauf folgt die Anpassungsphase mit Widerstand gegen die Stressoren. Hieran sind Hormone wie das ACTH und die Kortikosteroide beteiligt, um die Widerstandsfähigkeit zu erhöhen. Schließlich kommt es dann zum Erschöpfungszustand, in dem die Anpassungsvorgänge nicht mehr aufrechterhalten werden können. Stressoren können hierbei von verschiedenster Natur sein: Kälte, Hitze, Muskelarbeit, emotionale Erregung, etc.

Das psychoanalytische Modell von Alexander (Franke 1981) definiert psychosomatische Störungen als Ausdruck inadäquater Konfliktverarbeitung in Situationen, welche Aktionen verlangen, bei denen aber aufgrund mangelnder Konfliktlösungsmechanismen keine Aktion erfolgen kann.

Dabei geht er davon aus, dass die Krankheitssymptome gewissermaßen Hinweischarakter haben für den zugrunde liegenden Beziehungskonflikt, dass also die physiologischen Funktionen der konflikttypischen Organe gestört werden.

So kommt es bei Blockaden des sympathischen Systems zu Symptomen wie Migräne oder Bluthochdruck, bei parasympathischer Erregung zu Geschwüren oder Asthma.

Im Alexithymie-Modell wird dabei vor allem mangelnde Differenzierung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit der Gefühle und psychische Bilder bei demgegenüber erhaltener Fähigkeit zu objektiv sachbezogener Sprache als Bedingung für Somatisierungen gesehen (von Rad, 1983).

Im lerntheoretischen Konzept nach Lachmann kann emotionales Verhalten, obwohl ursprünglich autonom, gelernt und durch Stimuli ausgelöst werden.

Im Verlauf der Lerngeschichte können auch andere als die ursprünglichen Stimuli emotionale Reaktionen auslösen und mit zunehmender oder andauernder Frequenz zu dauerhaften physiologischen Dysfunktionen oder pathogenen Strukturveränderungen führen (Franke 1981)

Die Theorie der zweiphasigen Verdrängung von Mitscherlich (1954) beschreibt eine Phase der Verdrängung von Konflikten und Traumata mit der Entwicklung neurotischer Symptome.

Reichen die Abwehrversuche nicht mehr aus, so erfolgt eine weitere Verschiebung mit Entwicklung körperlicher Symptome.

Besonders hervorgehoben wird in Mitscherlichs Theorie zudem noch die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren als kausale Ursache für die Krankheitsätiologie.

Die Tatsache, dass alltägliche Lebensereignisse und Veränderungen im Leben im Zusammenhang mit Gesundheit stehen, steckt hinter der, in den sechziger Jahren in Amerika begründeten, Life-Event-Forschung.

Sie geht von biographisch bedeutsamen Ereignissen aus und untersucht den Zusammenhang zwischen Art, Ausmaß und sozialer Relevanz solcher Ereignisse mit der Entstehung von Krankheiten (Mechtler 1985).

Siegrist (1985) beschreibt, dass die Situationen, die zu Leistung, Wettbewerb und Kampf um bedrohte Kontrolle herausfordern, die Sympathikus-Nebennierenachse (Adrenalin) aktivieren, während Situationen des Kontrollverlustes, der Hilflosigkeit, die Hypothalamus-Nebennierenrindenschicht (Cortisol) stimulieren.

Zusammenfassend sind zwischen psychosomatischen Erkrankungen und Migration unterschiedliche Zusammenhänge beschrieben. Um diese besser erkennen zu können, müssen wir versuchen die dahinter stehende Psychodynamik zu verstehen.

## 2.2 Psychodynamik der Migration

Durch die Migration und den Wechsel des sozialen Raums kann es zu einem partiellen Verlust der Ich-Fähigkeiten kommen. Affektiv wird dies als Persönlichkeitsverlust erlebt, da das ganze Gerüst der Werte und Normen, durch das man sein Selbstwertgefühl erhält und an dem man sich bei den zwischenmenschlichen Beziehungen orientiert, nicht mehr gilt, d. h. ein Teil der vertrauten Ich-Identität geht verloren. Migranten beschreiben dies als Gefühl, nur noch ein halber Mensch zu sein, oder erzählen von der Seele, die daheim geblieben sei.

Unter dieser Bedingung überfluten neue Stimuli das Ich des Migranten, während dieser gezwungen ist, immer neu zu unter- und entscheiden, ohne über eine sichere innere Struktur bzw. Einsicht in das hiesige Werte- und Normsystem zu verfügen. D.h. das Subjekt kann die kulturellen Zeichen oft nicht bzw. nicht vollständig dechiffrieren und daher auch keinen Gebrauch von ihnen machen. Die Unkenntnis der vorherrschenden Sitten, Normen und Werte, die Unfähigkeit kulturelle Symbole zu dechiffrieren, führen zunächst zu einem erheblichen Ausmaß an Angst. In diesem Zusammenhang kann es zu paranoiden Ängsten gegenüber der Umwelt kommen, die unter Umständen in eine psychotische Dekompensation münden.

Unterteilt man die Ich-Leistungen in kognitive und steuernde Ich-Leistungen, gehören zu den kognitiven Ich-Leistungen die Außen- und Innenwahrnehmung, das Denken mit der Symbolisierungsfähigkeit, das Urteilen und die Antizipation.

Zu den steuernden Ich-Leistungen zählen die Impuls-, Affekt- und Regressionssteuerung. Diese Teilaspekte des Ichs bilden sich über die Objektbeziehungen im Laufe der psychischen Entwicklung heraus. Sie sind in ihrer Funktion transkulturell gleich, während das Kulturspezifische in den Abwehr- und Anpassungsmechanismen des Ichs liegt. ( Wohlfahrt, Özbek, Heinz 2005 in Wohlfahrt, Zaumseil 2006).

### Phasenmodell zu Migration:

Das bekannteste Phasenmodell zu Migration ist das von Sluzki 1979(2001) formulierte Phasenmodell, das folgende Stadien beim Migrationsprozess beschreibt:

- *Vorbereitung der Migration*

- *Migrationsakt*

- *Überkompensierungsphase:*

Als erste Anpassungsleistung nach dem Migrationsakt ist die Phase der Überkompensierung zu sehen. Migranten sind darauf bedacht, das Leben zum Laufen zu bringen, Alltagsleben zu installieren. Um das zu leisten, müssen sie Unstimmigkeiten und Widersprüche verleugnen, Dissonanzen vermeiden und vielleicht „Schönreden“ (honeymoon-Phase). Eine solche Haltung kann jedoch nicht lange aufrechterhalten werden.

- *Phase der Dekompensation:*

Nach der Honeymoon-Phase der Migration folgt das große Erwachen, die Phase der Dekompensation. Es ist eine Zeit der Zweifel und des Leids, der nicht mehr abzuwehrenden Widersprüche, der offensichtlich gewordenen persönlichen Defizite und falschen Bewältigungsstrategien. Es ist die Phase, in der Krisen am häufigsten aufkommen, psychische und körperliche Probleme und Symptome beklagt werden und Konflikte den Alltag bestimmen.

- *Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse und Integration:*

Sluzki geht davon aus, dass hier die in der Familie noch offenen Migrationskonflikte und nicht erreichten Anpassungsleistungen auftauchen. Hat die erste Zuwanderergeneration es versäumt, sich mit der Aufnahmegesellschaft auseinander zu setzen, so muss die zweite oder gar dritte Generation diese Leistung erbringen.

Jeder dieser Phasen zeichnet sich durch ihre besonderen Belastungen und individuellen und familiären Bewältigungsmuster aus. Das Modell von Sluzki ist deshalb besonders interessant für Praktiker, weil es einen theoretischen Rahmen für das Prozeßhafte der Migration liefert und Hinweise auf mögliche Störungen, aber auch Reifungsschritte für jedes Stadium des Migrationsverlaufs anbietet.

Der Prozess der Integration in die Aufnahmekultur erfolgt genauso wie die Ablösung einer zyklischen Emotionslogik, allerdings mit anderen Akzentuierungen (Machleidt u. Calliess 2004; siehe auch Sluzki 2001). Die hochgefühlige Ankunftsphase ist mit einem enormen Objekt-Hunger auf die noch unbekannte faszinierende Kultur verknüpft sowie einer großen Auf- und Übernahmbereitschaft erwünschter kultureller Elemente verbunden mit einem hohen Integrationsbemühen. Nach Ablauf von ein bis zwei Jahren folgt dann eine anhaltende Periode des Ringens um die Absicherung der Existenz in den Bereichen Arbeit und Wohnen, des Erhaltens der Kontinuität der Familie und der Gewinnung einer neuen bi-kulturellen Identität. Dies ist die Phase der dritten Individuation „kultureller Adoleszenz“, die mit einer erhöhten Vulnerabilität einhergeht und in der typischerweise psychische Störungen auftreten können.

### **2.3 Migration als Ursache für körperliche Beschwerden**

Migranten und Migrantinnen wird aufgrund der Arbeitssituation ein höheres Krankheitsrisiko zugeschrieben als Einheimischen, ohne dass in den meisten Fällen nach Geschlecht und Nationalität differenziert wird. Es gibt wenige Arbeiten, die in diesem Bereich gesundheitliche Risiken von Frauen benennen: Im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz wird von Wirbelsäulenbeschwerden und Rückenschmerzen berichtet (Fernex 1974 und Grottian 1991).

Ausgehend von den Ergebnissen der Stressforschung vertritt Mengistu die Ansicht, dass sich vor allem plötzlich auftretende, überraschende, einschneidende Lebensereignisse und Verluste sowie chronische Stressoren in Zusammenhang mit alltäglichen Ereignissen auf die Gesundheit der Menschen auswirken: „ Dass MigrantInnen gegenüber Deutschen erhöhte Erkrankungsrisiken besitzen, wurde durch mehrere Studien auf internationaler und nationaler Ebene belegt“ (Mengistu 2002, S.91):

- Höhere Raten von Totgeburten, Säuglings-, Kleinkinder und Müttersterblichkeit (Weber 1990)
- Höhere Raten von Infektionskrankheiten, Störungen im Magen-Darm-Bereich (Kliever 1992)

- Höhere Rate von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (Weber 1990)
- Höhere Raten von Arbeitsunfällen, Unfällen im häuslichen Bereich sowie von Verkehrsunfällen (Schwarze 1991)
- Frühzeitiger auftretende chronische Krankheiten (Kliever 1992)
- Häufigeres Aufsuchen gynäkologischer Notfallambulanzen (Pette 1998)
- Doppelt so häufiges Auftreten von Schmerzsymptomen bei Ausländerinnen als bei deutschen Patientinnen (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland 1998)
- Stärkere Betroffenheit von Arbeitslosigkeit. Bei ausländischen Arbeitslosen zeigt sich eine weit stärkere Konzentration von gesundheitlichen Belastungen als bei anderen Bevölkerungsgruppen (Elkeles 1993), ausländische Arbeiter sind bereits im Alter von 40 bis 50 (zehn Jahre früher als ihre deutschen Kollegen) von Invalidität betroffen (Rehfeld 1991).

Collatz (1985) schildert unter anderem erhöhte Inzidenzraten und Krankheitsrisiken für Depressionen und psychosomatische Leiden, frühzeitigen körperlichen Verschleiß bei den Älteren sowie krisenhafte Persönlichkeitsentwicklungen bei deren Kindern, welches auf die psychosoziale Belastung im Migrationsverlauf dieser Familien hinweist.

Rosmond (1996) beschrieb eine erhöhte Inzidenz von Schlafstörungen, Verdauungsstörungen und Kopfschmerzen bei ausländischen Arbeitnehmern in Schweden.

Auch Larbig (1981) fand in einer Studie über japanische und griechische Arbeitnehmer in Deutschland eine Zunahme von Kreislauf- und Atemwegsbeschwerden sowie gastrointestinaler Beschwerden nach stattgefunder Migration im Vergleich zu der Zeit vor dem Verlassen des Herkunftslandes.

Land et. al. (1982) registrieren besonders hohe Raten an Magen-Darm-Erkrankungen.

Ziegler und Hack beobachten, dass die Morbiditätsraten bei ausländischen Arbeitnehmern unverhältnismäßig schnell steigen. (Becker 1982)

Hinweise darauf, dass sich türkische Migranten bezüglich der Art und Ausprägung von Beschwerden, die zu einer ärztlichen Untersuchung führen, von der hiesigen Bevölkerung unterscheiden, sind einer Studie von Wagner et al. (1985) zu entnehmen. Es zeigt sich, dass in der Gruppe der 25-44 jähriger türkischer Patienten als Hauptanliegen der Arztkonsultation folgende Beschwerden genannt wurden:

„Rückenbeschwerden“ (9,8%), „Magen- und Bauchbeschwerden“ (8,9%), „Kopfschmerzen“ (6,3%), „Armbeschwerden“ (6,3%), „Müdigkeit, Erschöpfung“ (3,6%), „abnorme Empfindungen des Auges“ (3,6%) und schmerzhaftes Harnlassen (3,6 %). Sofern diese Beschwerden auch in der Liste der Hauptanliegen deutscher Patienten vorkommen, treten sie prozentual bei den türkischen Patienten deutlich häufiger auf. 15,2% aller Hauptdiagnosen betreffen bei türkischen Patienten die Sammelgruppe „andere Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.“

Günay und Haag (1990) führten eine Untersuchung an 80 türkischen Frauen der ersten Auswanderungsgeneration mit dem Gießener Beschwerdebogen durch und stellten eine hochsignifikant höhere Anfälligkeit türkischer Emigrantinnen gegenüber psychosomatischer Störungen im Vergleich zur einheimischen weiblichen Bevölkerung fest. Hier rangierten Gelenk- und Gliederschmerzen, unklare abdominelle Beschwerden sowie Kopfschmerzen an erster Stelle. Auch Herzbeschwerden, Schwächegefühle, Müdigkeit und Erschöpfbarkeit waren häufig.

Bei der Gesundheitsbefragung der Wohnbevölkerung der Schweiz 1992/93 wurden auch Ausländer mit einer Jahresaufenthalts- und Niederlassungsbewilligung befragt. Trotz ähnlich wahrgenommenen subjektiven Gesundheitszustands waren in den vier Wochen vor der Gesundheitsbefragung mehr Italiener (33%) und übrige Ausländer (30%) starken körperlichen Symptomen unterworfen als Schweizer (26%).

Auch die psychische Befindlichkeit wird von den Ausländern im Allgemeinen als schlechter (39%) eingeschätzt als von den Schweizern (28%).

