

**Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (afk) Zürich
&
Bundesamt für Migration**

Mirjam Straub, Thomas Maier

**Therapieerwartungen und
Krankseinskonzepte
bei traumatisierten Migranten und
Migrantinnen.
Eine qualitative Studie.**

Zürich

5/2007

Kontaktadresse der Erstautorin:

lic. phil. Mirjam Straub
Doktorandin
Ethnologisches Seminar der Universität Zürich
Andreasstrasse 15
CH 8050 Zürich
Email: Mirjam.Straub@access.uzh.ch

Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung	5
1	Einführung	6
2	Das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer Zürich.....	8
2.1	Zielgruppe.....	8
3	Stand der allgemeinen Forschung.....	9
3.1	Migration, Gesundheit und Trauma in der Schweiz	9
3.2	Kulturanthropologisch-medizinisches Modell.....	10
3.3	„concepts of illness“	11
3.4	„explanatory models“	13
3.4.1	Trauma	13
3.4.1.1	Sequenzielle Traumatisierung	14
3.5	Fazit.....	15
4	Fragestellungen und Hypothesen	16
4.1	Therapieerwartungen.....	16
4.2	Krankseinskonzepte („concepts of illness“)	16
5	Methodik	17
5.1	Mitarbeitende	17
5.2	Design	17
5.2.1	Einzelfallanalyse	17
5.2.2	Bestandteile der Interviews.....	18
5.2.3	Vorgehen	18
5.2.4	Transkribierung.....	18
5.2.5	Ethische Gesichtspunkte	18
5.2.6	Auswertung.....	19
5.2.6.1	Qualitative Inhaltsanalyse	19
5.2.6.2	Auswertungsschritte	19
5.3	Stichprobe	20
5.3.1	Herkunft der Patienten des afk Zürich insgesamt	20
5.3.2	Teilnehmende Patienten.....	21
5.3.3	Soziodemographische Daten.....	22
5.3.3.1	Geschlecht.....	22
5.3.3.2	Alter	23
5.3.3.3	Bildung und Beruf im Herkunftsland	23
5.3.3.4	Sprache	25
5.3.3.5	Interviewdauer	25
5.3.3.6	Aufenthaltsstatus	26
5.3.3.7	Einwanderungszeitpunkt in die Schweiz.....	27
5.3.3.8	Bisherige Therapiedauer im afk Zürich	28
5.3.3.9	Familiensituation in der Schweiz.....	28
5.3.3.10	Wohnsituation	29
5.3.3.11	Schichtzugehörigkeit und finanzielle Sicherheit im Heimatland	29
5.3.3.12	Schichtzugehörigkeit und finanzielle Sicherheit in der Schweiz.....	30
5.3.3.13	Religionszugehörigkeit.....	31

5.3.3.14	Mehrheit / Minderheit	32
5.3.3.15	Medikamente	32
6	Resultate	33
6.1	Therapieerwartungen.....	33
6.1.1	Allgemeine Erwartungen an die Therapie.....	33
6.1.1.1	Vorstellungen über die Behandlung allgemein	33
6.1.1.2	Vorstellungen über die Behandlung im Prozess	34
6.1.1.3	Erwartungen über das Resultat der Behandlung	35
6.1.1.4	Abweichen der Erwartungen.....	37
6.1.1.5	Kenntnisse über Psychotherapie	37
6.1.1.6	Haltung gegenüber somatomedizinischen Interventionen	39
6.1.1.7	Fazit.....	42
6.1.2	Erwartungen gegenüber dem Arzt.....	42
6.1.2.1	Arzt-Patienten-Beziehung in den Herkunftsländern der Patienten.....	42
6.1.2.2	Arzt-Patienten-Beziehung: Vergleich zur Schweiz	44
6.1.2.3	Arzt-Patienten-Interaktion in der Schweiz.....	45
6.1.2.4	Umstände	46
6.1.2.5	Fazit.....	48
6.2	Krankseinskonzepte („concepts of illness“)	49
6.2.1	Krankseinskonzepte und soziodemographische Variablen.....	49
6.2.2	Krankseinskonzept “Überlegene Gesundheitstechnologie“	51
6.2.3	“Chronologisches Krankseinskonzept“	54
6.2.4	Krankseinskonzept “political economy“	56
6.2.5	Selten genannte Kategorien von Krankseinskonzepten	59
6.2.5.1	Krankseinskonzept “Schuld“	59
6.2.5.2	Krankseinskonzept “Ahnengeister, Heilige und Götter“	60
6.2.5.3	Krankseinskonzept “Balance-Modell“	61
6.2.5.4	Krankseinskonzept “Seelenverlust“	62
6.2.5.5	Krankseinskonzept “Biographie“	63
6.2.5.6	Krankseinskonzept “Schicksal“	64
6.2.6	Fazit.....	64
6.3	Krankseinskonzepte und Lebenssituation	65
6.3.1	Professioneller vs. volkstümlicher Sektor	65
6.3.2	Hilfe im Bereich der realen Lebenssituation	67
6.3.2.1	Im Heimatland in Anspruch genommene Hilfeleistungen	67
6.3.2.2	In der Schweiz in Anspruch genommene Hilfeleistungen	68
6.3.3	Aktuelle Lebensbedingungen versus Traumatisierung	72
6.3.3.1	Schwerpunkt belastende Traumatisierung in der Vergangenheit	72
6.3.3.2	Schwerpunkt der Belastung in aktueller Lebenssituation.....	74
6.3.4	Fazit.....	75
7	Schlussfolgerungen	77
7.1	Überprüfung der Hypothesen	77
7.1.1	Therapieerwartungen.....	77
7.1.1.1	Hypothese 1: Erwartungen an die Therapie	77
7.1.1.2	Hypothese 2: Abweichende Erwartungen.....	78
7.1.1.3	Hypothese 3: Erwartungen gegenüber dem Arzt.....	79
7.1.2	Krankheitskonzepte („concepts of illness“)	81
7.1.2.1	Hypothese 4: Krankseinskonzepte und soziodemographische Variablen.....	81
7.1.2.2	Hypothese 5: Krankseinskonzepte und Lebenssituation	82

7.1.2.3	Hypothese 6: Aktuelle Lebensbedingungen versus Traumatisierung	83
7.2	Beantwortung der Fragestellungen.....	83
7.2.1	Fragestellung 1:Therapieerwartungen	84
7.2.2	Fragestellung 2: Krankseinskonzepte („concepts of illness“).....	86
8	Ausblick	88
9	Dank	89
10	Literatur	90
11	Anhang	94
11.1	Anhang 1	94
11.2	Anhang 2	95
11.3	Anhang 3	97

Zusammenfassung

Ausgangslage: Traumatisierte Migranten stellen aus der Sicht des Gesundheitswesens eine Hochrisikogruppe dar, da diese Personen in überdurchschnittlichem Ausmass und auf mehreren Ebenen Beschwerden und Symptome aufweisen (somatisch, psychisch, psychosomatisch und psychosozial). Die Komplexität und die Schwere dieser Probleme überfordern die vorhandenen Strukturen des Gesundheitswesens in vielen Fällen. Informations- und Forschungsdefizite werden allgemein anerkannt.

Fragestellung: Die vorliegende Studie fragte nach Therapieerwartungen und Krankseinskonzepten ("concepts of illness") von traumatisierten Migranten und Migrantinnen. In der Praxis wird oft die Erfahrung gemacht, dass diese von den hiesigen Konzepten und Vorstellungen divergieren und eine effiziente und wirksame Intervention im Gesundheitsbereich erschweren.

Methode: Eine Gruppe von 13 Patienten des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer (afk) Zürich wurde mittels qualitativer problemzentrierter Interviews zu diesen Themen befragt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und mit dem Computerprogramm Atlas-ti inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ziel: Ziel der Studie ist ein besseres Verständnis der Therapieerwartungen und Krankseinskonzepte ("concepts of illness") von traumatisierten Migranten. Die Resultate dieser Studie sollen Fachleuten im Bereich Migration und Gesundheit vermittelt werden und zu einer besseren, effektiveren Behandlung dieser Patientengruppe beitragen.

Resultate: Die Analyse der Interviews zeigt, dass tatsächlich die meisten Patienten bei Beginn der Behandlung wenig konkrete Vorstellungen von der Art der Behandlung hatten, die sie wünschten und benötigten. Psychotherapie als Behandlungsmethode ist kaum bekannt, es herrscht ein eher passives Verhalten gegenüber den Therapeuten vor. Allerdings lässt sich deutlich zeigen, dass die Patienten dennoch ohne Probleme eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung akzeptieren können und angeben, mit zunehmender Dauer der Behandlung immer besser zu verstehen, worum es eigentlich geht und was ihr eigener Beitrag zur Verbesserung ihrer Befindlichkeit sei. In Bezug auf Krankseinskonzepte zeigen sich keine sehr grossen Abweichungen von den schulmedizinischen Modellen zu sequenziellen Traumatisierungen. Die meisten Patienten sehen ihr Leiden als das Resultat einer Kombination traumatischer Erlebnisse und aktuell schwieriger Lebensumstände an. Sie vertrauen der Schulmedizin sehr und versprechen sich Hilfe in erster Linie von professionellen Hilfseinrichtungen.

Schlussfolgerungen: Traumatisierte Migranten und Migrantinnen können trotz wenig konkreter Therapieerwartungen und fehlendem Wissen über Psychotherapie in psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings behandelt werden. Das wichtigste Behandlungsergebnis besteht oft darin, dass es zu einer sukzessiven Annäherung der gegenseitigen Krankseins- und Veränderungsmodelle von Therapeut und Patient kommt.