Schlechte Schulbildung und höheres Alter beeinflussen die subjektiv wahrgenommene Gesundheit negativ, doch bleibt der Unterschied zwischen Ausländern und Schweizern auch nach Korrektur dieser Faktoren bestehen (Calmonte R, Herren B, Spuhler T, Koller C. 1998).

Diefenbacher und Heim (1994) wiesen in einer Berliner Studie an türkischen Patienten, die aufgrund von Depressionen in psychiatrischer Behandlung waren, zudem noch ein höheres Maß an somatischen Beschwerden nach als in einer deutschen Vergleichsgruppe.

Uniken-Venema et al. (1995) beurteilten den Gesundheitszustand ausländischer Arbeitnehmer in den Niederlanden schlechter als bei den Einheimischen und hielten einen Zusammenhang mit soziokulturellen und ökonomischen Faktoren für wahrscheinlich.

Untersuchungen bei Migrantengruppen stellten erhöhte Erkrankungs- und Beschwerdehäufigkeiten fest. (Sundquist et al. 2000, Ritsner et al. 2000, Siefen und Brähler 1996). Sundquist et al. (2000) fanden bei Migranten in Schweden häufiger Schlafstörungen, Müdigkeit und Kopfschmerzen. Im Vergleich beschrieben Ritsner et al. (2000) hohe Somatisierungsraten der jüdischen Einwanderer aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion nach Israel. Als Ursache für den in Untersuchungen berichteten schlechteren Gesundheitszustand werden meistens Belastungen in Folge der Migration oder kulturspezifische Adaptationsbelastungen angesehen.

Seit Anfang der 90er Jahre wurden die Vorstellungsbeschwerden der Patientinnen und Patienten in der Migrantenambulanz der Medizinischen Klinik und Poliklinik III klassifiziert. In erster Linie klagen die türkischen Migranten über generalisierte Körper- bzw. Knochenschmerzen. Diese Beobachtung wurde unabhängig von der Migrantenambulanz auch in der rheumatologischen Sprechstunde dieser Klinik gemacht. Ein Fibromyalgie-Syndrom kam differentialdiagnostisch oft in Frage, ebenso eine depressionsbedingte Somatisierung. (Erkal 2005).

Andererseits kann aber beispielsweise Eser (1984) auf einer internistischen Krankenstation keine signifikanten Unterschiede in der Art und Anzahl der Beschwerden türkischer Patienten im Vergleich zu deutschen aufdecken. Er weist aber nach, dass die türkischen Patienten deutlich länger unter den geklagten Beschwerden leiden als die Patienten einer deutschen Vergleichsstichprobe.

Elkeles und Seifert (1996) führten eine Längsschnittstudie an Migranten in Deutschland durch. Dabei ließen sich keine Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Arbeitnehmern bezüglich ihrer Krankheitssymptome erheben. Lediglich arbeitslose Ausländer fühlten sich unzufriedener und kränker als deutsche Arbeitslose.

Chen und Wilkins (1996) analysierten Daten zum Gesundheitszustand und Lebenserwartung kanadischer Immigranten und stellten dabei fest, dass diese eine deutlich höhere Lebenserwartung und weniger körperliche Störungen hatten als die einheimische Bevölkerung. Dies galt besonders für Einwanderer aus außereuropäischen Ländern. Die Autoren führten diese Tatsache auf den „healthy immigrant effect“ zurück.

## **2.4 Migration und psychische Störungen**

Häfner, Meschel und Özek (1977) stellen fest, dass psychische Störungen im Sinne eines depressiven Syndroms bereits kurz nach der Ankunft im Gastland bei 21,3 % der untersuchten ausländischen Personen auftreten. Genauere zeitliche Angaben werden nicht erwähnt.

Schwab und Tercanli (1987) bestätigten grundsätzlich diese zitierten Untersuchungen, wonach intestinale und den Bewegungs- und Stützapparat betreffende Beschwerden bei Ausländern im Vordergrund stehen. Zusätzlich stellten die fest, dass Frauen gegenüber Männern in signifikant stärkerem Masse unter psychischen Befindlichkeitsstörungen leiden. Anders als bei den Männern erscheinen die Akkulturationsprozesse bei den Frauen (Anpassung an die neuen kulturellen und sozialen Bedingungen) verlangsamt und konfliktreicher zu verlaufen. Teils aufgrund sozialisationsbedingter Überzeugung,

teils aufgrund familiären Drucks zeigen die Frauen auch eine deutlich stärkere Bereitschaft, ihre spezifische, d. h. kulturell determinierte, Rolle weiterzuführen. Damit geraten sie jedoch in Widerspruch zu den Rollenerwartungen der neuen Umgebung. Ca. 80% der türkischen Frauen dieser Untersuchungsstichprobe sind außerhäuslich berufstätig. Hier werden sie mit dem Rollenverständnis der einheimischen Frauen konfrontiert. Der Umgang mit deutschen Arbeitskollegen/innen bleibt aber in der Regel berufsbezogen. Engere Kontakte oder gar freundschaftliche Beziehungen ergeben sich hieraus so gut wie nie, so dass die vielleicht wichtigste Unterstützung zur Etablierung eines den neuen sozialen Bedingungen angepassten Rollenverständnisses fehlt. Zum Einfluss des Alters auf das Beschwerdebild ist festzustellen, dass Anzahl und Ausprägung der Beschwerden mit höherem Alter nicht, wie man hätte erwarten können, zunehmen, sondern ein deutlicher Trend in entgegengesetzter Richtung zu beobachten ist.

Köpp, Rohner und Trebbin (1993) dokumentierten verschiedene Sozialdaten und die Ergebnisse sämtlicher diagnostischer Interviews aus dem Jahre 1990 in einer psychosomatischen Ambulanz. Von den 608 Patienten (100 %) waren 542 (89,1 %) Deutsche und 66 (10,9 %) Ausländer. Ausländische Patienten lebten häufiger in Familien und waren häufiger arbeitslos. Sie litten eher häufiger unter funktionellen Störungen, wobei sich jedoch auffällige Geschlechtsunterschiede ergaben. Auffällig seltener waren seelische Symptome bei ausländischen Männern zu beobachten. Psychoanalyse oder psychodynamische Therapieverfahren wurden häufiger deutschen Patienten empfohlen. Vor allem ausländische Frauen wurden sehr häufig in ambulante psychiatrische Behandlung geschickt (24%) oder bekamen überhaupt keine Therapieempfehlung (22%). Abschließend werden Therapieempfehlungen und prognostische Einschätzungen der Untersucher vor dem Hintergrund möglicher kultureller Subjektivität der Berater diskutiert. Ausländische Frauen litten signifikant häufiger als deutsche Frauen unter diffuser Angst und unter aktueller Depressivität. Kopfschmerzen kamen bei Ausländern häufiger als bei Deutschen vor. Der Unterschied ist sowohl für die Frauen als auch für die Männer signifikant. Störungen des Magen-Darm-Traktes sowie Wirbelsäulen- und muskuläre Syndrome waren vor allem bei

ausländischen Frauen häufig anzutreffen, wohingegen Schlafstörungen in stärkerem Masse bei ausländischen Männern zu beobachten waren.

Den wenigen epidemiologischen Studien ist zu entnehmen, dass bei Migranten häufiger Somatoforme Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen vorkommen.

(z. B. Ross, Malanin und Pfäfflin 2004).

Migrantenkinder und- jugendliche werden häufiger als aggressiv beschrieben (z. B. Pfeiffer und Wetzels 2000), delinquentes Verhalten und Sucht (Boos-Nünig und Siefen 2004) und Depressionen (Siefen 2005) scheinen bei einigen Migrantengruppen häufiger vorzukommen.

Bezogen auf die psychosomatische und psychiatrische Versorgung weist der Hauptteil vorliegender Studien auf defizitäre Versorgungsstrukturen hin und beschreibt Probleme bei der Versorgung von Migranten ( z. B. Ete 1986, Zarifoglu 1992, Zeiler und Zarifoglu 1994).

### **3 Fragestellung und Hypothesen**

Ziel dieser Arbeit ist die Erhebung psychosomatischer Symptome (SCL 90) und Depressivität (BDI) in verschiedenen Migrantenpopulationen in Deutschland (Gießen, Braunschweig, Aachen, Dillenburg, Kassel, Frankfurt, Limburg, Wuppertal). Diese sollen dann in Bezug zu verschiedenen in der Türkei lebenden Stichproben (Istanbul, Zonguldak, Aksaray) und ambulanten türkischen Patienten der Medizinischen Poliklinik und der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen-Marburg GmbH gesetzt werden.

Ausgehend von den im obigen Teil dargestellten Theorien und Befunden zur Migration ergeben sich die Fragestellungen dieser Untersuchung sowohl aus einer explorativen sowie einer vergleichenden Strategie, die im Folgenden aufgeführt sind.

### Explorative Fragestellungen:

- Wie verhält es sich bei türkischen Migranten mit der Attribution psychosomatischer Beschwerden – werden diese eher psychischer oder eher organischer Verursachung zugeschrieben ?
- Lassen sich bei der Arztwahl der Migranten Präferenzen ausmachen (türkischer vs. nicht-türkischer Arzt) ?
- Wie offen gehen Migranten mit psychischen Problemen um?
- Wie sehen die Zukunftspläne der untersuchten Migranten aus (Verbleiben in Deutschland / Rückkehr in die Türkei) ?

### Unterschiedshypothesen:

- Die Gruppe der Immigranten weist stärkere psychosomatische Symptome auf als im Heimatland lebende Türken. (SCL 90 Gesamtscore sowie alle Subskalen)
- Die Gruppe der Immigranten ist depressiver als im Heimatland lebende Türken. (BDI)
- Immigrierte Frauen sind stärker mit psychosomatischen Symptomen belastet als immigrierte Männer (SCL 90)
- Immigrierte Frauen sind depressiver als immigrierte Männer (BDI)
- Je länger die Aufenthaltsdauer in Deutschland, desto stärker das Ausmaß an psychosomatischen Beschwerden (SCL 90)
- Die erste Migrantengeneration ist belasteter als die nachfolgenden Generationen

## **4 Material und Methoden**

### **4.1 Stichproben und Erhebungssituation**

#### **Untersuchungszeitraum und Rücklauf**

Die Studie wurde in der Zeit vom 01.08.2004 bis zum 01.08.2006 durchgeführt. Es wurden insgesamt 1900 Fragebögen verteilt. 1150 ausgefüllte Fragebögen wurden zurückgegeben bzw. zurückgesandt. Die Anzahl verwertbarer Fragebogen war 994. Die relativ niedrige Rücklaufquote von 60,5 Prozent könnte damit zusammenhängen, dass die Fragebögen von den Teilnehmern meistens als sehr aufwändig gefunden wurden.

#### **Stichprobenakquise und Stichprobenszusammensetzung**

Es nahmen insgesamt 994 Personen (633 Frauen und 361 Männer) an der Studie teil. Die Teilnahme an der Studie erfolgte auf freiwilliger Basis, die Probanden konnten jederzeit ohne Angabe von Gründen ihre Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen. Schwere psychiatrische Krankheit, Sucht, Minderbegabung und Analphabetismus waren die Ausschlusskriterien.

Die Stichproben der türkischen Bevölkerung in Deutschland bildeten die Teilnehmer an den diversen Seminaren der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung, der unterschiedlichen türkischen Vereinen, Moscheen sowie die Klienten der Psychosomatischen Ambulanz des Uniklinikums Giessen u. Marburg sowie der Medizinischen Poliklinik des Uniklinikums Giessen u. Marburg.

Die Erhebung der Daten der Kontrollgruppe in der Türkei wurden freundlicherweise zum Teil von Herrn Dr. Konuk, Psychiatrische Klinik der Universität Karaelmas Zonguldak zur Verfügung gestellt.

Die Kontrollgruppe in Istanbul bildeten die Angestellte und Arbeiter der Keramik Fabrik Canakkale Seramik & Kalebodur und das Personal einiger Schulen und eines Stadtkrankenhauses.

Die Kontrollgruppe aus Aksaray wurde vom Stadtkrankenhaus Aksaray und der Pflegeschule rekrutiert. Untenstehende Tabelle 1 listet die Herkunft der Teilnehmer auf.

	Türken im Heimatland	Türkische Immigranten
Wohnort	Istanbul, Zonguldak, Aksaray	Gießen, Braunschweig, Aachen, Dillenburg, Kassel, Frankfurt, Limburg, Wuppertal
Männer	146	215
Frauen	191	442
Gesamt	337	657

**Tabelle 1: Herkunft der Stichprobe**

**In die jeweiligen Auswertungen gehen nur vollständige Datensätze ein. Missing Data wurden automatisch entfernt. (Unterschiedliche Fallzahlen bei den einzelnen Tabellen)**

Sowohl die Migrantenstichprobe als auch die in der Türkei lebenden Teilnehmer waren alle zwischen 18 bis 65 Jahre alt (siehe Tabelle 2).

			Mittelwert	Standardabweichung	N
Türken im Heimatland	Männer		33,60	11,581	146
	Frauen		33,39	8,782	190
	Gesamt		33,48	10,078	336
Türkische Immigranten	Männer		37,45	12,511	207
	Frauen		35,26	11,725	436
	Gesamt		35,96	12,018	643
Gesamt	Männer		35,86	12,266	353
	Frauen		34,69	10,943	626
	Gesamt		35,11	11,445	979

**Tabelle 2: Alters- und Geschlechterverteilung**

### **Weitere Soziale Charakteristika**

Folgende soziale Daten wurden zusätzlich zu den beiden Fragebögen erfragt: Familienstand, Lebenssituation (allein oder mit der Familie), Bildungsniveau, aktuelle Arbeitssituation, somatische und psychiatrische Behandlungen in der Vergangenheit, psychiatrische Erkrankungen im Verwandtenkreis, Migrationsdauer, Migrationsgeneration, Remigrationswunsch.

### **Testdurchführung**

Die Testung erfolgte sowohl in kleinen Gruppen als auch alleine.

Während der Durchführung durften die Teilnehmer bei auftretenden Unklarheiten Fragen stellen.

Zur Fragebogenerhebung brauchten die Teilnehmer zwischen 30 Minuten und einer Stunde. Bei Bedarf wurden kurze Pausen eingelegt.

## **4.2 Testverfahren**

### **SCL 90-R**

Die SCL 90-R (Symptom Checklist -90-Revised) ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Ausgewertet ermöglichen die 90 Items Aussagen zur Symptombelastung, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten zusammengefasst werden. Die Items sind sprachlich einfach formuliert und vermeiden psychopathologische Fachausdrücke, soweit sie nicht Einzug in die Umgangssprache gehalten haben.

Das vom Patienten zu betrachtende Zeitfenster umfasst die vergangenen drei Monate<sup>1</sup> bis zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens.

83 der 90 Items werden zu neun Skalen zusammengefasst, sieben Items gehen als Zusatzinformation in die Berechnung der drei globalen Kennwerte mit ein. Jede der

---

<sup>1</sup> In der deutschen Version bezieht sich der Zeitraum nur auf die vergangene Woche

neun Skalen der SCL 90-R umfasst die dimensionalen Übergänge von „normaler“ alltäglicher Symptombelastung bis zur psychopathologisch relevanten Symptomatik.

### ***Skala 1: Somatisierung***

Zwölf Items beschreiben einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen. Skala 1 fokussiert auf Distress, der dadurch entsteht, dass man körperliche Dysfunktionen an sich wahrnimmt: kardiovaskulär, gastrointestinal, respiratorisch und bei anderen Systemen mit starker autonomer Regelung. Kopfschmerzen, Schmerz und Unwohlsein in der Grobmuskulatur und zusätzlich somatische Komponenten der Angst sind Definitionskriterien. Diese Symptome und Zeichen haben alle nachweisbare hohe Prävalenz bei Störungen mit funktioneller Ätiologie, obwohl sie auch tatsächliche körperliche Störungen widerspiegeln können.

### ***Skala 2: Zwanghaftigkeit***

Zehn Items umfassen leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit. Skala 2 berücksichtigt Symptome, die eng mit dem klinischen Syndrom der Zwanghaftigkeit zusammenhängen: Gedanken, Impulse und Handlungen, die als konstant vorhanden und nicht änderbar vom Individuum erlebt werden, gleichzeitig werden sie als ich-fremd oder ungewollt empfunden. Verhalten und Empfindungen bei einer eher generell kognitiven Leistungsstörung sind aber ebenso erhalten.

### ***Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt***

Neun Items beschreiben leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit. Skala 3 bezieht sich auf Gefühle der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit, vor allem im Vergleich mit anderen. Selbstabwertung und Gefühle des Unwohlseins und deutliches Unwohlsein in interpersoneller Kommunikation sind charakteristische Manifestationen des Syndroms. Patienten mit hohem Wert auf dieser Skala berichten akute Selbstunsicherheit und negative Erwartungen in Bezug auf die Kommunikation und das zwischenmenschliche Verhalten mit anderen.

#### ***Skala 4: Depressivität***

Dreizehn Items umfassen Traurigkeit bis hin zur schweren Depression. Bei Skala 4 geht es um die Bandbreite der Manifestation klinischer Depression: Symptome dysphorischer Stimmung und Gefühle zeigen gesunkenes Interesse am allgemeinen Leben, verringerte Motivation und den Verlust vitaler Energien. Zusätzlich finden sich Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und andere kognitive und somatische Korrelate der Depression.

#### ***Skala 5: Ängstlichkeit***

Zehn Items beschreiben körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst. Skala 5 fokussiert auf manifeste Angst mit Nervosität, Spannung und Zittern, Panikattacken und Schreckgefühle. Die kognitiven Komponenten umfassen Gefühle von Besorgnis und Furcht und somatische Korrelate der Angst.

#### ***Skala 6: Aggressivität/Feindseligkeit***

Sechs Items beinhalten Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten. Skala 6 bezieht sich auf Gedanken, Gefühle oder Handlungen, die charakteristisch für den negativen Gefühlszustand von Ärger sind und sowohl Aggression, Irritierbarkeit und Zorn und Verstimmung umfassen.

#### ***Skala 7: Phobische Angst***

Sieben Items beschreiben ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst. Skala 7 umfasst andauernde und unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Personen, einen Platz, ein Objekt oder eine charakteristische Situation, die zur Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führt. Die Items fokussieren auf die mehr pathogene und spaltende Manifestation des phobischen Verhaltens. Derogatis bezieht sich hier auf die Definition von Agoraphobie von Marks (1969), die auch phobisch-ängstliches Depersonalisationssyndrom (Roth 1959) genannt wird.

### **Skala 8: Paranoides Denken**

Sechs Items umfassen Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken. Bei Skala 8 wird paranoides Verhalten grundsätzlich als Denkstörung verstanden. Gedankenprojektion, Feindseligkeit, Argwohn, Grandiosität, Einengung, Angst vor Autonomie-Verlust und wahnhaftige Täuschungen werden als primäre Aspekte der Störung skizziert.

### **Skala 9: Psychotizismus**

Zehn Items beschreiben das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden. Skala 9 umfasst eine kontinuierliche Dimension des menschlichen Erlebens, die von verzerrtem, isoliertem, schizoidem Lebensstil bis hin zu Primärsymptomen der Schizophrenie wie Halluzinationen und Gedankenzerfall reicht. Das Kontinuum der Skala 9 reicht von leichter zwischenmenschlicher Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose nach Eysenck (1968).

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items.

Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten und der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Durch seine mehrdimensionale Auswertung und der Möglichkeit der Messwiederholung ist die SCL-90-R ein weithin anerkanntes und gebräuchliches Instrument, das Vergleiche mit Befunden aus der Literatur zulässt.

Die türkische Version der SCL 90-R ist von Dag. (1991) in seiner Promotion überarbeitet worden. Im Rahmen einer Studie von Gökler sei dieses Instrument 1978 bei Psychiatern sowie Psychologen aus dem Englischen übersetzt worden.

Die Stichprobe von Dag bestand aus 190 Studenten und 342 Studentinnen. Der Cut-off Wert wurde für einen GSI=1.0 empfohlen, untenstehende Tabelle 3 gibt die Verteilung des GSI in der Stichprobe nach Geschlechtern getrennt wieder:

	Frauen	Männer	Insgesamt
Mittelwert	1,063	1,051	1,059
Standardabweichung	0,578	0,548	0,567

**Tabelle 3: Verteilung des GSI bei DAG (1991)**

In einer anderen Studie von dem Autor wurden 894 Militärdienstleistende im Alter zwischen 16-34 inkludiert. In dieser Stichprobe lag der Mittelwert des GSI bei 0,846 (S: 0,567).

### **BDI**

Das Beck-Depressions-Inventar ist ein seit 30 Jahren national und international weit verbreitetes und in vielfältigen klinischen Zusammenhängen erfolgreich eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Es entstand aufgrund klinischer Beobachtungen depressiver Patienten. Die häufigsten Beschwerden sind zu 21, keiner ätiologischen Theorie verpflichteten Items komprimiert (Traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthass, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Isolierung, Entschlussunfähigkeit, negatives Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust).

Jedes der 21 Items enthält vier Aussagen. Hier sind in einfachen Sätzen die depressiven Symptome in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung von 0= nicht vorhanden, über 1= leichte Ausprägung, 2=mässige Ausprägung, bis 3= starke Ausprägung beschrieben. Der Proband soll nun aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die seine gegenwärtige (letzte Woche einschließlich heute) Lage am besten beschreibt. Dazu kreuzt er/sie eine der vorgegebenen Ziffern vor den Aussagesätzen an.

Beispiel:

Ich bin nicht traurig

Ich bin traurig

Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los

Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage

Das BDI erweist sich als ein auch für Verlaufsuntersuchungen geeignetes und von psychiatrischen und anderen Patienten gut akzeptiertes Instrument. Seine Aussage bleibt von Lebensalter, Geschlecht und nosologisch-diagnostischer Eingruppierung des Patienten weitgehend unberührt.

Patienten brauchen nach entsprechender Anleitung selten mehr als 10, höchstens 15 Minuten.

Der Grad der Antriebshemmung, die Entscheidungsfreudigkeit und das Alter haben Einfluss auf die Bearbeitungszeit.

Die türkische Version von BDI ist von Hisli (1989) überarbeitet worden. Die Stichprobe bestand aus Studenten und Studentinnen.

Mindestwert ist 0 und Höchstwert ist 63. Der Schweregrad von Depression wird in vier Kategorien unterteilt: 5-9 Punkte: Normal, 10-18 Punkte: Leicht bis Mittelschwer, 19-29 Mittelschwer bis Schwer und 30-63 Schwer.

Cut-off Wert ist 17. ( Aydemir und Köroglu 2000)

### **Soziale Daten**

Folgende soziale Daten wurden zusätzlich zu den beiden Fragebögen erfragt: Geschlecht, Alter, Familienstand, Lebenssituation (allein oder mit der Familie), Bildungsniveau, aktuelle Arbeitssituation, somatische und psychiatrische Behandlungen in der Vergangenheit, psychiatrische Erkrankungen im Verwandtenkreis, ob die körperlichen und psychischen Beschwerden im Zusammenhang mit der Migration gesehen werden, ob die Beschwerden eher als organisch oder psychisch zugeordnet werden, Migrationsdauer, Migrationsgeneration, Remigrationswunsch,

Behandlungswunsch bei psychischen Erkrankungen von einem türkischen Arzt, ob psychische Erkrankungen verheimlicht werden sollten, alternative Therapiemethoden, insbesondere religiöse Aspekte.

Insgesamt wurden den Probanden die Fragebögen in türkischer Sprache ausgehändigt, da viele in der deutschen Sprache nicht sicher waren oder gar kein Deutsch sprachen. Dem Eindruck nach ist in der Stichprobe insgesamt eher von geringen Kenntnissen der deutschen Sprache auszugehen.

### **4.3 Statistische Verfahren**

Zur Bestimmung differentieller Unterschiede wurden jeweils zweifaktorielle Varianzanalysen berechnet. Die abhängigen Variablen in den getrennten Analysen waren die SCL 90 R mit dem Globalen Beschwerdeindex (GSI) und deren Subskalen sowie der BDI-Gesamtscore. Die Faktoren bildeten jeweils zweistufig „Geschlecht“ und „Migration“. Signifikante Interaktionseffekte wurden anschließenden t-Tests für unabhängige Stichproben zugeführt.

#### **Statistik-Software**

Sämtliche Berechnungen wurden mit SPSS Version 12.0. vorgenommen.

## **5 Ergebnisse**

Zunächst werden die Gruppenvergleiche im SCL-90 R dargestellt, im Anschluss finden sich die Befunde zum BDI, des Weiteren die Zusammenhänge von Migrationsdauer und psychosomatischer Symptomatik.

## **5.1 Ergebnisse mit dem SCL 90-R**

Zunächst werden die Gruppenvergleiche und Signifikanzen für die einzelnen Subskalen angeführt, abschließend der Globale Kennwert beurteilt.

### **Gruppenvergleiche ohne signifikante Unterschiede**

Keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte zwischen den untersuchten Stichproben ließen sich für die Skalen „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“ und „Aggressivität“ finden.

### **Signifikanter Haupteffekt für den Faktor „Migration“**

Bezüglich der Ausprägung der „Zwanghaftigkeit“ in der SCL 90 R lässt sich ein signifikanter Unterschied finden, der allein auf den Faktor „Migration“ zurückzuführen ist ( $F(1)=9,89$  ;  $p=.002$ ). Hier wird deutlich, dass Migranten auf dieser Skala höhere Werte angeben als Nicht-Migranten ( $D=-0,17$ ;  $t(888)=-3,84$ ;  $p=.000$ ).

### **Signifikante Haupteffekte für die Faktoren „Geschlecht“ und „Migration“**

Hier konnten spezifische Unterschiede in den Skalen „Somatisierung“, „Unsicherheit im sozialen Kontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“ und „Globaler Beschwerdeindex (GSI)“ bestimmt werden, die sich auf die beiden Faktoren „Migration“ und „Geschlecht“ zurückführen lassen.

## Skala: Somatisierung

Auf der Skala „Somatisierung“ ergab sich ein Haupteffekt für „Migration“ ( $F(1)=12,87$ ;  $p=.000$ ) sowie ein Haupteffekt für „Geschlecht“ ( $F(1)=24,94$ ;  $p=.000$ ). Anschließende t-Tests ergaben, dass die Gruppe der Migranten mehr somatisiert als die im Heimatland lebenden Türken ( $D=-,26$ ;  $T(888)=-4,51$ ;  $p=.000$ ) und dass die Frauen insgesamt stärker Somatisierungssymptome angeben als Männer ( $D=-,34$ ;  $T(888)=-6,44$ ;  $p=.000$ )

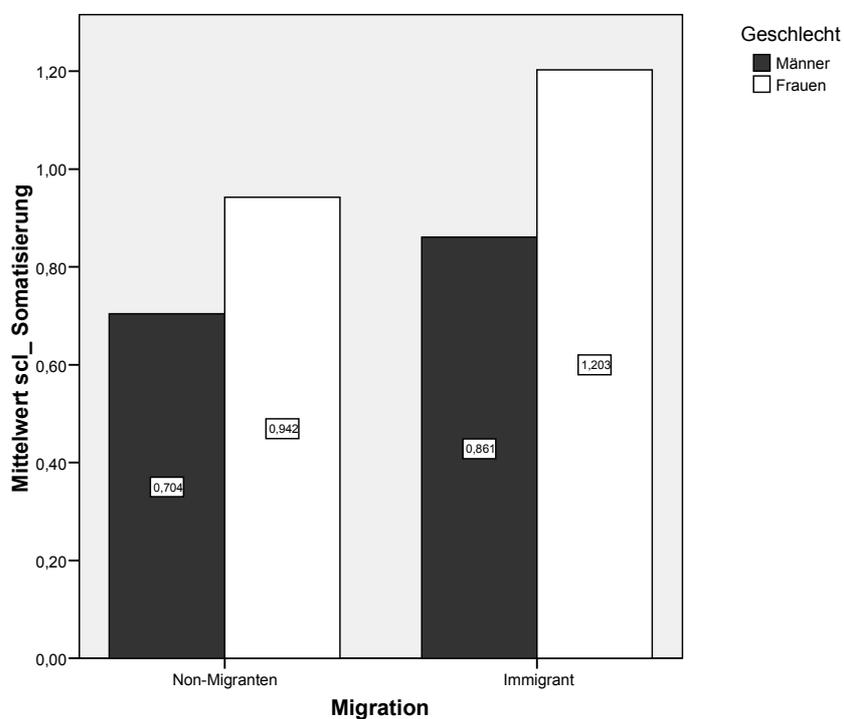


Abbildung 1: Mittelwerte der Skala Somatisierung in der SCL 90 R

## Skala: Zwanghaftigkeit

Bezüglich der Ausprägung der „Zwanghaftigkeit“ in der SCL 90 R lässt sich ein signifikanter Unterschied finden, der alleinig auf den Faktor „Migration“ zurückzuführen ist ( $F(1)=9,89$ ;  $p=.002$ ). Hier wird deutlich, dass Migranten auf dieser Skala höhere Werte angeben als Nicht-Migranten ( $D=-0,17$ ;  $t(888)=-3,84$ ;  $p=.000$ ). Das Geschlecht hingegen hat keinen Einfluss auf die erlebte Zwanghaftigkeit ( $F(1)=3,06$ ;  $p=.081$ ).