1 Einführung

Menschen, die extremen Traumatisierungen ausgesetzt waren, haben ein hohes Risiko, verschiedene körperliche und psychische Symptome zu entwickeln. Krieg und Folter stellen die schwerste Form psychischer Traumatisierung dar, und wir wissen, dass auch am heutigen Tag Millionen von Menschen auf der ganzen Welt solchen Grausamkeiten ausgeliefert sind. Viele Betroffene versuchen, den Gefahren zu entkommen und flüchten in sicherere Gegenden, entweder als Binnenmigranten oder intern Vertriebene innerhalb ihres Landes oder als Flüchtlinge ins Ausland. Die entstehenden Migrationsströme erreichen auch die Länder der ersten Welt und beschäftigen zunehmend die dortigen Hilfs- und Gesundheitssysteme. Traumatisierte Migranten – ein etwas neutralerer Begriff für „Folter- und Kriegsopfer“ – leiden in der Regel an verschiedenen psychischen und/oder körperlichen Beschwerden. Die Versorgungssysteme von Aufnahmeländern werden zunehmend mit solchen Patienten konfrontiert, allerdings ist die Behandlung oft schwierig, manchmal sogar unmöglich. Tatsächlich sind die wahren Bedürfnisse und Erwartungen von traumatisierten Migranten, die im Gesundheitswesen auftauchen den Fachleuten weitgehend unbekannt. Das Sprachproblem ist dabei nur das vordergründigste Hindernis. Mit grosser Wahrscheinlichkeit kommt es regelmässig zu kulturellen Missverständnissen, vermutlich bestehen grosse Divergenzen zwischen Patienten und Behandelnden in Bezug auf die Vorstellungen von Krankheit und Behandlung.

Die Art und Weise, wie jemand mit traumatischen Erfahrungen umgeht, wird von persönlichen, sozialen und kulturellen Faktoren beeinflusst. Wenn die Coping-Möglichkeiten eines Individuums überfordert sind, entwickeln sich pathologische Symptome und medizinische Konzepte kommen zur Anwendung, um die resultierenden Beschwerden zu beschreiben und zu benennen. Traumatisierte Migranten klagen in der Regel über unspezifische und eher körperliche Symptome, wenige verlangen ausdrücklich nach psychologischer Unterstützung oder gar nach Psychotherapie. Allgemein ist allerdings sehr wenig bekannt über die Krankseinskonzepte („concepts of illness“) von traumatisierten Migranten. Fachleute wissen kaum etwas darüber, welche Art von Behandlung diese Patienten erwarten und ob sie Psychotherapie als hilfreich erachten.

Gemäss Kleinmans Definition (Kleinman, 1980) ist *Krankheit (disease)* das medizinische Konzept, um Abweichungen vom normalen Funktionieren zu beschreiben und einzuteilen, während *Kranksein (illness)* die subjektive Erfahrung von Krankheit meint. „Illness is the shaping of disease into behavior and experience“ (Kleinman, 1980). Laienkonzepte über Gesundheit und Krankheit sind Vorstellungen, die sich Individuen, Gruppen oder Kulturgemeinschaften machen, um zu erklären, wie Gesundheit aufrechterhalten wird und warum Krankheiten entstehen. Solche Konzepte beinhalten in der Regel nicht nur Erklärungen über das Entstehen von Krankheiten, sondern auch Vorstellungen über den Schweregrad von Krankheiten, die angemessene Behandlung und die Bedeutung von Krankheiten. Laienkonzepte variieren stark zwischen verschiedenen Kulturgemeinschaften, aber auch zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen Schichten und sind selbst innerhalb eines Individuums in ständigem Wandel. Oft mischen sich traditionelle mit modernen Vorstellungen, unterschiedliche, ja sogar sich widersprechende Konzepte können innerhalb einer Person koexistieren. Krankseinskonzepte von Traumatisierten wurden kaum je erforscht, vermutlich weil man es für selbstverständlich hält, dass diese Patienten ihre psychopathologischen Symptome kausal mit dem erlittenen Trauma in Verbindung bringen. Tatsächlich ist die diskussionslose kausale Zuordnung jeglicher pathologischer Befunde zum Trauma ein grosser Trumpf der

Psychotraumatologie. Sicherlich ist aber gerade dieser Punkt zugleich eine der Schwachstellen dieser noch jungen Disziplin, da die Therapeuten blind (oder zumindest kurzsichtig) werden für begleitende individuelle, soziale und kulturelle Faktoren, die wesentlichen Einfluss haben darauf, wie ein Individuum mit traumatischen Erfahrungen umgeht. Gerade Extremtraumatisierungen durch Folter und Krieg sind „individuelle und kollektive Prozesse, die sich auf einen gegebenen sozialen Kontext beziehen und von diesem abhängig sind. Diese Prozesse zeichnen sich aus durch ihre Intensität, die lange Dauer sowie die Wechselwirkung zwischen sozialen und psychologischen Dimensionen“ (Becker & Castillo, 1990).

Die Psychotraumatologie ist ein neueres Teilgebiet innerhalb von Psychiatrie und Psychotherapie, das sich mit der Erfassung und Behandlung von Traumafolgen befasst. Das Fachgebiet stellt gleichzeitig ein Beispiel dafür dar, wie das medizinische System mit den Konsequenzen von Menschenrechtsverletzungen umgeht, und wie zwischenmenschliche Gewalt in individuelle Psychopathologie verwandelt wird. Neue spezifische Krankheitsentitäten wurden definiert, um Traumafolgen zu erfassen, neue und universelle Behandlungsstrategien wurden entwickelt und eingeführt. Obwohl einige Fragen und Zweifel in Bezug auf die allgemeine und insbesondere die transkulturelle Gültigkeit der diagnostischen und therapeutischen Konzepte auftauchen, ist der weltweite Siegeszug der Psychotraumatologie nicht aufzuhalten. Offensichtlich passt die Medikalisierung der Folgen individueller, politischer und struktureller Gewalt in die herrschenden Vorstellungen der öffentlichen Meinung. Aus klinischer Perspektive bleiben jedoch einige Fragen offen: Fassen extremtraumatisierte Menschen ihr anhaltendes Leiden als Krankheit auf, die medizinischer Behandlung zugänglich ist? Sehen sie Psychotherapie als ein geeignetes Mittel an, um ihre Beschwerden zu lindern? Schreiben traumatisierte Migranten ihre aktuellen psychischen Schwierigkeiten früheren Traumata zu oder eher den Widrigkeiten des Alltags, mit dem sie konfrontiert sind (Sprachbarriere, Asylverfahren, Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit, Marginalisation, Armut)? Kurz gesagt: Was sind die Krankseinskonzepte von traumatisierten Migranten in Bezug auf ihre aktuelle Befindlichkeit?

Diese Fragen soll im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nachgegangen werden. Mit einem qualitativen Forschungsansatz wird eine Gruppe von traumatisierten Migranten in Bezug auf ihre Krankseinskonzepte und Therapieerwartungen befragt, um daraus Rückschlüsse für die Bereitstellung angemessener Behandlungsangebote ziehen zu können.

2 Das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (afk) Zürich

Die Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Zürich (Ärztlicher Direktor: Prof. Ulrich Schnyder) betreibt in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Roten Kreuz (Zentrum für Migration und Gesundheit SRK, Leiter: Dr. med. Conrad Frey) seit November 2003 das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer Zürich (afk Zürich). Für den Aufbau und die Leitung des Ambulatoriums zuständig ist als Oberarzt Dr. med. Thomas Maier.

Bereits seit 1995 existiert in Bern das Therapiezentrum des SRK für Folter- und Kriegsoffer (heute: afk Bern). Pro Jahr werden dort gegenwärtig rund 1700 Konsultationen durchgeführt, verteilt auf rund 150 Therapien. Die Gründung des afk Zürich erfolgte im Rahmen der längerfristigen Strategie des SRK, die Behandlungskapazitäten für diese Patientengruppe zu erweitern und zu dezentralisieren (Frey, 2002; vgl. auch Weiss, 1993; Wicker, 1993). Das SRK hat ab 2003 auch Zentren zur Behandlung von Folteropfern in Lausanne und Genf unterstützt bzw. deren Ausbau ermöglicht.

Im ersten Betriebsjahr (1.11.03 bis 31.12.04) wurden im afk Zürich 103 Patienten aus 28 Ländern¹ abgeklärt und behandelt. Durchschnittlich fanden pro Fall 8,5 Konsultationen statt. 2005 wurden im afk Zürich insgesamt 104 Patienten gesehen, durchschnittlich fanden pro Fall 18,3 Konsultationen statt.

Die Datenerhebung zu dieser Studie wurde im Jahr 2005 durchgeführt, die Planung beruhte folglich auf Zahlen aus dem Jahr 2004.

2.1 Zielgruppe des afk Zürich

Die Zielgruppe des afk Zürich sind ebenso wie in den vergleichbaren Zentren in Bern, Lausanne und Genf, Migranten die in ihren Herkunftsländern extremer Gewalt durch Krieg, Folter und Vertreibung ausgesetzt waren und in der Regel als Asylbewerber in die Schweiz gekommen sind. Ein grosser Teil dieser Menschen lebt hier über längere Zeit unter sozial schwierigen Verhältnissen, isoliert von der übrigen Wohnbevölkerung und oft mit unklarem Aufenthaltsstatus (schwebendes Asylverfahren, drohende Ausschaffung, vorläufige Aufnahme). Viele dieser Menschen leiden unter den psychischen und somatischen Folgen der erlebten Gewalt, sowie unter der schwierigen aktuellen Lebenssituation.

Für das schweizerische Gesundheitswesen stellen diese Patienten eine grosse Herausforderung und Belastung dar, dies wegen der Komplexität und Schwere der vorliegenden Symptome und Störungen, aber auch wegen der sprachlichen und kulturellen Barrieren, die eine Behandlung behindern. Die Erforschung der materiellen, psychologischen und sozialen Lebensbedingungen dieser Population ist ein Ziel (Maggi & Cattacin, 2003), zu dem diese Untersuchung einen Beitrag leisten will.