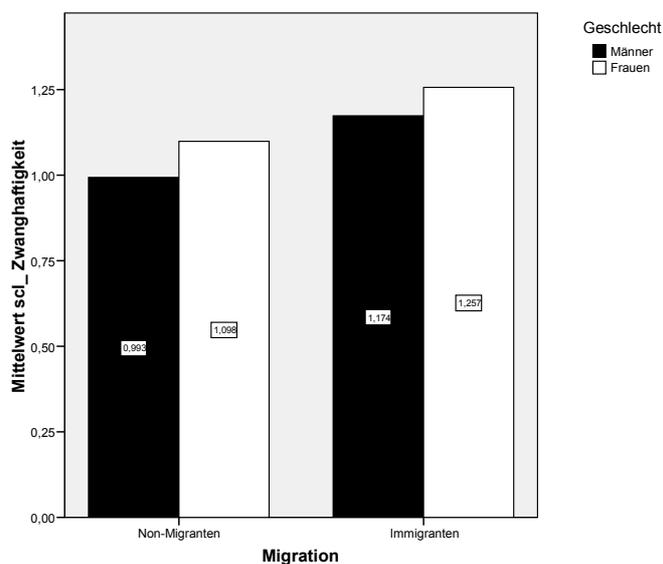


Abbildung 2: Mittelwerte der Skala Zwanghaftigkeit in der SCL 90 R

## Skala: Unsicherheit im sozialen Kontakt

Bezüglich der Unsicherheit im sozialen Kontakt fanden sich Haupteffekte für „Migration“ ( $F(1)=4,03$ ;  $p=.045$ ) und für „Geschlecht“ ( $F(1)=9,73$ ;  $p=.002$ ). Die Anschlussanalysen zeigten, dass die Gruppe der Immigranten sich signifikant als sozial unsicherer einschätzt als die Nicht-Migranten ( $D=-,16$ ;  $T(888)=-2,76$ ;  $p=.006$ ) und die weiblichen Probanden sich insgesamt unsicherer im sozialen Kontakt fühlen als die Männer ( $D=-,23$ ;  $T(888)=-4,37$ ;  $p=.000$ ).

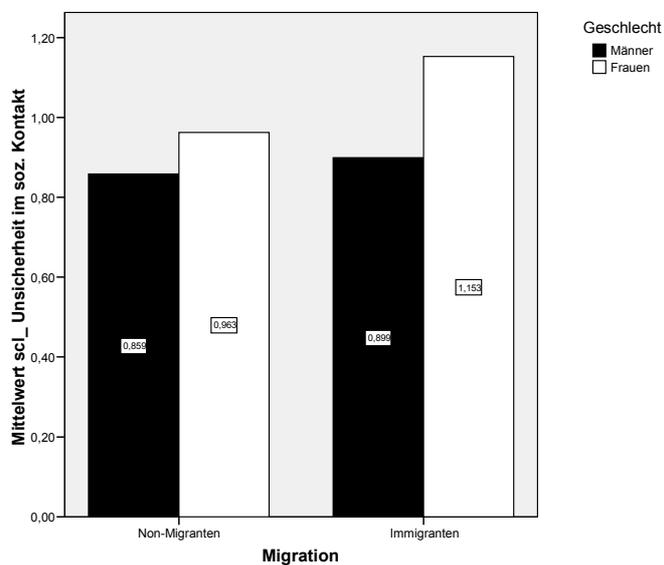


Abbildung 3: Mittelwerte der Skala Unsicherheit im sozialen Kontakt in der SCL 90 R

## Skala: Depressivität

Hinsichtlich der Depressivität ergab die Varianzanalyse Haupteffekte für „Migration“ ( $F(1)=12,66$ ;  $p=.000$ ) und „Geschlecht“ ( $F(1)=26,98$ ;  $p=.000$ ). Auch hier zeigte sich, dass die Migranten erheblich depressiver in der Selbsteinschätzung sind als die Nicht-Migranten ( $D=-,26$ ;  $T(888)=-4,49$ ;  $p=.000$ ), ebenso dass die Frauen depressiver sind als die männlichen Probanden ( $D=-,35$ ;  $T(888)=-6,64$ ;  $p=.000$ ).

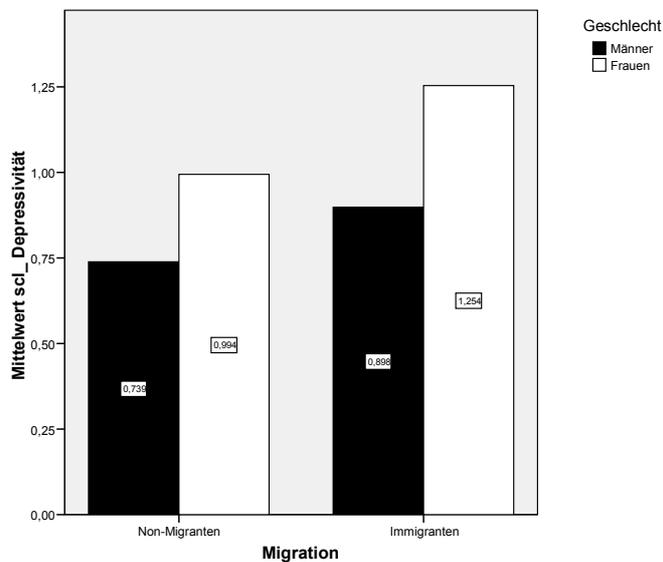


Abbildung 4: Mittelwerte der Skala Depressivität in der SCL 90 R

## Skala: Ängstlichkeit

Die Einschätzung der Ängstlichkeit ergab Haupteffekte sowohl für „Migration“ ( $F(1)=11,11$ ;  $p=.001$ ) als auch für „Geschlecht“ ( $F(1)=14,31$ ;  $p=.000$ ). Nicht-Migranten waren weniger ängstlich als Migranten ( $D=-,23$ ;  $T(888)=-4,15$ ;  $p=.000$ ), ebenso erleben sich die Frauen ängstlicher als die türkischen Männer ( $D=-,26$ ;  $T(888)=-5,18$ ;  $p=.000$ ).

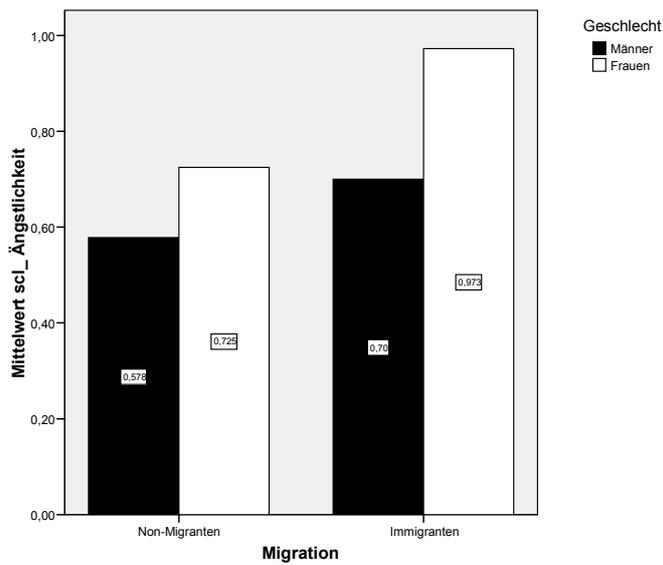


Abbildung 5: Mittelwerte der Skala Ängstlichkeit in der SCL 90 R

## Skala: Aggressivität

In der Einschätzung der eigenen Aggressivität ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede finden, die mit Migration ( $F(1)=2,91$ ;  $p=.088$ ) oder Geschlecht ( $F(1)=0,936$ ;  $p=.334$ ) assoziiert waren.

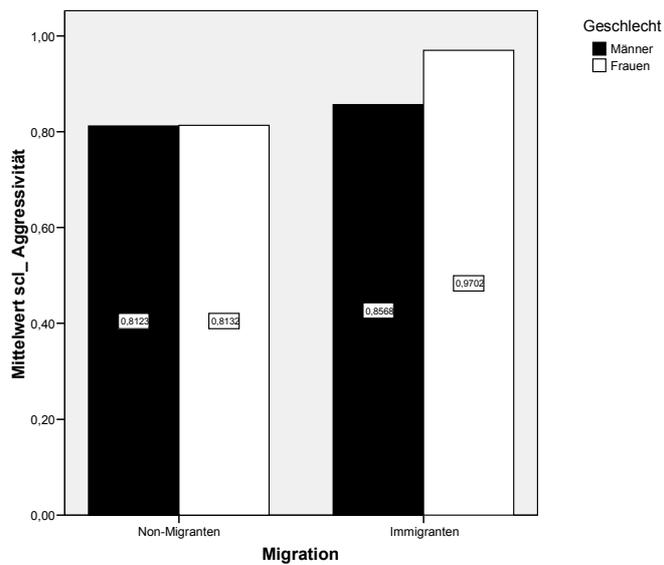


Abbildung 6: Mittelwerte der Skala Aggressivität in der SCL 90 R

## Skala: Phobische Angst

In der Einschätzung der phobischen Angst ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede finden, die mit Migration ( $F(1)=1,79$ ;  $p=.182$ ) zusammenhängen, allerdings ergab sich ein Haupteffekt für „Geschlecht“ ( $F(1)=11,03$ ;  $p=.001$ ). Die Anschluss-T-Tests ergaben, dass Frauen unter stärkeren Ängsten leiden als Männer ( $D=-0,17$ ;  $t(888)=-3,84$ ;  $p=.000$ ).

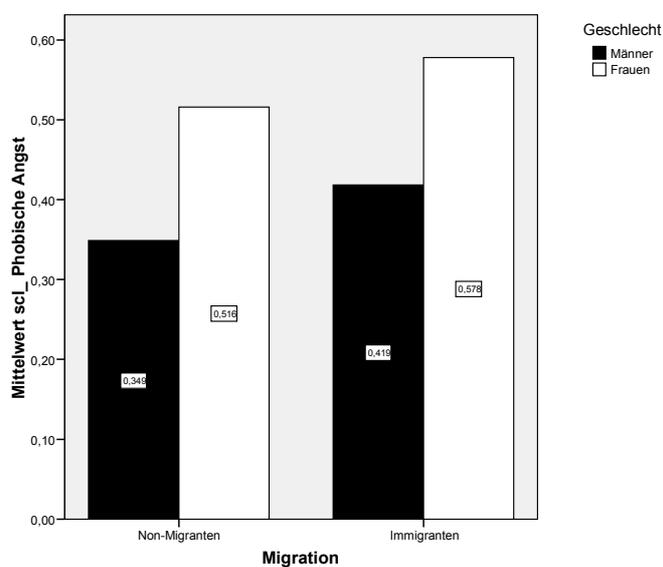


Abbildung 7: Mittelwerte der Skala Phobische Angst in der SCL 90 R

## Skala: Paranoides Denken

Hinsichtlich des Paranoiden Denkens ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Migranten und im Heimatland lebenden Türken ( $F(1)=1,04$ ;  $p=.747$ ) oder zwischen den Geschlechtern ( $F(1)=2,97$ ;  $p=.085$ ).

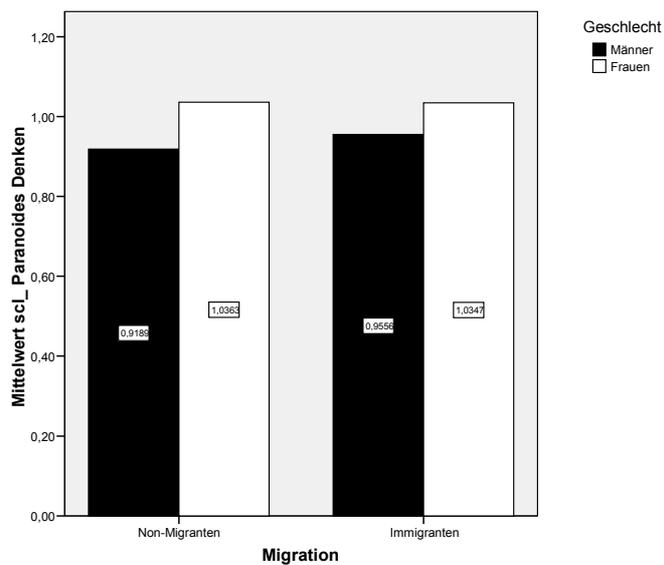


Abbildung 8: Mittelwerte der Skala Paranoides Denken in der SCL 90 R

## Skala: Psychotizismus

Das psychotische Denken war bei den Migranten stärker ausgeprägt als bei den Nicht-Migranten ( $F(1)=14,53$ ;  $p=.000$ ), während es hier keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gab ( $F(1)=1,59$ ;  $p=.208$ ). Der Gruppenvergleich zeigte, dass die Migranten ein höheres Ausmaß an Psychotizismus aufwiesen als die Türken im Heimatland ( $D=-0,19$ ;  $t(888)=-4,21$ ;  $p=.000$ ).

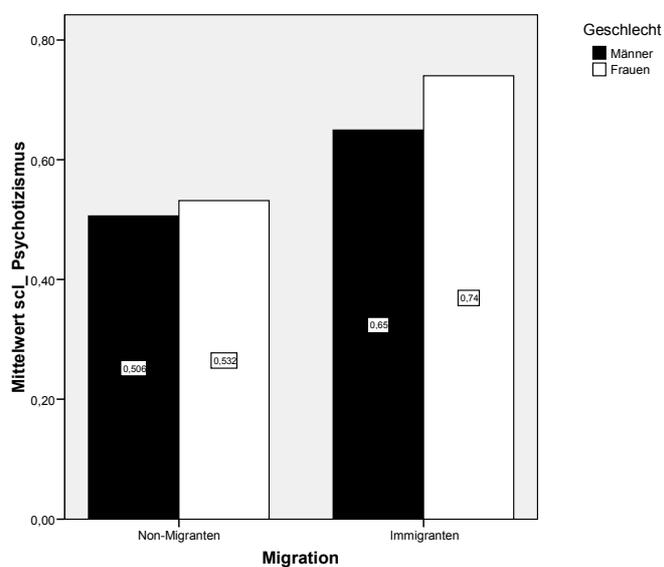


Abbildung 9: Mittelwerte der Skala Psychotizismus in der SCL 90 R

## Globaler Beschwerdeindex GSI

Als Ausdruck der gesamten Symptombelastung finden sich im GSI signifikante Unterschiede, die sich sowohl auf den Faktor „Migration“ ( $F(1)=12,15$ ;  $p=.001$ ) als auch auf Geschlechtsunterschiede ( $F(1)=14,02$ ;  $p=.000$ ) zurückführen lassen.