¹ Siehe Tabelle 2 in Kapitel 5.3.1

3 Stand der allgemeinen Forschung

3.1 Migration, Gesundheit und Trauma in der Schweiz

Wicker erstellte im Jahr 1993 am Institut für Ethnologie der Universität Bern eine für den Schweizer Kontext einzigartige Pionierstudie mit dem Titel "Die Sprache extremer Gewalt – Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen". Diese Studie bildete die Basis für das erste Schweizer Rehabilitationszentrum des Schweizerischen Roten Kreuzes für Folter- und Kriegsoffer. In der Folge wurden vom Schweizerischen Roten Kreuz in Zusammenarbeit mit der Universität Bern mehrere Studien durchgeführt (Frey et al., 1999; Jehle, 2002; Gisler, 2002; Kissling, 2003; Grass, 2003; Moser und Robertson, 2003; Swiss Red Cross, 2005). Sie untersuchten Aspekte der spezifischen Belastungen, der Copingmechanismen und des Gesundheitszustands von Migranten am Beispiel bosnischer Kriegsflüchtlinge. Es zeigte sich, dass viele dieser Kriegsflüchtlinge trotz schlechtem psychischem und somatischem Gesundheitszustand nicht Zugang zu adäquater Betreuung und Behandlung finden. Dabei ist unklar, ob das vorhandene Therapieangebot den Bedürfnissen traumatisierter Flüchtlinge nicht gerecht wird und warum allenfalls die Erwartungen und das vorhandene Angebot auseinander klaffen. Migranten mit Kriegs- und Foltererfahrungen beanspruchen das Gesundheitswesen überdurchschnittlich stark (Wicker et al. 1999), hingegen zumeist in unspezifischer und letztlich inadäquater Form. Auf beiden Seiten, sowohl der der Migranten wie auch der der Fachkräfte im Gesundheitsbereich fehlen erwiesenermassen die Möglichkeiten und Fähigkeiten, sich über die wirklichen Probleme und Bedürfnisse klar zu werden. Es gibt wenig Information über die spezifischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Bedürfnisse sowie die Krankheitsvorstellungen von Migranten, auch in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen wie Ethnie, Alter, Geschlecht, Bildung, Schicht etc.

Im Ambulatorium des SRK in Bern wurde eine kleine Patientenstichprobe (n=24, bzw. n=10) im Rahmen einer externen Evaluation (Hofmann et al., 2002; Frey und Sommerfeld, 2003) zu Beginn der Behandlung und in einem Follow-up untersucht. Die Resultate zeigten bei den Patienten hohe Symptombelastungen, multiple soziale Probleme, verbreitete Gefühle von Ohnmacht, Pessimismus und Resignation. Die Untersuchung zeigte zudem auf, dass wegen der ausgeprägt interdisziplinären Arbeitsweise hohe Anforderungen ans Behandlungsteam bestehen und ein grosser Kommunikations- und Vernetzungsaufwand betrieben werden muss.

Das Bundesamt für Gesundheit publizierte im Januar 2002 das zuvor in Vernehmlassung gegebene Papier «Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006» (2002). Dieses Papier behandelt den Problemkreis der Gesundheit von folter- und kriegstraumatisierten Migranten in einem eigenen Unterkapitel.

Die Arzt-Patienten-Beziehung speziell bei Migranten ist Gegenstand der Untersuchungen von Kilcher (2002) und Spiess & Kilcher (2003). Diese Studien kommen zum Schluss, dass Migranten ihre Symptome auf dem Hintergrund ihrer Kultur präsentieren und somit in der Arzt-Patienten-Interaktion kulturspezifische Krankheitskonzepte berücksichtigt werden sollten. Domenig entwickelte aus der Perspektive der Pflegenden das viel beachtete Konzept der "transkulturellen

Kompetenz“, das im Gesundheitsbereich weithin auf Beachtung stösst (2002). „Transkulturelle Kompetenz“ bezieht sich auf die Fähigkeit von Helfenden, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.

Das Thema Migration und interkulturelle Beziehungen hat Wicker 2004 untersucht. Den Einfluss der Schweizer Migrationspolitik auf die Asylsuchenden und das Gesundheitssystem diskutiert Salis Gross (2004). Die Gesundheitsversorgung von Migranten in der Ostschweiz beleuchtet ein Bericht der Caritas „Fachstelle für Gesundheit und Integration“ (Bauer, 2005), ebenso der Beitrag von Hornung (2004). Hornung legt den Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention. Mit der Psychotherapie von Kriegs- und Folteropfern allgemein befasst sich Maier (2005).

3.2 Kulturanthropologisch-medizinisches Modell

In der Arbeit mit Migranten treffen wir oft auf ein unserer Kultur fremdes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, von Krankheitsursachen und Heilung. Der Umgang mit Krankheit ist somit kulturell vorgeprägt (Sich et al., 1993). Kultur wird definiert als „Teil des menschlichen Seins, das Frau und Mann prädestiniert, sowohl subjektive, damit einzigartige Welten zu konstruieren, als auch sich als Teil von Kollektiven zu fühlen, beziehungsweise sich von einem Kollektiv zu lösen und sich einem anderen zu nähern.“ (Wicker, 1996:121).

Mit dem Thema Trauma und Migration haben sich zahlreiche Autoren befasst (Frey, 2001; Gilgen et al., 2002; Loutan und Subilia, 1995; Loutan et al., 1999; Moser et al., 2001; Wicker, 1993; Weiss, 2003). Wollen wir jedoch zu einem besseren Verständnis der Krankheitskonzepte und Anpassungssysteme von Migranten gelangen, so müssen wir uns Konzepten der kulturanthropologisch-medizinischen Forschung bedienen. Dieser Forschungszweig ist im Überlappungsbereich von Medizin und Ethnologie angesiedelt. Er bedient sich des Wissens und der Methoden dieser beiden Gebiete, um kulturspezifische Phänomene im Zusammenhang mit körperlicher und psychischer Gesundheit erfassen zu können.

Ein ursprünglich von John Bryant (1969) stammendes Modell, der so genannte „problem solving circle“ wurde von Sich et al. (1993) für die kulturanthropologisch-medizinische Forschung abgeändert. Dieses Modell dient als kulturanthropologisch-medizinisches Planungs- und Evaluationsinstrument. Es soll in der vorliegenden Studie als Orientierungsmassstab dienen, um adäquate kulturanthropologisch-medizinische Parameter im Gesundheitsbereich zu erkennen. Dabei beziehen wir uns in dieser Studie ausschliesslich auf den oberen, kleineren Kreis, da wir uns mit der Datensammlung und -interpretation befassen.

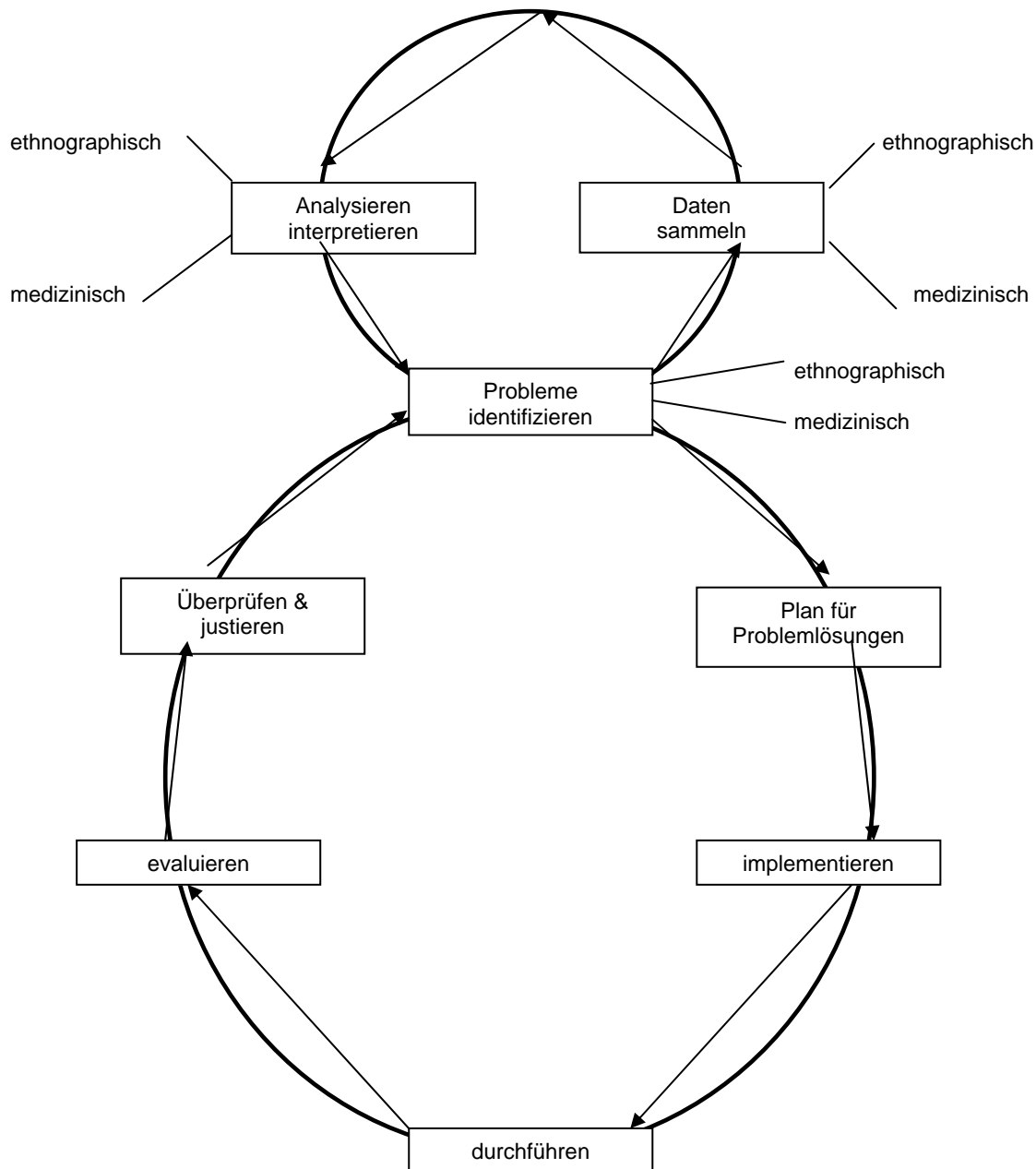


Abbildung 1 : Datenaufnahme, Interpretation, Identifizierung und Evaluierung von Gesundheitsproblemen und ihren Prozessen (Sich et al., 1993:9)

3.3 „concepts of illness“

Soll die subjektive Wahrnehmung der Beschwerden von folter- und kriegstraumatisierten Migranten erforscht werden, muss in einem ersten Schritt der Krankheitsbegriff, von dem ausgegangen wird, definiert werden. Die Medizinethnologie (medical anthropology), die in der Forschung von Arthur Kleinman (1980) ihre Wurzeln hat, bietet hierfür differenzierte Begriffe.