Die paarweisen Mittelwertvergleiche zeigen, dass Migranten stärker belastet sind als Nicht-Migranten ( $D=-0,2$ ;  $t(888)=-4,22$ ;  $p=.000$ ) und dass Frauen insgesamt mehr Beschwerdedruck angeben als Männer ( $D=-0,21$ ;  $t(888)=-5,03$ ;  $p=.000$ ).

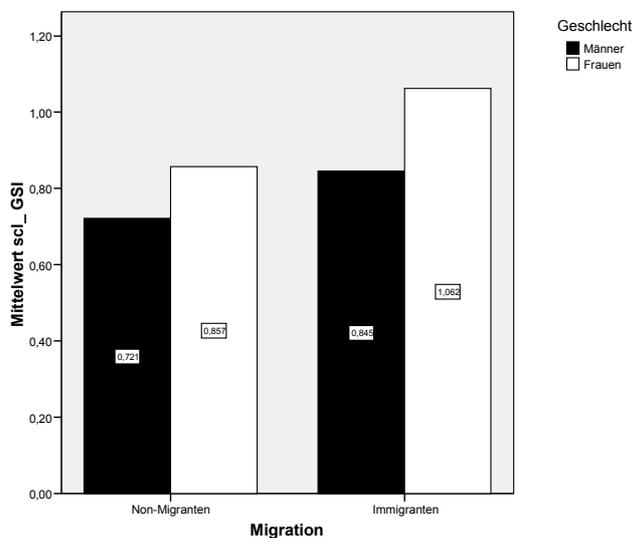


Abbildung 10: Mittelwerte der Globalen Beschwerdeindices der SCL 90 R

## 5.2 Ergebnisse im BDI

Im Beck'schen Depressionsinventar finden sich Gruppenunterschiede, die allein auf den Faktor „Migration“ zurückzuführen sind ( $F(1)=51,79$ ;  $p<.001$ ). Dabei zeigt sich, dass sich die Gruppe der Migranten hochsignifikant depressiver einschätzt als die Vergleichsgruppe im Heimatland ( $D=-6,34$ ;  $t(890)=-7,62$ ;  $p=.000$ ). Zwischen Männern und Frauen ist der Unterschied im BDI nicht signifikant ( $F(1)=0,90$ ;  $p=.342$ ). Die jeweiligen Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 4 angeführt.

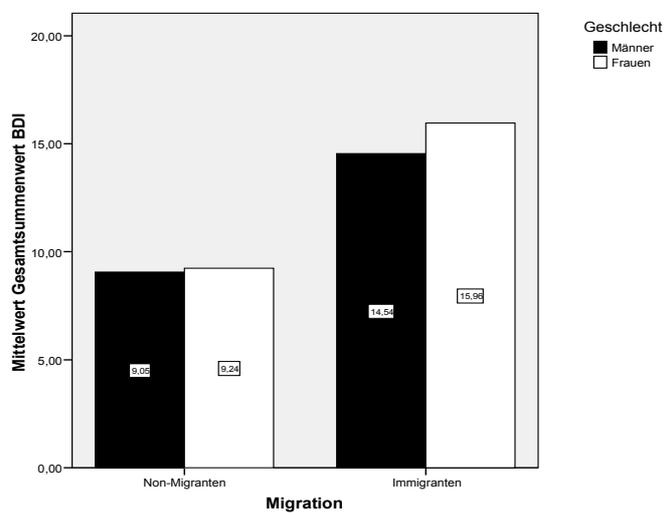


Abbildung 11: Mittelwerte im Beck'schen Depressionsinventar BDI

		<b>Mittelwert</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>N</b>
<b>Türken im Heimatland</b>	<b>Männer</b>	9,0541	9,24892	111
	<b>Frauen</b>	9,2419	8,03081	124
	<b>Gesamt</b>	9,1532	8,60940	235
<b>Migranten mit türkischer Herkunft in Deutschland</b>	<b>Männer</b>	14,5395	11,79328	215
	<b>Frauen</b>	15,9638	11,60767	442
	<b>Gesamt</b>	15,4977	11,67890	657
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	12,6718	11,28319	326
	<b>Frauen</b>	14,4912	11,26726	566
	<b>Gesamt</b>	13,8262	11,30081	892

**Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen im BDI**

## **6 Diskussion**

Migration ist ein zentrales Phänomen moderner Gesellschaften, das mit der zunehmenden Internationalisierung gesellschaftlicher Beziehungen zusammenhängt. (Heckmann 1983).

Die immer stärkere Einbindung der verschiedenen Länder in die bestehende hierarchische Struktur der Weltökonomie verschärfte die Unterschiede zwischen zentralen und peripheren Nationalstaaten und machte Wanderungsbewegungen unausweichlich (Castles 1987).

Migranten befinden sich in der besonderen sozialen Lage national Außenstehender, die ihnen jedoch nicht ausschließlich über äußere Regelungen zugeschrieben, sondern auch durch eigene Wünsche, Absichten und Entscheidungen mitgestaltet wird.

In der folgenden Diskussion wird auf spezifische Aspekte der Migration über den Vergleich mit Nicht-Migranten eingegangen und dabei auf die erhobenen Daten Bezug genommen.

## 6.1 Psychosomatische Belastungen von türkischen Migranten

Insgesamt bestätigen die Daten der untersuchten Stichproben, dass die Gruppe der türkischen Migranten erwartungsgemäß stärker unter psychosomatische Beschwerden leidet als die Referenzgruppe der im Heimatland lebenden Türken. Hierbei zeigten sich geschlechtsspezifische Effekte, indem Frauen besonders anfällig zu sein scheinen (s.u.). Überraschend ist das Ausmaß der Beeinträchtigungen: Im BDI geben die Immigranten im Mittel einen Wert von 15,5 an, d.h. dass der durchschnittliche Immigrant unter einer klinisch relevanten Depression leidet. Inwiefern hier allerdings kulturspezifische Aggravations- oder Verdeutlichungstendenzen eine Rolle spielen, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden, spricht jedoch für die Entwicklung migrantenspezifischer Normen (s.u.). Greift man sich aus dem BDI das Item heraus, welches Suizidalität erfassen soll, so sind die Ergebnisse erschreckend: vergleicht man die türkischen Frauen, verneinen die in der Türkei lebenden nahezu alle (93%) suizidale Tendenzen, während in Deutschland 1/5 Suizidgedanken äußern und nahezu 7% den Wunsch oder die feste Absicht hegen. Bei den Männern stellt sich dies noch extremer dar: von den in der Türkei lebenden Männern äußern knapp 9% suizidale Gedanken, dagegen beläuft sich der Anteil latent suizidaler türkischer Männer in Deutschland auf 41%, den festen Wunsch geben 3% an. Dies könnte u.U. mit der Arbeitssituation zu tun haben und o.g. Rollenverlust.

Bei Betrachtung der weiteren Symptome wird deutlich, dass die Migranten neben der Depressivität vornehmlich unter Somatisierung, Ängsten und sozialphobischen Symptomen leiden. Der Befund, dass das Ausmaß an Somatisierung mit der Aufenthaltsdauer in Deutschland korreliert, könnte damit zusammenhängen, dass bei der Bearbeitung der Folgen von Isolation, sozialem Rückzug und Depressivität keine adäquaten Bewältigungsstrategien vorhanden sind und dann somatisierend verarbeitet werden. Dies begünstigt zudem die Chronifizierung der Symptome.

Bezüglich der Attribuierung der Symptomatik bzw. der Frage, inwiefern Migranten ihre Beschwerden eher organischen vs. psychischen Ursachen zuschreiben, ergibt sich folgendes Bild: 19,7% sehen ausschließlich psychische Faktoren als Hintergrund, 28,8% dagegen haben eine rein somatische Sichtweise und 34,4% gehen von einem psycho-

somatischen Krankheitsmodell aus und 17,1% sind unentschieden (geben „weiß nicht“ an).

Befragt man die in Deutschland lebenden Türken direkt nach der Migration als Ursache für ihre Beschwerden, so sehen 34,5% keinen Zusammenhang, 52,1% einen teilweisen Zusammenhang, während 13,4% die Migration vollständig für ihre Beschwerden verantwortlich machen.

Im Umgang mit psychosomatischen Beschwerden zeigten sich sowohl die in Deutschland als auch im Heimatland lebenden Türken sehr offen. Jeweils 2/3 der Männer und Frauen gaben an, dass psychische Beschwerden nicht geheim gehalten werden sollten. Stigmatisierungsbefürchtungen, wie sie oft in anderen Zusammenhängen diskutiert werden, scheinen bei beiden Stichproben eher weniger vorzuherrschen, was man als protektiven Faktor etwa in dem Sinne nutzen könnte, mehr offene Gruppen einzurichten und gegenseitige Unterstützung zu fördern.

Bei der Arztwahl geben die meisten Migranten an, von einem türkischen Arzt behandelt werden zu wollen (61%), wenngleich es eine Vielzahl gibt, die keine Präferenzen haben (32,8%). Inwiefern hier rein sprachliche/ kulturelle Aspekte (s.u.) eine Rolle spielen, muss offen bleiben.

## **6.2 Migration und Frauen**

Psychische Krisen in der Migration wurden und werden eher Frauen als Männern zugeschrieben, obgleich erst ab etwa 1980 die psychischen Probleme oder Störungen bei Migrantinnen systematisch untersucht wurden.

Die ersten Studien, die eine Tendenz aufzeigten, auf Mehrfachbelastungen mit psychosomatischen Krankheiten zu reagieren (Ley 1979 zitiert in Koch , Özek, Pfeiffer 1985) wurden in der Schweiz durchgeführt.

Dabei werden Krisen bei Frauen im Zusammenhang mit Ehe- und Familienkonflikten gesehen. Vor diesem Hintergrund werden psychische Belastungen und psychosomatischen Krankheiten in Verbindung gebracht (z. B. Busch 1983: Beiträge in Geiger/Hamburger 1984).

Weitere empirische Untersuchungen sowie Erfahrungen aus der eigenen Praxis der Autorin scheinen in die gleiche Richtung zu deuten: Migrantinnen berichten in großem Ausmaß von Beschwerden und Krankheiten wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Nervosität, Depressionen und Angsterfahrungen.

Nach einer Untersuchung in Westberlin 1976 litten 86,8% der türkischen Frauen unter psychosomatischen Beschwerden, bei 78,7% traten die Beschwerden erst in Deutschland auf ( Häfner u.a. 1977).

Untersuchungen zum selbsteingeschätzten Krankheitsempfinden (so Grottian 1991, 61; Baymak-Schuldt u.a. 1982, 46) ergaben, dass sich nur wenige - und dann ausschließlich jüngere Migrantinnen - als völlig gesund und beschwerdefrei bezeichnen. Es entstand der Eindruck, als habe die überwiegende Mehrheit der ausländischen Frauen auf die Migrationsbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland mit psychosomatischen Störungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, d.h. mit nicht-psychotischen psychischen Erkrankungen reagiert. Da die Störungen jedoch meist unbehandelt bleiben, wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (Land et al. 1982, S. 57).

Koptagel-Ilal (1998) geht auf die Position der Frauen in der Migration näher ein:

Migration bedeutet Lebensumstellung mit positiven und negativen Auswirkungen auf den Menschen. Die Frauen stehen meist auf der negativen Bilanzseite dieser Unternehmung. Sie haben es schwerer als die Männer, sich im Prozess der Wandlung zurechtzufinden und einen Platz auf der positiven Seite der Bilanz zu erlangen. Diese Schwierigkeit ist vor allem sozial bedingt und hängt mit der Identität und den Rollenfunktionen zusammen, die den Frauen in allen Gesellschaften zugeschrieben werden, mag das auch in unterschiedlicher Weise der Fall sein. Die Probleme der Frauen in der Migration lassen sich trotz vieler Übereinstimmungen in Hinblick auf den Einwanderungsort und die psychosozialen Eigenschaften differenzieren.

Die Mehrheit der heute in den westeuropäischen Ländern lebenden Migrantenfamilien ist aus wirtschaftlichen Gründen ausgewandert und stammt aus unterentwickelten ländlichen Gebieten, wo die Lebensgewohnheiten und Auffassungen von denen im Einwanderungsland weitgehend verschieden sind. Bei den Migranten aus den südlichen und östlichen Mittelmeerländern kommen zudem religiöse Unterschiede hinzu, die in

den zwischenmenschlichen Beziehungen zu verstärkter Zurückhaltung beitragen können. Gerade die muslimischen Frauen haben aufgrund der religiösen Vorschriften besondere Schwierigkeiten, sich den neuen Lebensbedingungen anzupassen.

Viele Frauen werden in der Migrationssituation zum ersten Mal in ihrem Leben außerhalb des Hauses tätig. Diese Wandlung der Lebensumstände hat positive und negative Auswirkungen: Auf der einen Seite gewinnen sie dadurch an Selbstwertgefühl und können ihre persönliche Identität entwickeln. Auf der anderen Seite wird von ihnen verlangt, dass sie die häuslichen Verpflichtungen und ihre sonstigen Funktionen weiterhin fehlerlos erfüllen. Obwohl viele Frauen aus der ersten Migrantengeneration diese doppelte Belastung im Stillen ertragen, kommt es trotzdem nicht selten zu familiären Konflikten. Dies ist etwa der Fall, wenn der Ehemann arbeitslos wird, während sich die Frau in einem stabileren Arbeitsverhältnis zu halten vermag. Ein weiteres Beispiel wäre, wenn sich der Rollenwechsel der Eltern auf die Paarbeziehung und auf die Eltern-Kind-Beziehung in der Art auswirkt, dass die traditionelle Familienordnung verzerrt und damit die Machtposition des Vaters bedroht wird.

Weiterhin erfahren nicht alle Frauen gleichermaßen das Leben in der Migration in einem positiven Sinne für ihre Identität und ihr Selbstwertgefühl. Besonders für Frauen, die in der Heimat in besserer gesellschaftlicher Position standen, sind die Anonymität, die soziale Isolierung und der sich hieraus ergebende Identitätswandel schwer zu ertragen. Gerade wenn diese Frauen aus finanzieller Bedürftigkeit oder um Langeweile und Einsamkeit zu überwinden, eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, die jedoch nicht ihrer Qualifikation und dem früheren Sozialstatus entspricht, hat dies oft gravierende Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und Ich-Erleben. Kritische Lebensereignisse wie Geburten, Operationen oder ernste Erkrankungen, aber auch traumatische Erlebnisse - also Umstände, in denen eine Frau die Nähe ihrer weiblichen Angehörigen besonders braucht - müssen in der Migration oft allein überstanden werden, da solche Bezugspersonen meist nicht erreichbar sind. Gefühlsaufwallungen und Ressentiments können sich unmittelbar als Frühreaktionen in psychischen Symptomen manifestieren; oder sie werden unterdrückt und treten erst in späteren Lebensjahren mit unterschiedlicher Symptomatik in Erscheinung. Mit der Bedeutsamkeit und dem Andauern der Erkrankung nimmt das Angewiesensein auf die Familie und auf die

soziale Gruppe noch zu; zugleich besteht auch die Notwendigkeit spezifischer Helfer, denen die Patientin vertrauen und mit denen sie kommunizieren kann (Collatz 1992).