Der Begriff der Krankheit wird in der medical anthropology basierend auf der englischen Sprache ausdifferenziert in: "sickness", "disease" und "illness". Der Begriff

der "sickness" gilt als Oberbegriff von "disease" und "illness". Als "sickness" wird die Krankheit definiert, die gesellschaftlich relevant und anerkannt ist. Als "disease" wird die Krankheit definiert, die der Arzt auf Grund klinisch manifester Symptome diagnostiziert und behandelt (Kleinmann, 1980:72-80). Man spricht im Deutschen von "Krankheit". Als "illness" wird die Krankheit definiert, die der Kranke empfindet. Man spricht im Deutschen – etwas ungenau – auch von "Kranksein" (Schuler, 1997:23 – 24). "Disease" und "illness" sind nicht als Gegensatzpaare zu verstehen, sondern als sich ergänzende Konzepte, die miteinander verknüpft sind. Auf eine erste Phase von "disease" (Normabweichung) folgt die zweite Phase der "illness" (die kulturell und sozial konstruierte Bedeutung bzw. Deutung von "disease"). Um in Kleinmans Worten zu sprechen (1980:72): "Illness is the shaping of disease into behavior and experience". Helman (1985:924) setzt den Begriff des "Krankseins" der "emischen" Sichtweise gleich und den der "Krankheit" der "etischen" Sichtweise. "Disease" bezeichnet Helman (1990:254-255) auch als biologische Herangehensweise, im Gegensatz zur sozialen Herangehensweise der "illness". Man kann auch von der "Laienperspektive" versus der Perspektive der "health professionals" sprechen (Kleinman, 1980:73).

Diese Unterscheidung basiert auf dem Modell des Gesundheitsfürsorgesystems ("healthcare system") von Kleinman. Kleinman unterscheidet dabei drei Sektoren: Den populären Sektor, den volkstümlichen Sektor und den professionellen Sektor. Dieses Modell ist auf die unterschiedlichen medizinischen Realitäten in einer Gesellschaft zurückzuführen und ermöglicht eine Ausdifferenzierung derselben. Die "Laienperspektive" ist dem populären Sektor zuzuordnen und die Perspektive der "health professionals" dem professionellen Sektor (Eeuwijk, 1999:69).

Die Sektoren des Gesundheitssystems überlappen sich und unterscheiden sich untereinander nach ihrem Grad der Institutionalisierung, Kanonisierung und Professionalisierung. Van Eeuwijk (1999) hat diese Einteilungskriterien bildlich in einer Tabelle dargestellt und um den Faktor der Institutionalisierung/Bürokratisierung/Administration erweitert:

Tabelle 1: Einteilungskriterien der Sektoren des Gesundheitsfürsorgesystems

Gesundheitssektor → Kriterium ↓	Professionell	Populär (Laiensektor)	Volkstümlich
Professionalisierung/Lehre + Forschung/Weiterbildung	XXX	---	XX
Spezialisierung	XXX	X	XXX
Institutionalisierung/Bürokrati- sierung/Administration	XXX	---	X
Standardisierung/Kodifizierung /Kanonisierung	XXX	---	X

Der "populäre Sektor" zeichnet sich durch einen niedrigen Grad der Spezialisierung aus. Die anderen drei Faktoren – Professionalisierung, Institutionalisierung und Kanonisierung kommen spielen hier keine Rolle.

Der „volkstümliche Sektor“ ist wenig professionalisiert, institutionalisiert und kanonisiert, jedoch teilweise hoch spezialisiert. Der „professionelle Sektor“ zeichnet sich durch einen hohen Grad von Professionalisierung, Spezialisierung, Institutionalisierung und Kanonisierung aus. Ihm können je nach Kulturkreis die wissenschaftliche Schulmedizin, aber auch die hinduistisch geprägte Ayurveda-Medizin, die chinesische Medizin und die arabisch-persisch und islamisch beeinflusste Unani-Medizin zugeordnet werden (van Eeuwijk, 1999:69-70).

Wenn nun die subjektive Sichtweise von folter- und kriegstraumatisierten Migranten erforscht werden soll, erfolgt dies im Bereich des professionellen Sektors in Bezug auf ihr „Kranksein“ („illness“). Diese Studie konzentriert sich somit nicht auf die „Krankheitskonzepte“ sondern auf „Krankseinskonzepte“, die „concepts of illness“, der traumatisierten Migranten.

3.4 „explanatory models“

An dieser Stelle ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass Krankheit und Gesundheit bzw. Kranksein und Gesundsein kulturelle Prozesse sind, die permanent ablaufen und sich verändern (van Eeuwijk & Obrist, 2006:3). Die „Krankseinskonzepte“ bzw. die „concepts of illness“ dürfen demnach nicht als statische Konstrukte, sondern vielmehr als sich wandelnde Konzepte verstanden werden. Dem entsprechend ist auch die Weiterentwicklung der Krankheitstaxonomie von Kleinman, die er später zum Konzept der Erklärungsmodelle („explanatory models“) erweiterte, prozessorientiert. Unter dem Begriff „Erklärungsmodell“ versteht Kleinmann (1980; zit. nach Eeuwijk, 1999:64): „Explanatory models are the notions about an episode of sickness and its treatment.“ Dieses Konzept erlaubt es, die individuellen Erklärungsmodelle von traumatisierten Migranten im Hinblick auf Krankheit detailliert zu erfassen, auch was den Krankheitsverlauf betrifft. Erklärungsmodelle umfassen Vorstellungen zu den folgenden fünf Aspekten von Kranksein:

- a.) Ätiologie
- b.) Symptome
- c.) Pathophysiologie (Krankheitsvorgänge und Funktionsstörungen) und Körperbild
- d.) Verlauf
- e.) Behandlung (Therapie)

Die Erklärungsmodelle müssen als Vorstellungen verstanden werden, die einem stetigen Wandel unterworfen sind. Traditionelle Erklärungsmodelle mischen sich mit Konzepten der Schulmedizin (van Eeuwijk & Obrist, 2006:3). Verschiedene Erklärungsmodelle können auch nebeneinander bestehen und dementsprechend werden dann für eine Behandlung auch verschiedene Sektoren des Gesundheitsfürsorgesystems („healthcare system“) nacheinander oder parallel angegangen (van Eeuwijk, 1999:72). In dieser Studie werden die „explanatory models“ von traumatisierten Migranten nicht explizit erforscht. Die „explanatory models“ finden jedoch als Konzept der medical anthropology Eingang bei den theoretischen Schlussfolgerungen der Resultate dieser Studie im Kapitel 7.

3.4.1 Trauma

Die transkulturelle Gültigkeit der psychopathologischen Klassifizierungen von Traumafolgen ist umstritten. Die manifesten Symptome sowie die subjektive Wahrnehmung der Symptome sind möglicherweise unterschiedlich zwischen

Angehörigen verschiedener Kulturen (Friedman & Marsella, 1996:13). Verschiedene Autoren haben zu solchen Themen Beiträge veröffentlicht, regelmässig wird dabei aber auf fortbestehende Informationsdefizite und erforderliche weitere Forschung hingewiesen. Ausdrücklich erwünscht werden Arbeiten, die Zusammenhänge im Bereich der soziodemographischen und gesellschaftlichen Faktoren erforschen z. B. zwischen Ethnie, Geschlecht, sozialer Klasse, Rechtsstatus etc. von Migranten.

Ein Traumabegriff für durch menschlichen Einfluss traumatisierte Migranten verlangt somit nach einer Definition, die nicht nur die Ebene der Symptome umfasst. Wichtig ist der Einbezug der gesellschaftlichen Dimension. Als psychische Reaktion auf eine (politisch motivierte) Gewalttat, zum Beispiel im Rahmen von Folter oder Krieg, haben Becker und Castillo (1990) das Konzept der "extremen Traumatisierung" entwickelt. In dieser Studie wird dieses Konzept verwendet. Die "extreme Traumatisierung" bezieht sowohl die individuelle wie auch die gesellschaftliche Ebene mit ein. Becker und Castillo (1990) definieren sie wie folgt: „Extreme traumatization is an individual and collective process that refers to and is dependent on a given social context: It is a process marked by its intensity, its extremely long duration and the interdependency between the social and the psychological dimensions. It exceeds the capacity of the individual and social structures to respond adequately to this process. Its aim is the destruction of the individual, his sense of belonging to society and his social activities.“

3.4.1.1 Sequenzielle Traumatisierung

Auf dem Hintergrund von Beckers "extremer Traumatisierung" (1990) wird in dieser Studie "Trauma" weiter im Sinne von Keilson (1979; zit. nach Willigen, 2001) als Prozess, als "sequenzielle Traumatisierung" verstanden.

Becker (1995:29) unterstreicht die Bedeutung dieses Konzeptes nicht nur seiner Prozesshaftigkeit wegen, sondern auch, weil erst die genaue Analyse aller aufeinander folgenden traumatischen Sequenzen ein Verständnis für die psychologischen Probleme erlaubt.

Nach Keilson (1979; zit. nach Willigen, 2001:56-57) kann die Folge eines traumatischen Erlebnisses und schwerem Stress ("serious stress") in vier verschiedene Sequenzen unterteilt werden:

1. Während der ersten Sequenz beginnt im Herkunftsland die Repression oder der Krieg
2. Die zweite Sequenz umfasst die Periode, in der der Flüchtling persönlich Formen der organisierten Gewalt zu spüren bekommt.
3. Die dritte Sequenz umfasst die Periode der Ankunft im Gastland. Dies ist die Phase des Wurzelnfassens, der Akkulturation und sozialen Marginalisierung.
4. Die vierte Sequenz umfasst den Reintegrationsprozess im Herkunftsland.

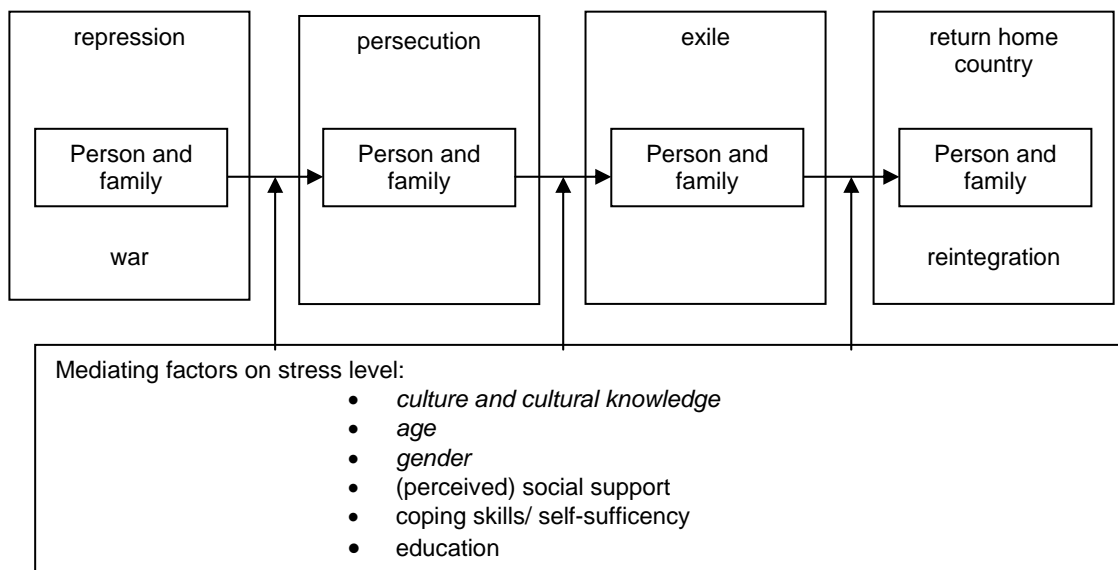


Abbildung 2 : Für die vorliegende Studie angepasstes Schema von Willigen (2001).
 "Prevention of Long-Term Consequences of Violence in Refugees and Asylum Seekers".

Eine Vielfalt von kulturell determinierten persönlichen und Umweltfaktoren ("mediation factors") bestimmen zudem nach van Willigen (2001:57), wie diese Sequenzen vom Flüchtlingen interpretiert werden.

3.5 Fazit

Zusammengefasst untersucht die vorliegende Studie Therapieerwartungen und Krankseinskonzepte ("concepts of illness") von traumatisierten Migranten und Migrantinnen. Von der medizinischen Seite her bedient sich die Studie der von Kleinman (1980) entwickelten Konzepte der medical anthropology ("healthcare system" und "explanatory models"). Der in dieser Studie gewählte Traumbegriff basiert auf den Überlegungen von Becker und Castillo der "extremen Traumatisierung" (1992), die gerade bei Folter- und Kriegsopfern, d. h. Opfern von "man-made trauma" besonders Sinn macht. Des weiteren findet der von Keilson entwickelte Begriff der "sequenziellen Traumatisierung" (1979) Verwendung.

4 Fragestellungen und Hypothesen

Die Fragestellungen und die davon ausgehend formulierten Hypothesen dieser Studie sind aus der klinischen Praxis abgeleitet:

Was sind die Erwartungen von traumatisierten Migranten im Bezug auf Therapie?

Was sind die Krankseinskonzepte von traumatisierten Migranten?

Die Hypothesen beziehen sich einerseits auf die Therapieerwartungen und andererseits auf die Krankseinskonzepte traumatisierter Migranten:

4.1 Therapieerwartungen

1. Die Erwartungen der traumatisierten Migranten an die Behandlung sind entweder vage, unbestimmt, von Passivität und Resignation geprägt, oder idealisierend, übersteigert und unrealistisch hoch.
2. Die Erwartungen an die Art der Behandlung sind abweichend von den von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden. Die Kenntnisse der Betroffenen über Psychotherapie als reflektierende, introspektive Methode sind wenig verbreitet. Bei vorhandener Kenntnis von Psychotherapie werden somatomedizinische Interventionen favorisiert.
3. Zumeist werden vom Arzt aktive, strukturierende Interventionen erwartet. Die Initiative wird tendenziell abgegeben.

4.2 Krankseinskonzepte („concepts of illness“)

4. Traumatisierte Migranten entwickeln in Abhängigkeit von kultureller Herkunft, Bildung, ursprünglicher Schichtzugehörigkeit und Aufenthaltsdauer in der Schweiz Krankseinskonzepte, die von unseren schulmedizinischen Konzepten abweichen.
5. Die vorhandenen Krankseinskonzepte zeigen sich indirekt auch daran, welche weiteren professionellen und volkstümlichen Hilfestellungen die Patienten vor oder auch während der Behandlung bei uns in Anspruch nehmen. Neben therapeutischen Massnahmen erwarten die Patienten besonders auch Hilfe im Bereich ihrer realen Lebenssituation (materiell, juristisch).
6. Einige der Patienten erleben ihre aktuellen schwierigen Lebensbedingungen als belastender und gesundheitlich beeinträchtigender als die ursprüngliche Traumatisierung im Herkunftsland.

5 Methodik

5.1 Mitarbeitende

Die Studie wurde von lic. phil. Mirjam Straub am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (afk) Zürich durchgeführt.

5.2 Design

Es handelt sich um eine qualitative Untersuchung an Patienten. „Das qualitative Paradigma ist bemüht, den Objektbereich (Mensch) in seinem konkreten Kontext und seiner Individualität zu verstehen“ (Lamnek, 1995; zit. nach Mayring, 1990:27). In diesem Sinne wird auch der vorliegende Beitrag zur Forschung verstanden. Die Auswertungsmethode der Studie ist die Einzelfallanalyse. Im Interview mit Einzelpersonen (Patienten des afk Zürich) in einem geschützten, intimen Rahmen soll den hier interessierenden Thematiken auf den Grund gegangen werden.

5.2.1 Einzelfallanalyse

Die Einzelfallanalyse orientiert sich an einzelnen Fällen und ist vor allem für die Analyse kleinerer Stichproben geeignet. Einzelfallanalysen bedienen sich einer offenen, deskriptiven und interpretativen Methodik (Mayring, 2000:21). Der Einzelfallanalyse kommt zudem innerhalb der qualitativen Ansätze eine zentrale Position zu. Die Komplexität des ganzen Falles, die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche in der Ganzheit der Person und der historische, lebensgeschichtliche Hintergrund werden hier besonders betont.

Die Datenerhebung erfolgt mittels problemzentrierter Interviews (Witzel, 1985). Dabei werden anhand eines Leitfadens, der sowohl aus konkreten Fragen wie auch aus Erzählanreizen besteht, bestimmte Probleme – in diesem Fall Krankseinsmodelle und Therapieerwartungen – thematisiert (Flick, Kardoff, Keupp, Rosenstiel, & Wolff, 1995:105).

Als zentrale Kommunikationsstrategien werden von Witzel (1985; zit. nach Flick et al., 1995:106) der Gesprächseinstieg, allgemeine und spezifische Sondierungen sowie ad-hoc-Fragen genannt:

- *Sondierungsfragen*: Ganz allgemein gehaltene Einstiegsfragen in das Thema.
- *Leitfadenfragen*: Themenaspekte, die im Interviewleitfaden festgehalten worden sind. Die Themenbereiche können ihrer Reihenfolge nach von der interviewenden Person frei nacheinander ins Gespräch eingebracht werden. Dies ermöglicht eine grösstmögliche Flexibilität, die die zum Teil heiklen Themata (Gewalt, Trauma etc.) erfordern.
- *Nicht verzeichnete Aspekte*, bei denen die interviewende Person ad-hoc entscheidet, ob dieser Aspekt für die Themenstellung von Bedeutung ist und ob sie weiter fragt.

Dieser Kommunikationsstrategie wird in der vorliegenden Studie Rechnung getragen.

5.2.2 Bestandteile der Interviews

Witzel (1985; zit nach Flick et al., 1995:106) konzipiert sein qualitatives Interview in vier Teilen. Es umfasst die Tonband-Aufzeichnung, den vorgeschalteten Kurzfragebogen, den Leitfaden und das Postscriptum (Interviewprotokoll). Dieser Vorschlag Witzels wurde in der vorliegenden Studie übernommen. Die Interviews wurden auf Tonband (Mini-Disc) aufgezeichnet. Im vorgeschalteten Kurzfragebogen wurden vorweg soziodemographische Daten von den jeweiligen Therapeuten des afk zu den Patienten angegeben. Die Leitfadenfragen gingen auf die zentralen Themen dieser Studie wie die Therapieerwartungen und die Vorstellungen über Krankheit (Krankseinskonzepte) ein. Das Postscriptum schliesslich ermöglichte der interviewenden Person (M.S.), unmittelbar nach dem Interview ihre Eindrücke über die interviewte Person und die Kommunikation festzuhalten (Flick et al., 1995). Interviewleitfaden und Postscriptum können im Anhang 2 eingesehen werden.