Verschiedene Untersuchungen mit Arbeitsimmigranten zeigen, dass Frauen mehr als ihre Männer mit Rückkehrphantasien spielen (Collatz et al. 1985, Leyer 1991), was auch durch eigene Beobachtungen bestätigt wird. Gerade wenn man in fremder Umgebung kränkende und erniedrigende Erfahrungen macht und somit das Zugehörigkeitsgefühl fehlt, kann es nicht zu den von Autoren wie Grinberg (1990) zitiert in Koch, Özek, Pfeiffer, Schepker 1998 und Garza- Guerrero (1974) beschriebenen Verinnerlichungsprozessen kommen. Man vermag nicht, das Neue anzunehmen, sich zu identifizieren, sondern greift stattdessen auf das Verlorene zurück, um sich damit mehr und regressiver zu identifizieren. So stellte M. Zeul (1994) in ihrer Psychoanalyse spanischer Arbeitsemigrantinnen fest, dass sie mit großer Persistenz an einem unbewussten Heimatbild festhielten, dessen Ursprünge in den früheren Mutter-Tochter-Beziehungen lagen, sowie in den Geboten, Verboten und Idealen, die mit dem als großartig erlebten frühen Mutterbild in Verbindung standen. Eine solche Reaktionsweise ist nicht nur für Frauen typisch, die aus konservativen Bevölkerungskreisen der östlichen und südlichen Mittelmeerländer in die Industrieländer Westeuropas eingewandert sind. Vielmehr treten sie auch bei emanzipierten Frauen westlicher Herkunft auf, wenn sie sich in einem fremden Lande aufhalten, aus eigener Initiative oder aus Gründen der Ehe.

Dass Migrantinnen besonders anfällig sind belegen auch Zahlen zur Unfallhäufigkeit, wo ausländische Frauen häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt sind als ihre deutschen Kolleginnen (Gaugler u.a. 1978).

Auch die in dieser Studie erhobenen Daten belegen, dass immigrierte Frauen die am stärksten belastete Gruppe darstellen – sie somatisieren mehr, fühlen sich unsicherer im sozialen Kontakt, sind depressiver und leiden stärker unter Ängsten als die männlichen Migranten. Das Ausmaß der angegebenen Symptomatik ist als extrem anzusehen und somit alarmierend. Hier sind spezifische Hilfsangebote dringend erforderlich.

### 6.3 Versorgung von Migranten

In der Versorgung psychischer Störungen bei Migranten wurde eine geringere Inanspruchnahme psychiatrischer Kliniken durch Patienten mit neurotischen Störungen festgestellt (Haasen et al. 1997). Die Autoren vermuteten, dass diese Patienten dafür gehäuft nicht psychiatrische Einrichtungen oder Praxen aufsuchen.

Eine repräsentative Studie des Zentralinstitutes der Kassenärztlichen Vereinigung in Deutschland (EvaS-Studie 1989) zu Aspekten der ambulanten Versorgung und die Nervenarzt-Studie von Bochnik und Koch (1990) zitiert in Koch, Özek, Pfeiffer 1995 kommen zu dem Schluss, dass Allgemeinärzte etwa die Hälfte aller Patienten mit psychischen Störungen behandeln. Nervenärzte stehen an zweiter Stelle und werden tendenziell bei schwerwiegenden Störungen konsultiert.

Verschiedene Berichte lassen vermuten, dass u.a. der Besuch eines traditionellen Heilers (z.B. Hodscha) oder der Besuch der Heimat als Alternativen zu einer medizinischen Versorgung bei Migranten häufig sind (Koch, Özek, Pfeiffer 1995).

In der eigenen durchgeführten Untersuchung gaben 62% der Türken im Heimatland an, konventionelle Behandlungsmethoden (Schulmedizin) zu nutzen, während 38% unkonventionelle Heilmethoden (z.B. Hodscha) präferierten. Bei den Migranten waren die Anhänger unkonventioneller Behandlungsmethoden (46%) nahezu gleich mit der Zahl derer, die konventionelle Therapie wünschen (54%).

Koch (2005) stellt aus eigenen und aus einer Übersicht von Versorgungsstudien fest: „Zahlreiche Hinweise bestätigen, dass es bei der Klientel zu einer Überversorgung bezüglich ambulanter Arztbesuche und Facharztkontakte wie auch apparativer Diagnostik und medikamentöser Behandlung kommt. Gleichzeitig sind psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote unterdurchschnittlich genutzt und Überweisungen aus dem Bereich der somatischen Medizin in die Psychiatrie oder psychosoziale Versorgung erfolgen- wenn überhaupt- zu spät bei bereits bestehender Chronifizierung.“

Seit Anfang der neunziger Jahre wenden sich in Deutschland Wissenschaftler und Praktiker in medizinischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Berufen jedoch verstärkt den besonderen Belangen von Migranten zu (z.B. Erim und Senf 2002; Gün 2007; Kürsat-Ahlers 1995). Entsprechend der in Deutschland am häufigsten vertretenen Migrantengruppe, den türkeistämmigen Einwanderern, wird in der deutschsprachigen Literatur zum Thema „Psychotherapie mit Migranten“ hauptsächlich auf türkischsprachige Patienten Bezug genommen (Gün 2007; Erim und Senf 2002).

Sprache und Kommunikation sind die zentralen Medien in der psychotherapeutischen Arbeit. Die Beherrschung der Muttersprache erleichtert zwar die therapeutische Arbeit, setzt jedoch keine interkulturelle Kompetenz voraus. Wie o.g. können Migranten, selbst wenn sie aus dem gleichen Land kommen, in Hinblick auf viele identitätsstiftende und Werte vermittelnde Merkmale variieren. Muttersprachigkeit garantiert deshalb keineswegs einen interkulturell kompetenten Umgang mit Patienten. Gleichwohl kann man davon ausgehen, dass sich die gemeinsame Sprache positiv auf die Beziehungsgestaltung auswirkt (Emmerling 2006 zitiert in Gavranidou 2007) und die Wahrscheinlichkeit von Fehlkommunikationen vermindert (Kahraman 2007).

Bilinguales und bikulturelles Fachpersonal scheint darüber hinaus auch die Akzeptanz von Beratungsangeboten durch die Migranten zu erhöhen (Schouler-Ocak 2000) und kann als Kulturmittler für Aufklärung und Unterstützung des Teams in Regeleinrichtungen dienen (Erim und Senf 2002).

Hierfür spricht auch die hohe Inanspruchnahme unserer Poliklinik in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Giessen und Marburg GmbH (Standort Giessen) durch Migranten mit türkischer Herkunft, seitdem ein Therapieangebot in türkischer Sprache besteht: Die Etablierung dieser Therapiemöglichkeit seit Januar 2004 hat den Anteil des Klientel mit türkischer Herkunft von 1% auf 10% gesteigert.

## 6.4 Migration und Generation

Auf der Skale Somatisierung erreicht die erste Generation signifikant höhere Werte als die dritte Generation. ( $p=.021$ )

Sämtliche übrigen Skalen unterscheiden nicht signifikant zwischen den drei Generationen.

## 6.5 Ausblick

Da sich gezeigt hat, dass die Migranten aufgrund der oben dargestellten Zusammenhänge eine Population mit spezifischen Eigenschaften und besonderer Gefährdung in Bezug auf die Entwicklung psychosomatischer Störungen ist, sollten entsprechende „migrantensensible“ Messinstrumente etwa für diagnostische Zwecke mit migrantenspezifischen Normen entwickelt werden.

Aufgrund der großen Stichprobe und vorliegender repräsentativer Daten beider Instrumente (SCL90 und BDI) aus der deutschen Normalbevölkerung erscheint dies möglich und ist angedacht.

Weiterhin erscheint der direkte Vergleich einzelner Migrantensubgruppen notwendig, um zu festzustellen, ob und in welchem Ausmaß die unterschiedlichen Aspekte der Herkunftskulturen einen Mediator für das Migrationserleben bzw. die daraus resultierenden psychosomatischen Belastungen darstellen. Darauf wird in einer anderen Arbeit eingegangen.

Langfristig wäre zu überprüfen, ob mit spezifischen Angeboten und Maßnahmen dem Phänomen negativer Migrationsfolgen für die psychische und physische Gesundheit zu begegnen ist, wobei hier besonders die weiblichen Migrantinnen dringender Unterstützung bedürfen.

## **6.6 Einschränkungen der Untersuchung**

Abgesehen davon, dass die durchgeführte Fragebogenstudie nur mit Selbsteinschätzungsverfahren und das Ausmaß vorhandener psychosomatischer Störungen nicht anderweitig objektiviert wurde, sind weitere Einschränkungen der erhobenen Untersuchung sind zum einen messtheoretischer Art und beziehen sich zum anderen auf die untersuchten Stichproben.

Sowohl die SCL90 als auch das BDI wurden zwar in die türkische Sprache übersetzt und finden in der Forschung ihre Anwendung, eine Validierung und Normierung der Instrumente wurde bislang jedoch nicht unternommen.

Weitere Kritikpunkte, die sich aus den Erfahrungen mit der durchgeführten Erhebung ergeben und bei zukünftige Untersuchungen berücksichtigt werden sollten, betreffen die Erfragung des Kenntnisstandes der deutschen Sprache, die Staatsangehörigkeit, den aufenthaltsrechtlichen Hintergrund, das jeweilige Geburtsland und die Motive für die Migration.

Die Stichprobenszusammensetzung und –rekrutierung muss ebenso kritisch gesehen werden: Von den in der Türkei erhobenen Daten fehlen Angaben zur Rücklaufquote, insgesamt ist Repräsentativität bei den befragten Stichproben nicht gegeben.

## 7 Zusammenfassung

Migranten sind eine zahlenmäßig relevante und vulnerable Bevölkerungsgruppe zugleich. Ein Zusammenhang zwischen Migrationslagerung, d.h. der spezifischen Lebenssituation mit Migrationshintergrund und Gesundheit wird häufig postuliert und recht kontrovers diskutiert. Die Analyse des Zusammenhangs wird durch die unzureichende epidemiologische Datenlage erschwert, insbesondere durch die mangelhafte Erfassung des Migrantenstatus in den zur Verfügung stehenden Datenquellen. So wird in amtlichen Statistiken meist nur zwischen deutscher und nicht-deutscher Staatsangehörigkeit unterschieden (Schenk und Neuhauser 2005).

An der Studie haben türkisch-sprachige Migranten in Deutschland teilgenommen. 28,79 % dieser Stichprobe stammte aus der ersten; 52,37% aus der zweiten Generation und 18,53 % aus der dritten Generation.

Mittels einer Fragebogenstudie (n=994) wurden türkische Stichproben in Deutschland und in der Türkei hinsichtlich des Zusammenhangs psychosomatischer Beschwerden (SCL 90) und Depressivität (BDI) verglichen.

### **Ergebnisse:**

Psychosomatische Symptome und Depressivität sind bei den Immigranten (insbesondere bei weiblichen) stärker ausgeprägt als bei Türken im Heimatland. Häufig werden die Symptome direkt auf die Migration attribuiert. Die Beschwerden nehmen mit der Verweildauer im Immigrationsland zu. Für die Behandlung haben paramedizinische Heilmethoden einen hohen Stellenwert. 60% der Befragten wünschen sich muttersprachlich türkische Behandler.

### **Diskussion:**

Die auffällig hohe Belastung von türkischen Immigranten in Deutschland kann oft als Konsequenz unzureichender Bewältigungsstrategien verstanden werden. Dass die weiblichen Migranten besonders belastet sind, könnte mit der Diskrepanz zwischen

westlichem Rollenverständnis und der tradierten Sichtweise zusammenhängen. Das Angebot von „landsmännischer“ Versorgung ist kaum gegeben. Die Hinwendung zu alternativen Behandlungsmethoden kann Ausdruck dieser Problematik sein.

### **Schlussfolgerung:**

Die Daten bestätigen die gesundheitliche Belastung von türkischen Migranten in Deutschland. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt das Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung. Als Konsequenz sollten die ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe weiter angepasst und ausgebaut werden.

## **Summary**

Migrants are a numerically relevant and vulnerable population. Studies show an increased prevalence of psychosomatic disease in migrants; however, there is not much recent data on Turkish immigrants in Germany .

The study includes a representative sample (n = 994) of different German communities of Turkish migrants in comparison to communities of their home country. 28.79% of the sample were first generation, 52.37% second generation and 18.53 % third generation migrants.

The participants of the study completed several diagnostic and psychometric inventories focusing on psychosomatic complaints and depression (SCL-90-R and BDI).

### **Results:**

Depressiveness and somatization were significantly more frequent in the migrant group. Turkish women living in Germany had significantly more symptoms than men.

Immigrants frequently attributed their symptoms to migration. Alternative therapies (not medically based) were often preferred.

Concerning psychotherapy, a majority wished to be treated by a therapist of their native tongue (60 %).

**Discussion:**

Depression and psychosomatic symptoms can be seen as consequences of the loss of the home country and inadequate coping strategies. Women living in Germany appear to be affected more than men possibly because of discrepancies between traditional and western role models.

**Conclusion:**

The current data indicate an increased risk of depression and psychosomatic disorders among Turkish migrants living in Germany. Both in- and outpatient psychosomatic/psychotherapeutic resources need to be adapted and expanded to permit adequate treatment of this vulnerable population

## 8 Literaturverzeichnis

Abadan-Unat, N. (Hg.) (1985)

Die Auswirkungen der internationalen Arbeitsemigration auf die Rolle der Frau am Beispiel der Türkei

In: Die Frau in der türkischen Gesellschaft, Frankfurt/M.: Dageyeli, S. 201-239

Auernheimer G. (1990)

Einführung in die Interkulturelle Erziehung.

Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S. 214-216

Aydemir, O.& Köroglu, E.(2000)

Psikiyatriye Kullanilan Klinik Olcekler

Hekimler Yayin Birligi, Ankara , S. 33-40 , S. 121-125

Balint, M. (1959)

Angstlust und Regression

Reinbeck 1972, Rowohlt

Baymak-Schuldt, Mediha / Feller, Antje / Zaccai, Claudia (1982)

Ausländische Frauen in Hamburg. Gesundheitswissen- Gesundheitsverhalten. Eine empirische Untersuchung im Auftrag der Staatskanzlei, Hamburg, Leitstelle Gleichstellung der Frau, S. 46

Becker, H. (1982):

In Deutscher Fremde, zur Lage unserer Gastarbeiter

Hamburg: Rowohlt, Psychosozial 16

Binder, J.; Simoes, M. (1978)

Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter

Fortschritte Neurol. Psychiat. 46, S. 342-359

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), (2005)

Lebenslagen in Deutschland.

Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

Berlin.

Boos-Nünning, Ursula (1998)

Migrationsforschung unter geschlechtsspezifischer Perspektive

In: Koch, E./ Özek, M./ Pfeiffer W.M./ Schepker R.(Hrsg.)

Chancen und Risiken von Migration, Freiburg im Breisgau: Lambertus, S.304-316

Boos-Nünning, U.; Siefen, R.G. (2004)

Suchtprobleme bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

In: H.J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit, Berlin: Springer, S. 85-94

- Calmonte, R., Herren, B., Spuhler, T., Koller, C. (1998)  
Schweizerische Gesundheitsbefragung  
Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz.  
Detailergebnisse der 1. schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93.  
Neuenburg: Bundesamt für Statistik, S. 23-25
- Castles S. (1987)  
Migration und Rassismus in Westeuropa.  
Berlin: Express Edition, S. 21
- Chen, J., Wilkins, R. (1996)  
Healthy expectancy by immigrant status 1986 and 1992  
Health Rep. 8 (3), S. 29-38
- Collatz, J., Kürsat-Ahlers, E., Korporal, J. (1985)  
Gesundheit für Alle: Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der  
Bundesrepublik, Hamburg: EB Verlag Rissen, S. 35-45
- Collatz, J. (1992)  
Zur Notwendigkeit ethnomedizinischer Orientierung der psychosozialen  
Grundversorgung in Europa.  
In: Collatz, J./ Brandt, A./ Salman, R. / Timmel, S. (Hrsg.)  
Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und  
Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und  
medizinischer Versorgung, Hamburg: EB-Verlag Rissen, S. 86-112
- Diefenbacher, A., Heim, G. (1994)  
Somatic symptoms in Turkish and German depressed patients  
Psychosen-Med. 56 (6), S. 551-556
- Eitinger, L. (1981)  
Feeling „at home“. Immigrants` psychological problems.  
In: L.Eitinger, D. Schwarz (Eds.), Strangers in the world, Bern: Huber, S. 84-106
- Elkeles, T., Seifert, W. (1996)  
Immigrants and health; unemployment and health risks of labour migrants in the Federal  
Republic of Germany  
Soc.-Sci.-Med. 43 (7), S. 1035-1037
- Elschenbroich D. (1986)  
Eine Nation von Einwanderern.  
Ethnisches Bewusstsein und Integrationspolitik in den USA.  
Frankfurt/M: Campus
- Erim-Frodermann, Y., Aygün, S., Senf, W. (2000)  
Türkeistämmige Migranten in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz.  
In: Heise, T., Schuler, J. (Hrsg.).  
Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland.

Berlin: VWB- Verlag für Wissenschaft und Bildung, Amand Aglaster, 157-169.

Erim, Y., Senf, W. (2002)  
Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Übersicht.  
In: Psychotherapeut 2002. 47: S. 336-346

Erkal, Z. (2005)  
Untersuchungen zur Prävalenz des Vitamin D-Mangels und sekundärem  
Hyperparathyreoidismus sowie deren Risikofaktoren bei Migranten aus der Türkei in  
Deutschland im Vergleich zu Deutschen in Deutschland und Türken in der Türkei  
Med. Diss., Giessen, S. 31

Eser, U.(1984)  
Symptomrepräsentation und Krankheitsverhalten bei türkischen und deutschen  
Patienten.  
Diss. unveröff. Universität Münster

Esser, H., Friedrichs J. (1990)  
Generation und Identität  
Theoretische und empirische Beiträge zur Migrationssoziologie  
Opladen: Westdeutsche Verlag

Ete, E. (1986)  
Besondere psychische Krankheitsbilder türkischer Patienten.  
Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung.  
In: Hesse, G., Meyer, R., Pasero, U. (Hrsg.): Krank in der Fremde.  
Tagung der Evangelischen Akademie Nordelbien 1985, Bad Segeberg, Hamburg,  
Eigenverlag, S. 140-153

Fischer , M., Fischer , U. (1990)  
Wohnortwechsel und Verlust der Ortsidentität als nicht-normative Lebenskrise.  
In: S.-H. Filipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. München.  
Psychologie Verlags Union, S.139-153

Franke, A. (1981)  
Psychosomatische Störungen. Theorien und Versorgung.  
Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Garza-Guerrero, A.C. (1974)  
Culture shock: its mourning and the vicissitudes oft identity.  
In: J. Amer. Ass. 22, 408-429

Gaugler, Eduard u.a. (1978)  
Ausländer in deutschen Industriegebieten.  
Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Hanstein, Univercity of Michigan, S. 150.

Gavranidou, M., Abdallah-Steinkopff, B. (2007)  
Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie?

Psychotherapeutenjournal 4/2007, S. 353-360

Grinberg, L., Grinberg, R. (1990)  
Psychoanalyse der Migration und des Exils.  
München: Verlag. Internat. Psychoanalyse

Grottian, Giselind (1991)  
Gesundheit und Kranksein in der Migration.  
Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei  
Frankfurt: Iko Verlag für Interkulturelle Kommunikation, S. 61.

Güc, F. (1991)  
Ein familientherapeutisches Konzept in der Arbeit mit Immigrantenfamilien  
Familiendynamik 16, S. 3-23

Gün, A. K. (2007)  
Interkulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie  
Gegenseitiges Verstehen zwischen einheimischen Therapeuten und türkeistämmigen Klienten  
Freiburg: Lambertus Verlag, S. 238

Günay, E., A. Haag (1990)  
Krankheit in der Emigration- Eine Studie an türkischen Patientinnen in der  
Allgemeinspraxis aus psychosomatischer Sicht  
Psychotherapie- Psychosomatik und medizinische Psychologie 40, S. 417-422

Gunkel, S., Priebe, S. (1992):  
Psychische Beschwerden nach Migration: Ein Vergleich verschiedener Gruppen von  
Zuwanderern in Berlin  
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 42, S. 414-423

Gureje, O., Simon, G.E., Üstün, T. B. (1997)  
Somatization in cross-cultural perspective: A world health organization study in primary  
care.  
American Journal of Psychiatry 154, S. 989-995

Haasen, C., Lambert, M., Yagdiran, O., Krausz, M.(1997)  
Psychiatric disorders among migrants in Germany: Prevalence in a psychiatric clinic and  
implications for service and research. Eur.Psychiatry 1997; 12, S. 305-310

Haasen, C., Boyali, A., Yagdiran, O., Krausz, M. (2000)  
Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten in deiner Allgemeinpraxis.  
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 76, S. 512-516

Häfner, H./ Moschel, G./ Özek, M. (1977)  
Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische  
Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung  
Nervenarzt 48, S. 268-275

Hamm, H.(1982)

Grundlagen ärztlicher Behandlung von Gastarbeitern und ihrer Familien.  
Mensch-Medizin-Gesellschaft 7, S. 204-211

Hansen R . (1989)

Re-migration in die Türkei. Pragmatische Ergebnisse einer ethnologischen  
Untersuchung.

Informationen zur Ausländerarbeit 3(89), S. 29-49

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F.

(Bearbeitung der deutschen Ausgabe)

Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Testhandbuch; zweite, überarbeitete Auflage

Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Heckmann, F. (1983)

Einwanderung und die Struktur sozialer Ungleichheit in der Bundesrepublik.

In: Kreckel R. (Hrsg.) Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz, Sonderband 2 der  
sozialen Welt, S. 238

Heckmann, F. (1992)

Ethnische Minderheiten, Volk und Nation.

Soziologie interethnischer Beziehungen

Stuttgart: Thieme Verlag

Kahraman, B. (2007)

Aspekte der Therapiebeziehung bei Kulturverschiedenheit.

In: Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.), Dokumentation des Fachtags  
Gesundheits- und Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext-Anregungen für eine  
kultursensitive psychotherapeutische Arbeit mit Migrantinnen und Migranten.

LH-München: Stadtkanzlei, S. 23-29

Kirmayer, L.J., Young, A. (1998)

Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives.

Psychosomatic Medicine 60, S. 420-430

Kirmayer, L.J., Groleau, D. (2001)

Affective disorders in cultural context.

Psychiatric Clinics of North America 24 (3), S. 465-478.

Koblinska, E., Lawaty, A., Rüdiger, S (1992)

Deutsche und Polen-100 Schlüsselnbegriffe

Piper Verlag, München, Zürich

Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W.M. (1995)

Psychologie und Pathologie der Migration, Freiburg im Breisgau:

Lambertus Verlag, S. 41-43

Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W.M., Schepker, R. (Hrsg.) (1998)  
Chancen und Risiken von Migration, Freiburg im Breisgau:  
Lambertus Verlag, S. 298-305

Koch, E. (2005)  
Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten.  
In: H.J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit.  
Heidelberg: Springer, S. 167-186

Köpp, W., R. Rohner, M. Trebbin (1993)  
Ausländische Patienten in der psychosomatischen Ambulanz  
Psychother. Psychosom. med. Psychol. 43, S. 63-69

Kohte-Meyer, I. (1999)  
Spannungsfeld Migration: Ich-Funktionen und Ich-Identität im Wechsel von Sprache und  
kulturellem Raum.  
In: Pedrina F. et al. (Hrsg.) Kultur, Migration, Psychoanalyse. Therapeutische Konzepte.  
Tübingen: Edition Diskord, S. 71-99

Koptagel-Ilal, G. (1992)  
Frauen in der Migration: Die Türkinnen in Westeuropa.  
In: F. Hamburger (Hrsg.): Migration in europäischer Perspektive.  
Mainz: Johannes-Gutenberg Universität.  
Schriftenreihe des Pädagog. Instituts. Band 17, S. 4-14

Koptagel-Ilal, G. (1998)  
Frauen in der Migration-Position und Rollenkonflikte zwischen Ost und West  
In: Koch, E./ Özek, M./ Pfeiffer W.M./ Schepker R.(Hrsg.)  
Chancen und Risiken von Migration. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 298-303

Land, F. J., Hövelmann, B., Neumann, H., Dietzel-Papakyriakou, M. (1981)  
Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien  
Ein Literaturbericht, Bochum: Arbeitsgruppe „Sozialmedizin. Probleme der  
Arbeitsmigranten.“ S. 57

Larbig, W. (1982)  
Krankheitsursache Heimweh.  
Mensch-Medizin-Gesellschaft 7: S. 211-219

Leyer, E. (1991)  
Migration, Kulturkonflikt und Krankheit- Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie  
Opladen: Westdeutscher Verlag, S.18

Lukas-Emmons, W. (1996)  
Die Politikentwicklung der Migration und des Arbeitsmarktes in Deutschland  
Egelsbach: Häusel-Hohenhausen

- Machleidt, W. u. I. T. Calliess (2004)  
 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und transkulturelle  
 Psychiatrie. Berger (Hrsg.), 2. Aufl. Amsterdam: Elsevier, S. 1161-1183
- Maoz, B. (2007)  
 Medizinisch-psychotherapeutische Arbeit mit Patienten aus fremden Kulturen  
 Balint Journal 2007;8, S. 85-88
- Marburger H. (1991)  
 Schule in der multikulturellen Gesellschaft. Ziele, Aufgaben und Wege interkultureller  
 Erziehung  
 Frankfurt/M.: Iko-Verlag für Interkulturelle Kommunikation
- Mechtler, T. (1985)  
 Stressreaktionen als Krankheitsfaktoren. Eine soziologische Studie  
 Wien: VWGÖ
- Meister, D. (1997)  
 Zwischenwelten der Migration.  
 Biographische Übergängen jugendlicher Aussiedler aus Polen.  
 Weinheim: Juventa Verlag
- Mengistu, D. (2002)  
 Public Health für Migranten.  
 Konzepte für die Gesundheitsfürsorge auf kommunaler Ebene.  
 In: Hegemann, T., Lenk- Neumann, B. (Hrsg.).  
 Interkulturelle Beratung. Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der  
 psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung.  
 Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 91-92
- Meyer-Fehr, P. (1986)  
 Soziale Schichtung und soziale Minderheiten.  
 Willi, J., Heim, E. (Hrsg.):  
 Psychosoziale Medizin, Bd. I, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 61-67
- Mitic, S. (1998)  
 Postmigratorische psychosoziale und psychosomatische Adaptation von polnischen  
 Kindern und Jugendlichen  
 Med. Diss., Universität Bochum
- Mitscherlich, A. (1954)  
 Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer als Beispiel einer zweiphasigen  
 Verdrängung. Psyche 7, S. 579-591
- Mühlmann, W. E. (1972)  
 Akkulturation. In: Bernsdorf, (Hg.): Wörterbuch der Soziologie  
 Frankfurt /M.: Fischer Taschenbuch

- Mühlmann, W.E. (1992)  
 In: Gunkel, S. und Priebe, S.  
 Soziologische und sozialpsychologische Probleme italienischer Gastarbeiter  
 Der Medizinische Sachverständige 63, S. 35-39
- Özdoglar, A. (2007)  
 „Irgendwie anders“- Über Schwierigkeiten in deutsch-türkischen Psychoanalysen  
 Psyche, Heft 11, November 2007, S. 1093-1115
- Pette, G. M. (1998)  
 Unterschiedliche Versorgungsbedingungen für deutsche und ausländische Patientinnen  
 in einer gynäkologischen Notfallambulanz.  
 Z. f. Gesundheitswiss., 6 Jg. Nr.4, S. 358-369
- Pfeiffer, C., Wetzels, P., (2000)  
 Junge Türken als Täter und Opfer von Gewalt.  
 DVJJ-Journal; 11 (2), S. 107-113
- Pflanz, M. (1960)  
 Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen  
 1960, Neurol.-Psychiat, 28, S. 472-508
- Pflanz, M., Hasenkopf, O., Costas, P. (1967)  
 Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern. Ein transkultureller  
 Vergleich.  
 Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Arbeitshygiene Nr. 5/67, S. 181-185
- Pinter, E. (1978)  
 Emigrantendasein und psychische Störungen  
 Schweiz. Arch. Neurol.-Neurochir.- Psychiat. 122, 1, S. 75-82
- Rehfeld, U. (1991)  
 Ausländische Arbeitnehmer und Rentner in der gesetzlichen Rentenversicherung.  
 Dtsch. Rentenversich. Nr. 7, S. 468-492
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Kurs, R., Modaoi, I. (2000)  
 Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence,  
 risk factors, and help seeking behaviour.  
 Am. J. Psychiatry 157 (3): 385-392.
- Rosmond, R. (1996)  
 A kooperativ review of psychosocial and occupational environment in native Swedes  
 and immigrants  
 Scand-J-Soc-Med. 24 (4), S.237-242
- Ross, T., Malanin, A., Pfäfflin, F., (2004)  
 Stressbelastung, Persönlichkeitsstörungen und Migration.  
 Verhaltensther. Verhaltensmed.; 25(3): 345-366.

Santel, B. (1995)

Migration in und nach Europa: Erfahrungen. Strukturen. Politik.  
Opladen: Leske und Budrich

Schenk, L., Neuhauser, H. (2005)

Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie  
Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2005-48:S. 279-286  
Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2005

Schouler-Ocak, M. (2000)

Regelversorgungseinrichtung- Patientinnen türkischer Herkunft in der Institutsambulanz  
des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Hildesheim.  
In: T. Heise und J. Shuler (Hrsg.), Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und  
Psychiatrie in Deutschland. Berlin: Wissenschaft und Bildung, S. 81-89

Schrader A., Nikles B., Griese H.M. (1979)

Die zweite Generation. Sozialisation und Akkulturation ausländischer Kinder in der  
Bundesrepublik. Königstein/Ts: Athenäum

Schwab, P.J., Tercanli, S. (1987)

Körperliche und seelische Symptome bei Migranten in der Bundesrepublik Deutschland.  
Erstellung und Anwendung einer türkischen Fassung der Beschwerdenliste von D.v.  
Zerssen.  
Psychother. med. Psychol. 3: S. 419-423

Schwarze, S., Jansen, G. (1991)

Arbeitsplatzbelastung und Krankheit bei ausländischen Arbeitnehmern in der Eisen- und  
Stahlindustrie.  
Arbeitmed. Sozialmed. Präventivmed. Nr. 27: S. 94-100

Selye, H. (1960)

Physiologische Experimente zum Psyche-Hormon-Problem  
In: Meng, H. (Hrsg) Ein Gemeinschaftswerk von Charles A. Joel  
Psyche und Hormon, Einführung in die endokrine Psychosomatik  
Bern: Huber Verlag

Siefen, R., Brähler, E. (1996)

Migration und Gesundheit.  
Psychosozial, Heft 19, S. 29-35

Siefen, R. G. (2005)

Psychische Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen mit  
Migrationshintergrund.  
In: T. Borde und M. David (Hrsg.), Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund  
Frankfurt/a.M.: Mabuse-Verlag, S. 107-119

Siegrist, J. (1985)

Gesundheit und Krankheit im Jugendalter

Körperliche und seelische Gesundheit im Jugendalter

Realität, Perspektiven, Lösungsversuche: Kongressbericht, November 1985

Frankfurt/a.M: Die Zentrale, 1986

Simon et al. (1999)

An international study of the relation between somatic symptoms and depression

New English Journal of Medicine 341(18):S. 1329-36

Sluzki, C.E. (2001)

Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen.

In Th. Hegemann, R. Salman (Hrsg.),

Transkulturelle Psychiatrie

Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 101-115

Small, R., Lumley, J., Yelland, J. (2003)

How useful is the concept of somatization in cross-cultural studies of maternal depression?

A contribution from the Mothers in a New Country (MINC) study.

Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 24(1): S. 45-52.

Steiner-Khamsi G. (1992)

Multikulturelle Bildungspolitik in der Postmoderne.

Opladen: Leske und Budrich

Stenzel A., Homfeldt H.G. (1985)

Auszug in ein fremdes Land? Türkische Jugendliche und ihre Rückkehr in die Türkei.

Weinheim: Beltz.

Sundquist, J., Bayard-Burfiels, L., Johansson, L.M., Johansson S.E. (2000)

Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden.

J. Nerv. Ment. Dis. 188 (6): S. 357-365

Treibel, A. (1990)

Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit.

Weinheim, München: Juventa

Uexküll, Th.v., Wesiack, W.

Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell

In : Uexküll, Th. v. (Hg.) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin

München: Urban und Fischer, S. 3-43.

- Uniken-Venema, H.P. (1995)  
Health of migrants and migrant health policy.  
The Neatherlands as an example  
Soc-Sci-Med. 41 (6), S. 809-818
- van Eimeren, W. (1969)  
Gesichtspunkte und Probleme bei der medizinischen Auswahl ausländischer  
Arbeitskräfte und Praktikanten.  
Der Medizinische Sachverständige 65: S. 197-204
- VIA Berlin/ Brandenburg e.V. (2000)  
Zur Verbesserung der HIV/AIDS-Prävention für Migrantinnen und Migranten in Berlin.  
Eine Expertise im Auftrag des Landesverbands der Berliner AIDS-  
Selbsthilfeorganisationen  
(LaBAS). Berlin: Eigenverlag
- v. Rad, M. (1983)  
Alexithymie- Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch  
Kranker  
Berlin: Springer Verlag, S:3-5
- Wagner, F.W., E.H. Kerek-Bodden, E. Schach, S. Schach, F.W. Schwartz (1985)  
Erkrankungen ausländischer Arbeitnehmer im Spektrum der ambulanten Versorgung.  
In: J. Collatz, E. Kürsat-Ahlers, J. Korporal (Hrsg.)  
Gesundheit für alle. Rissen, Hamburg: EB-Verlag, S.177-195
- Weber, I. (1990):  
Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland:  
Zahlen- Fakten- Perspektiven,  
Hrsg. Projekt-gruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“ beim Zentralinst. für d.  
Kassenärztliche Versorgung im Auftrag der Bundesministeriums für Jugend, Familie,  
Frauen und Gesundheit).  
Baden-Baden: Nomos
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G. J. (1996)  
Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder.  
Journal of the American Medical Association 276: S. 293-299
- Wohlfart, E., Özbek, T., Heinz, A. (2005)  
Von kultureller Antizipation zu transkulturellem Verstehen.  
In: Assion J. (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit.  
Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer Verlag
- Wohlfart, Zaumseil (2006)  
Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie  
Interdisziplinäre Theorie und Praxis  
Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 171-173

Wojcik, M. (1984)

Kulturwechsel als nicht normative Lebenskrise am Beispiel von Spätaussiedlern aus Polen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ruhr-Universität Bochum

Zarifoglu, F. (1992)

Soziokulturelle und migrationsspezifische Aspekte von psychischer Erkrankung bei Flüchtlingen aus dem nahen und mittleren Osten.

In: Collatz, J., Brandt, A., Salman, R., Timme, S. (Hrsg.):

Was macht Migranten in Deutschland krank? Hamburg: EBV Rissen, S. 113-123

Zeiler, J., Zarifoglu, F. (1994)

Zur Relevanz ethnischer Diskriminierung bei psychiatrischen Erkrankungen

Psychiat. Prax. 21, S. 101-105

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland:

Die EvaS-Studie (1989)

Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln: Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts, Band 39.1, Deutscher Ärzte-Verlag

Zeul, M. (1994)

Rückreise in die Vergangenheit: Zur Psychoanalyse spanischer Arbeitsmigrantinnen.

Psyche 48.6, S. 529-562

## **9 Anhang**

Fragebögen: siehe Folgeseiten

No:  
Cinsiyet:  Erkek  Kadın

Yaş:

Medeni Durum:  Evli  Bekar  Dul  Boşanmış

Yaşadığı Yer:  Yalnız  Aile ile

Öğrenim Durumu:  Okuma yazma bilmiyor  İlkokul terk  İlkokul mezunu  
 Orta okul  Lise  Üniversite  Yüksek lisans-Doktora

Meslek:  Eğitim  
 İş  
 Emekli  İşsiz  Mesleksiz  Meslek Okulu  
Ne zamandan beri?

1. Şimdiye kadar hiç psikiyatrik tedavi gördünüz mü?  
 Evet  Poliklinikte  Hastanede yatarak  
 Hayır
2. Şimdiye kadar hiç tıbbi tedavi gördünüz mü?  
 Evet  Poliklinikte  Hastanede yatarak  
 Hayır
3. Akrabalarınızda psikiyatrik hastalığı olan kimse var mı?  
 Evet  Hayır
4. Size göre tıbbi ve ruhsal sorunlarınız Almanya`da bulunmanızla ne kadar ilgilidir?  
 Hiç ilgisi yok  Kısmen ilgili  Tamamen ilgili
5. Size göre şikayetleriniz daha çok ruhsal mıdır yoksa bedensel midir?  
 Daha çok ruhsal  Daha çok bedensel  Hem ruhsal hem bedensel  
 Birbirinden ayırt edemiyorum
6. Kaç yıldır Almanya`da yaşıyorsunuz?
7. Almanya`da kaçınıcı kuşak olarak bulunuyorsunuz?
8. Gelecek için planlarınız nedir?  
 Almanya`da kalmak  Türkiye`ye dönmek  Kararsızım
9. Psikiyatrik hastalıklarda özel olarak Türk Doktoru mu tercih edersiniz?  
 Evet  Hayır  Fark etmez
10. Psikiyatrik hastalıklardan dolayı gördüğünüz tedaviyi toplumdan saklamayı doğru buluyor musunuz?  
 Evet, saklanmalı  Hayır, bence normal olarak söylenebilir
11. Psikiyatrik hastalıklarda tıp dışı tedavi arayışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?  
 Cinciye gidebilirim  Muska yazdırabilirim  Dua okuyabilirim  
 Bunları doğru bulmuyorum

## BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

### YÖNERGE:

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz.

1. ( ) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
( ) b. Kendimi üzgün hissediyorum.  
( ) c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
( ) d. Oylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. ( ) a. Gelecekte umutsuz değilim.  
( ) b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.  
( ) c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
( ) d. Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. ( ) a. Kendimi başarısız görmüyorum.  
( ) b. Çevremdeki birçok kişiden fazla başarısızlığım oldu sayılır.  
( ) c. Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.  
( ) d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. ( ) a. Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
( ) b. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
( ) c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
( ) d. Bana zevk veren hiçbir şey yok. Herşey çok can sıkıcı.
5. ( ) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
( ) b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
( ) c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
( ) d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. ( ) a. Cezalandırılmıyormuşum gibi duygular içinde değilim.  
( ) b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirdim gibi duygular içindeyim.  
( ) c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.  
( ) d. Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. ( ) a. Kendimden hoşnudum.  
( ) b. Kendimden pek hoşnut değilim.  
( ) c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
( ) d. Kendimden nefret ediyorum.
8. ( ) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.  
( ) b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
( ) c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.  
( ) d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. ( ) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
( ) b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamıyorum.  
( ) c. Kendimi öldürebilmeyi isterdim.  
( ) d. Bir fırsatım bulsam kendimi öldürürdüm.
10. ( ) a. Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
( ) b. Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.  
( ) c. Şu sıralarda her an ağlıyorum.  
( ) d. Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. ( ) a. Her zamankinden daha sınırlı değilim.  
( ) b. Her zamankinden daha kolayca sınırlanıyor ve kıztıyorum.  
( ) c. Çoğu zaman sınırlıyım.  
( ) d. Şimdilerde her an için sınırlıyım.
12. ( ) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
( ) b. Eskişine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
( ) c. Diğer insanlara karşı ilginin çoğunu kaybettim.  
( ) d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. ( ) a. Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.  
( ) b. Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.  
( ) c. Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
( ) d. Artık hiç karar veremiyorum.
14. ( ) a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.  
( ) b. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülenim.  
( ) c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.  
( ) d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. ( ) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
( ) b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.  
( ) c. Hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok fazla zorluyorum.  
( ) d. Hiçbir iş yapamıyorum.
16. ( ) a. Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.  
( ) b. Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.  
( ) c. Eskişine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.  
( ) d. Eskişine göre çok erken uyanıyor ve uyuyamıyorum.
17. ( ) a. Eskişine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
( ) b. Eskişinden daha çabuk yoruluyorum.  
( ) c. Şu sıralarda neredeyse herşey beni yoruyor.  
( ) d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. ( ) a. İştahım eskisinden pek farklı değil.  
( ) b. İştahım eskisi kadar iyi değil.  
( ) c. Şu sıralarda iştahım epey kötü.  
( ) d. Artık hiç iştahım yok.
19. ( ) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğim söyleyemez.  
( ) b. Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.  
( ) c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.  
( ) d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilo verdim.
20. ( ) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
( ) b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.  
( ) c. Ağrı sızı, gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.  
( ) d. Bu tür sıkıntılar beni öyle endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. ( ) a. Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
( ) b. Eskişine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
( ) c. Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.  
( ) d. Artık, cinsellikle bir ilgim kalmadı.

**SCL-90-R**  
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

**AÇIKLAMA:** Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0  
Çok az : 1  
Orta derecede : 2  
Oldukça fazla : 3  
İleri derecede : 4

Örnek: 1. ( 2 ) Baş ağrısı

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölüme düşünceleri
60. ( ) Ağır yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacaktıymış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.“

Bad Nauheim, den 12. Februar 2009

---

Tip Dr./ Marmara Univ. Secil Akinci

## **DANKSAGUNG**

Meinem Doktorvater Prof. Dr. Wolfgang Milch danke ich ganz herzlich für die Überlassung des Themas und die freundliche Unterstützung während dieser Dissertation.

Herrn Prof. Dr. Christian Reimer möchte ich danken, da er mir als Direktor der Klinik meine klinische und wissenschaftliche Arbeit ermöglicht hat und mich während meiner Facharztausbildung unterstützt hat.

Besonderen Dank an Herrn PD. Dr. Frank Leweke und Herrn Dr. Dipl. Psych. Markus Stingl für die gute Zusammenarbeit.

Ebenfalls danke ich Herrn Dr. Yasar Bilgin für die Stipendium-Möglichkeit der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung, die meinen eigenen Migrationsprozess in Deutschland eingeleitet hat. Auch den Mitarbeitern der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung danke ich für die Unterstützung während der Datensammlung dieser Arbeit.

Weiterhin danke ich auch all den Teilnehmerinnen und Teilnehmern - ohne deren aktive Mitwirkung wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Bei Frau Dr. Christine Esslinger möchte ich mich dafür bedanken, dass sie mich am Anfang meiner Arbeit motivierte.

Meinen Eltern und meinen Schwestern danke ich herzlich für den familiären Zusammenhalt und auch für die Unterstützung während dieser Arbeit.

Insbesondere danke ich meinem Ehemann Dr. Ahmet Akinci, der mir immer zur Seite steht.