5.2.3 Vorgehen

Die Patienten wurden zunächst von den im afk Zürich tätigen Therapeuten und Therapeutinnen auf ihr Interesse an einer Teilnahme an einem Interview hin angesprochen (die Teilnahme erfolgte ausschliesslich auf freiwilliger Basis). Dabei wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in diesen Interviews die persönliche Meinung der betroffenen Patienten gefragt ist (vgl. Migration und Suchtfragen des Kantons Zug, 2003), und diese Studie zu einer Optimierung des Angebotes des afk Zürich beitragen soll. Bei Bedarf (ungenügenden Deutschkenntnissen) war jeweils ein Dolmetscher bei dem Interview anwesend, die gleiche Person, die auch bei der Therapie im afk übersetzt.

5.2.4 Transkribierung

Die Transkribierung erfolgt wörtlich und orientiert sich dabei am System von Kallmeyer und Schütze (zit. nach Mayring, 1993:66). Dabei wird der Wortlaut des Interviews wenn immer möglich erhalten, auch wenn dieser bei den hier befragten Patienten nicht in reinem Deutsch ist. Wo ein Dolmetscher beim Gespräch mit dabei war, gilt dies für die Übersetzung des Dolmetschers.

5.2.5 Ethische Gesichtspunkte

Dieses Forschungsprojekt wurde in allen Phasen von qualifizierten und erfahrungsgerechten Personen geplant, durchgeführt und begleitet. Die Teilnehmer wurden mündlich und schriftlich über Ziele und Inhalte der Untersuchung informiert, sie konnten sich frei und ohne Konsequenzen für die weitere Behandlung für oder gegen die Teilnahme entscheiden. Sie wurden über die Möglichkeit informiert, auch nach dem Interview das Einverständnis für die Verwendung der gemachten Aussagen in der Untersuchung zurückzuziehen. Alle Beteiligten Forscherinnen unterstehen der Schweigepflicht, die erhaltenen Informationen wurden mit grosser Sorgfalt bearbeitet und verwendet. Die auf den Datenträgern (Mini-Disc, Transkripte) festgehaltenen Informationen erlauben Aussenstehenden keine Identifikation der Teilnehmer. Die Studie wurde der kantonalen Ethikkommission des Kantons Zürich (Spezialisierte Unterkommission für Neurologie und Psychiatrie) vorgelegt und erhielt von dieser die Genehmigung zur Durchführung.

5.2.6 Auswertung

5.2.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Daten dieser Studie wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei wurde Material interpretiert, das emotionale und kognitive Befindlichkeiten, Verhaltensweisen und Handlungen beinhaltet (Lamnek, 1995:173).

Die qualitative Inhaltsanalyse lässt sich durch folgende Merkmale charakterisieren (Mayring, 1993:12):

- Gegenstand der Inhaltsanalyse ist die verbale Kommunikation.
- Die Kommunikation muss protokolliert vorliegen.
- Bei der Inhaltsanalyse sollte systematisch vorgegangen werden, d. h. sie muss einerseits nach expliziten Regeln ablaufen, andererseits von theoretischen Überlegungen geleitet sein.

Die Stärke der Inhaltsanalyse liegt nach Mayring (2000:86) in der streng methodisch kontrollierten, schrittweisen Analyse. Die Inhaltsanalyse zerlegt das Material in Einheiten, die sie nacheinander mittels eines theoriegeleiteten Kategoriensystems bearbeitet. Diesen Richtlinien getreu folgt die Auswertung der Interviewtexte einem systematischen stufenweisen Ablauf.

5.2.6.2 Auswertungsschritte

Bei der Auswertung der Interviews wurden folgende Teilschritte durchlaufen (siehe Modell nach Mayring, 1993 im Anhang 1):

- Bestimmung der Analyseeinheit. Bei diesem Vorgang wurde der vorliegende Text in einzelne Sätze segmentiert.
- Kodierung (mit Hilfe des Computerprogrammes *Atlas-ti*). Unter Kodierung wurde die Zuordnung eines Begriffs zu einer Textstelle verstanden. Sie diente der inhaltlichen Strukturierung der Interviewprotokolle. Dabei wurde darauf geachtet, dass sich die Codes möglichst stark am Text orientieren, um den Informationsverlust möglichst gering zu halten. Jeder Kode wurde inhaltlich definiert, durch ein Ankerbeispiel charakterisiert und - wo nötig - mit einer Abgrenzungsregel gegenüber anderen Kodes versehen.
- Zusammenfassung der Kategorien zu Kategoriefamilien (mit Hilfe von *Atlas-ti*). Die Codes wurden nach inhaltlichen Kriterien zu Kodfamilien zusammengefasst und untereinander vernetzt. Dies erfolgt auf der Grundlage von aus der Theorie abgeleiteten Categoriesystemen.
- Das weitere Auswertungsverfahren erfolgte auf Papier. Dabei wurde ein qualitativer Vergleich zwischen den einzelnen Interviews gemacht, und auch quantitative Aspekte wurden festgehalten (Mayring, 1990:94). Die Aussagen wurden anschliessend zusammengefasst und mit Zitaten aus den Interviews veranschaulicht.

5.3 Stichprobe

5.3.1 Herkunft der Patienten des afk Zürich insgesamt

Die Herkunft der Patienten des afk Zürich erstreckt sich über eine Vielzahl von Ländern. Einen Überblick liefert Tabelle 2:

Tabelle 2: *Herkunft der Patienten des afk Zürich nach Ländern (n=103)*

Bosnien	24	(23%)	Kamerun	2
Kosovo	7		Eritrea	1
Serbien	2		Aethiopien	1
Kroatien	1		Nigeria	1
Türkei	23	(22%)	Angola	1
Iran	8		Zimbabwe	1
Irak	4		Kongo	1
Libanon	5		Sudan	1
Libyen	2		Elfenbeinküste	1
Syrien	1		Rwanda	1
Russland	1		Afghanistan	4
Armenien	2		Pakistan	1
Tadschikistan	1		Sri Lanka	4
CSSR	1			

Fasst man die vom afk Zürich behandelten Patienten nach ihrer Herkunft zu Gruppen zusammen, so lassen sie sich auf die folgenden geographischen Gruppen aufteilen:

- Aus dem Balkan (Bosnien, Kosovo, Serbien, Kroatien) stammen 34 Personen (33%)
- Aus Afrika stammen 13 Personen (12,5%)
- Aus Asien (exkl. Türkei, Armenien und Russland) stammen 28 Personen (27%)
- Aus der Türkei stammen 23 Personen (22%).

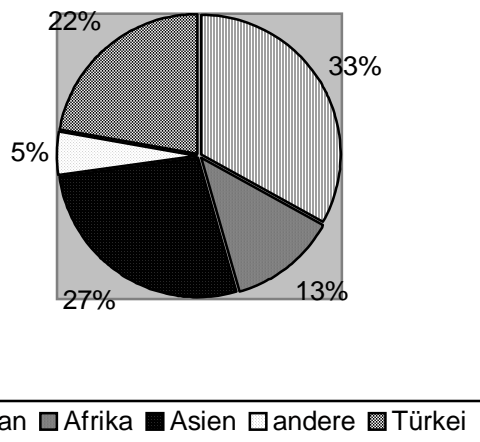


Abbildung 3: Herkunft der Patienten nach ausgewählten Regionen (n=103)

5.3.2 Teilnehmende Patienten

Auf Grund der oben angeführten geographischen und ethnischen Verteilung unserer Patienten bot sich die Auswahl der Versuchspersonen nach einem “stratified sampling“ an. Es wurden Personen nach der prozentualen Verteilung der Grundgesamtheit der Patientenpopulation des afk Zürich befragt. Aus jeder Region wurden jeweils im Verhältnis zum Prozentsatz der im afk Zürich behandelten Personen eine oder mehrere Personen der jeweiligen Gruppe interviewt. Dabei wurde darauf geachtet, dass auch die Verteilung der Geschlechter der interviewten Personen im Verhältnis zum Prozentsatz der im afk Zürich behandelten Klientel stand.

Tabelle 3 : Teilnehmende Patienten nach Herkunft

Region	Herkunftsland	Anzahl Personen	Geschlecht
Balkan	Bosnien	1	weiblich
		1	männlich
	Kosovo	1	weiblich
		1	männlich
Türkei	Türkei	1	männlich
	Kurdistan (Türkei/Iran)	1	weiblich
		1	männlich

Asien	Arabischer Raum (Iran, Syrien, Libanon)	2	männlich
	Afghanistan	1	weiblich
Afrika	Schwarzafrika	1	weiblich
		1	männlich
Russland/ Kaukasus		1	männlich

Die interviewten Einzelpersonen lassen sich in vier regional definierten Gruppen unterteilen, die in einem gewissen Sinne "repräsentativ" für das Klientel des afk Zürich sind ("stratified sampling"). Mit dieser Verteilung werden die Ansprüche von Morgan (1997:35) auf eine gewisse Homogenität der interviewten Personen erfüllt. Gleichzeitig wurde bei der Auswahl der interviewten Personen den innerhalb der Klientel des afk Zürich auftretenden Unterschieden, was Herkunft (Land), Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Bildung betrifft (Marsella et al., 1996:117; Jenkins, 1996:178), Rechnung getragen.

5.3.3 Soziodemographische Daten

5.3.3.1 Geschlecht

Es wurden fünf Frauen und acht Männer befragt. Diese Zahl entspricht ungefähr der Verteilung der Geschlechter unter den Patienten des afk Zürich.

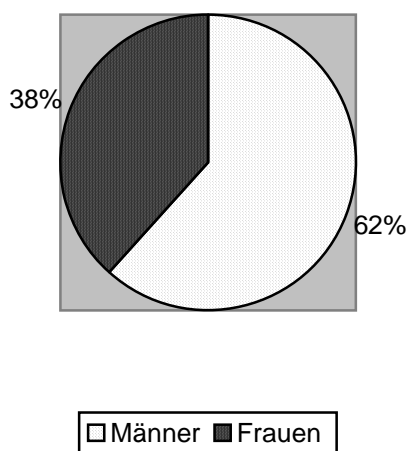


Abbildung 5: Verteilung der Geschlechter

5.3.3.2 Alter

Der jüngste befragte Patient ist 22 Jahre, der älteste 53 Jahre alt. Wenn wir dies in Dekaden anschauen zeigt sich die Altersverteilung so: Drei Personen sind zwischen 20 und 30 Jahre alt. Sechs Personen sind zwischen 30 und 40 Jahren und weitere drei Personen zwischen 40 und 50 Jahren. Eine Person ist über 50 Jahre alt. Die meisten befragten Personen waren somit zwischen 30 und 40 Jahren alt (Altersdurchschnitt insgesamt: 37 Jahre).

Tabelle 4: Altersklassen

Altersklasse	Anzahl Personen
20 – 30 Jahre	3
30 – 40 Jahre	6
40 – 50 Jahre	3
50 – 60 Jahre	1

5.3.3.3 Bildung und Beruf im Herkunftsland

Der Bildungsstand der befragten Personen weist ein breites Spektrum auf. Hier zeigt sich ganz klar ein Geschlechtsunterschied: die Männer verfügen mehrheitlich über eine bessere Grundausbildung und hatten auch eine bessere berufliche Position in ihrem Heimatland inne als die Frauen. Zwei Männer sind Akademiker – einer hatte in seinem Heimatland eine Kaderstelle inne, der andere war selbständig praktizierender Anwalt. Ein weiterer Mann war Lehrer in seinem Heimatland. Ein Mann war im Angestelltenverhältnis tätig, nachdem er eine Fachhochschule besucht hatte. Zwei Männer haben einen mittleren Schulabschluss, der eine war in seinem Heimatland als Berufsrevolutionär, der andere als Hilfskraft tätig. Zwei Männer haben nur eine minimale Grundschulausbildung genossen. Dieser tiefe Bildungsstand ist klar durch den Krieg in ihrem Herkunftsland verursacht, der keinen weiteren Schulbesuch möglich machte. Der höchste Bildungsstand einer Frau, bei den befragten Patientinnen, ist eine Lehre als Coiffeuse, mit selbständiger Tätigkeit. Drei Frauen waren im Familienbetrieb tätig, wovon eine einen mittleren Schulabschluss und zwei eine minimale Schulausbildung genossen haben. Eine Frau ist Analphabetin und hat als Bäuerin im familiären Betrieb mitgearbeitet. Nach Geschlecht unterteilt sieht die Verteilung von Bildung und Beruf folgendermassen aus:

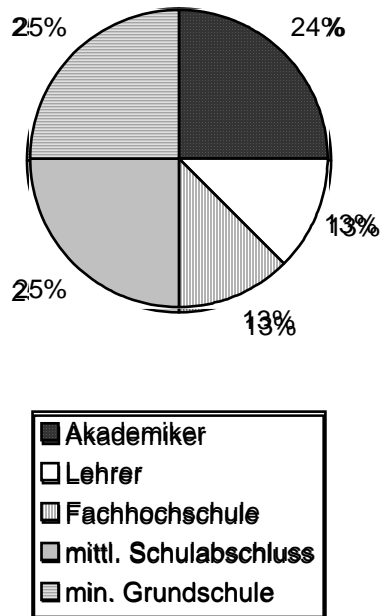


Abbildung 6 : Bildungsstand der befragten Männer (n=8)

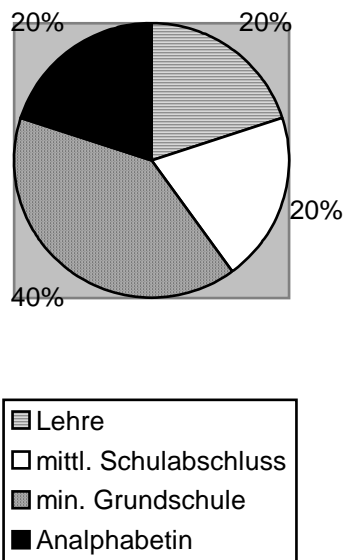
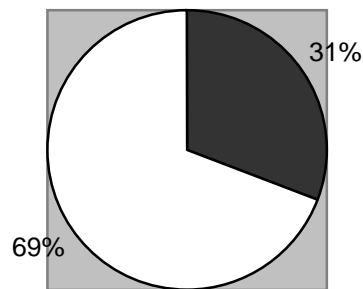


Abbildung 7 : Bildungsstand der befragten Frauen (n=5)

5.3.3.4 Sprache

Die Interviews wurden nur mit Personen, die die deutsche Sprache ausreichend bis gut beherrschten direkt geführt.



■ ausreichend bis gut □ keine bis mässig

Abbildung 8 : Deutschkenntnisse

Das war bei vier Personen der Fall. Bei allen anderen Personen kam ein Dolmetscher, der in ihre Muttersprache übersetzte hinzu. Dieser Dolmetscher war jeweils derselbe, der die Patienten auch bei der Therapie im afk Zürich begleitet und war dem Patienten somit bereits vertraut. Dieses Vertrauensverhältnis war für das Interview förderlich. Ebenso die Tatsache, dass sich die Patienten in ihrer Muttersprache ausdrücken konnte. Eine Patientin erwähnte diesen Umstand speziell:

„Hier in der Schweiz, gibt es einen Dolmetscher, wenn ich die Sprache nicht kann. Oder sie versuchen einen zu organisieren. Aber in der Türkei nicht.“ (Frau, Türkei)

Wenn die Aussagen der befragten Personen im Text in deutscher Sprache zitiert werden, so sind sie nicht im Wortduktus, wohl aber grammatikalisch begründet worden. Wir gehen in dieser Studie davon aus, dass sich die Patienten in ihrer Muttersprache korrekt ausdrücken und es erst bei der Übersetzung zu grammatikalischen Ungereimtheiten kommt. Deswegen scheint uns eine solche "Korrektur" in ein gutes Deutsch angebracht.

5.3.3.5 Interviewdauer

Die Dauer der Interviews betrug zwischen einer Stunde und eindreiviertel Stunden. Diese Zeitschwankung war von der Auskunftsbereitschaft der Patienten, aber vor allem auch ihrer Konzentrationsfähigkeit und ihren Beschwerden abhängig. Einige klagten nach einer Stunde Interview, dass sie der Beschwerden wegen nicht weiter machen könnten. Der Gesundheitszustand fiel auch schon bei der Rekrutierung der Interviewpartner ins Gewicht. Oftmals konnte ein Interviewtermin mit der anvisierten Person über längere Zeit nicht gemacht werden, weil es der Person schlecht ging und sie zu einem längeren Interview nicht fähig war.

Zwei der befragten Personen verweigerten sich einem Interview mit Tonbandaufnahme. Dies erinnerte sie zu sehr an eine polizeiliche Befragungssituation. Sie äusserten dieses starke Misstrauen zu Beginn des Interviews. Das Interview wurde in diesen zwei Fällen handschriftlich mitgeschrieben. Diese Technik wird in der ethnologischen Feldforschung häufig angewendet und hat keinen verzerrenden Charakter auf das Gesamtsetting. Nur die Dauer des Interviews war beträchtlich länger.

Bei drei der dreizehn Interviews gab es kleinere technische Schwierigkeiten mit der Aufnahme, die aber behoben werden konnten. Der nicht mit aufgezeichnete Interviewteil wurde jeweils sofort nach Interviewende handschriftlich aus dem Gedächtnis niedergeschrieben.

5.3.3.6 Aufenthaltsstatus

Sechs der befragten Personen waren anerkannte Flüchtlinge. Einer von ihnen hat inzwischen die Schweizer Staatsbürgerschaft. Drei Personen verfügen über die Niederlassungsbewilligung C, zwei über die Bewilligung B (Jahresaufenthalter). Sieben Personen sind im Asylverfahren, drei von ihnen haben einen Status F, d. h. sie sind in der Schweiz aus politischen oder humanitären Gründen vorläufig Aufgenommen. Vier dieser insgesamt sieben Personen sind Asylbewerber mit dem Status N.

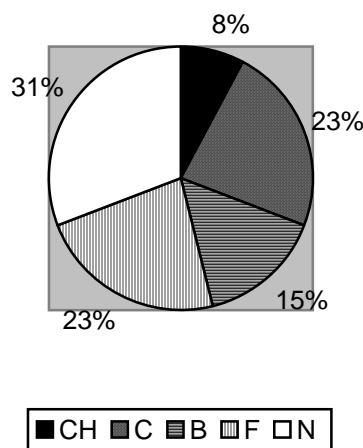


Abbildung 9 : Aufenthaltsstatus

5.3.3.7 Einwanderungszeitpunkt in die Schweiz

Die längste Aufenthaltsdauer eines Patienten beträgt 17 Jahre und 11 Monate². Er ist 1988 aus Kosovo in die Schweiz geflüchtet. Eine weitere Person hält sich schon 13 Jahre und 11 Monate in der Schweiz auf. Sie ist aus der Türkei in die Schweiz geflüchtet. Dann sind drei Personen zwischen fünf und sieben Jahren in der Schweiz. Weitere drei Personen weilen seit zwei ein halb bis fünf Jahren im Gastland und fünf Personen zwischen null und zweieinhalb Jahren. Nach dieser Kategorisierung stellt sich die Aufenthaltsdauer in der Schweiz wie folgt in Tabelle 5 dar:

Tabelle 5: Aufenthaltsdauer in der Schweiz

Aufenthaltsdauer in der Schweiz	Anzahl Personen
7,5 und mehr	2 Personen
5 – 7,5 Jahre	3 Personen
2,5 – 5 Jahre	3 Personen
0 – 2,5 Jahre	5 Personen

Um die Verteilung der Aufenthaltsdauer zu visualisieren, wird sie anschliessend noch als Abbildung dargestellt:

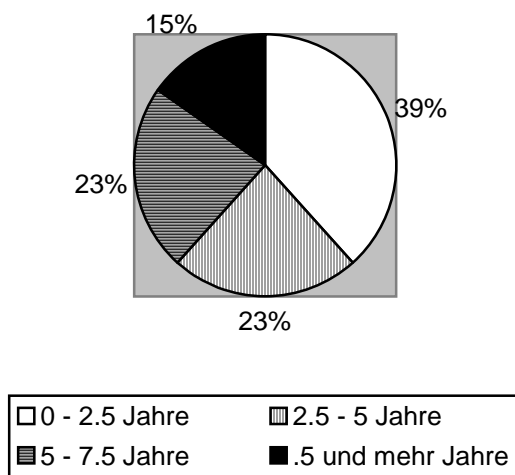


Abbildung 10 : Aufenthaltsdauer in der Schweiz

² Als Referenzzeitpunkt für die Zeitberechnung wird jeweils der 12.12. 2005 genommen, um von einer einheitlichen Normierung auszugehen.

5.3.3.8 Bisherige Therapiedauer im afk Zürich

Alle befragten Personen waren schon seit einiger Zeit am afk Zürich in Behandlung, fünf bereits seit mehr als einem Jahr. Die bisherige Behandlungsdauer variierte zwischen zwei und zweiundzwanzig Monaten. Die gefundenen Resultate sind also unter dem Aspekt zu sehen, dass alle befragten Patienten nicht am absoluten Anfang der Therapie standen, sondern bereits aus einer gewissen Erfahrung heraus argumentierten. Es muss angemerkt werden, dass das afk Zürich seit November 2003 besteht und somit keine längere Behandlungsdauer als zwei Jahre vorliegen kann (Interviewzeitraum war Herbst 2005).

Tabelle 6

Geschlecht	Herkunft	Bisherige Therapiedauer im afk Zürich
<i>Mann</i>	Iran 1 (Kurdistan)	3 Monate
<i>Mann</i>	Iran 2	10 Monate
<i>Mann</i>	Türkei	15 Monate
<i>Mann</i>	Kosovo	9 Monate
<i>Mann</i>	Bosnien	22 Monate
<i>Mann</i>	Afghanistan	19 Monate
<i>Mann</i>	Afrika	14 Monate
<i>Mann</i>	Russland	5 Monate
<i>Frau</i>	Afghanistan	8 Monate
<i>Frau</i>	Türkei	3 Monate
<i>Frau</i>	Afrika	19 Monate
<i>Frau</i>	Bosnien	7 Monate
<i>Frau</i>	Kosovo	2 Monate

5.3.3.9 Familiensituation in der Schweiz

Drei Personen weilen alleine ohne ihre Familie in der Schweiz. Zwei von ihnen sind junge Männer, die unverheiratet sind. Sie haben keinen Kontakt zu ihrer Familie in ihrem Heimatland – diese ist verschollen. Die dritte Person ist eine Frau, die ihren im Konkubinat lebenden Partner und ihre vier Kinder zurückgelassen hat und keinen

Kontakt zu ihnen hat. Die zehn weiteren Personen sind mit ihrer Familie in der Schweiz. Bis auf einen Mann, der mit seiner Ehefrau in der Schweiz ist, aber noch keine Kinder hat, haben alle weiteren Personen Kinder. Man kann sagen, dass sie mit ihrer Kernfamilie in der Schweiz weilen (Partner und Kinder). Nur eine Person hat weitere Familienangehörige hier in der Schweiz. Sieben Personen stehen mit ihrer erweiterten Familie in ihrem Heimatland in Kontakt. Bei sechs Personen ist der Kontakt dadurch nicht vorhanden, dass die erweiterte Familie verschollen ist.

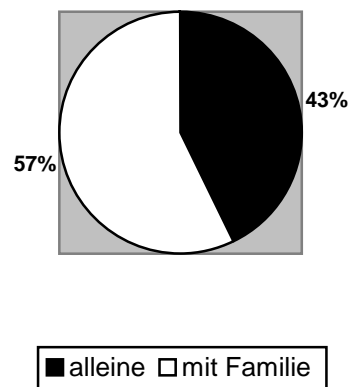


Abbildung 11 : Familiensituation in der Schweiz

5.3.3.10 Wohnsituation

Fünf Personen wohnen in einer eigenen Wohnung mit ihrer Familie. Eine Person lebt alleine in einer Wohnung, eine weitere mit anderen Personen der gleichen Ethnie. Vier Personen wurden mit ihrer Familie durch die Gemeinde in Wohnungen untergebracht. Zwei Personen wohnen in einem Durchgangsheim. Eine der beiden zusammen mit der Kernfamilie, die andere alleine.

5.3.3.11 Schichtzugehörigkeit und finanzielle Sicherheit im Heimatland

Bis auf drei Personen stammen alle weiteren zehn Patienten und Patientinnen in ihrem Herkunftsland aus Verhältnissen der Mittelschicht. Die Bäuerin aus der Türkei, ein junger Mann aus Bosnien und ein weiterer Mann aus Kosovo stammen aus sehr ärmlichen Verhältnissen. Was ihre finanzielle Situation anbelangt, war ihr Basisbedarf im Herkunftsland gerade gedeckt.

Die zehn Personen, die der Mittelschicht zuzuordnen sind verfügten in ihrem Heimatland über unterschiedliche Grade der finanziellen Beweglichkeit: drei der Patienten in ihrem Heimatland über eine gewisse finanzielle Beweglichkeit. Der eine Mann arbeitete, obwohl er nur eine minimale Schulausbildung genoss, im familiären Betrieb mit. Der andere Mann mit mittlerem Schulabschluss konnte mit seiner Tätigkeit als Berufsrevolutionär offenbar auf die finanzielle Unterstützung seiner Herkunftsfamilie zählen. Die Frau, die über eine gewisse finanzielle Beweglichkeit

verfügte, führte in ihrem Heimatland ein eigenes Geschäft. Eine Frau mit gewisser finanzieller Beweglichkeit, mit Tendenz zu finanziell gesicherten Verhältnissen, wurde von ihrem Mann, der ein eigenes Geschäft besass in ihrem Heimatland finanziert. Fünf Personen lebten in ihrem Herkunftsland in guten, stabilen finanziellen Verhältnissen. Hier zeigt sich ein gewisser Zusammenhang zur Bildung: Die beiden Akademiker sind dieser Kategorie zuzuordnen. Weiter lebten zwei Frauen durch die Einkünfte ihres Ehemannes in guten finanziellen Verhältnissen. Ein weiterer Mann war Angestellter in seinem Heimatland und konnte so sich und seiner Familie gesicherte finanzielle Verhältnisse bieten.

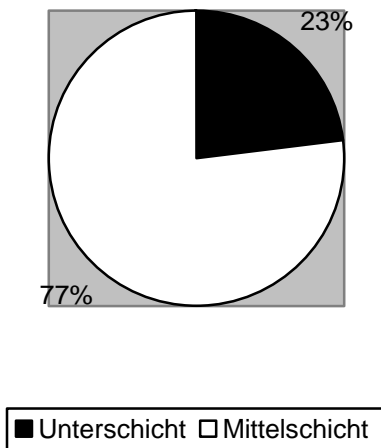


Abbildung 12 : Schichtzugehörigkeit im Heimatland

Die Gründe, warum die Patienten und Patientinnen jeweils der Mittelschicht zuzuordnen waren, obwohl einige über eine geringe Schulbildung verfügen, sind, wie beschrieben, vielfältig. Bei den Frauen spielte häufig das Einkommen des Ehemannes eine Rolle für die finanzielle Sicherheit. Auch für die Männer waren die finanziellen Verhältnisse der Herkunftsfamilie entscheidend: Wer in einem familiären Betrieb arbeitete oder ein eigenes Geschäft hatte, konnte sich so das Einkommen sichern. Weiter sicherte eine hohe Bildung die finanziellen Verhältnisse. Bildung und Sozialstatus stehen bei dieser Population also nicht ausschliesslich in einem direkten Zusammenhang.

Wer der Unterschicht zugeordnet wurde war als Hilfskraft bzw. die Frau im familiären Haushalt tätig. Hier zeigt sich auch nur bedingt ein Zusammenhang zur Bildung: die Frau ist Analphabetin. Hier ist der Zusammenhang gegeben. Von den beiden Männern aber hat der eine eine minimale Schulbildung, der andere jedoch einen mittleren Schulabschluss genossen.

5.3.3.12 Schichtzugehörigkeit und finanzielle Sicherheit in der Schweiz

In der Schweiz sind fünf der befragten Personen finanziell unabhängig. Zwei von ihnen, zwei Männer, arbeiten als Hilfskraft. Der eine der beiden ist alleinstehend, der andere hat eine Familie zu ernähren. Ein Mann lebt von seiner IV-Rente. Zwei Frauen leben von den Einkünften ihres Ehemannes. Alle weiteren acht Personen

sind von Sozialamt abhängig. Die beiden Akademiker besuchen Schulen und arbeiten deswegen noch nicht. Ein Mann arbeitet in einem geschützten Betrieb. Drei Personen waren auf Grund ihrer Beschwerden in der Schweiz nie arbeitstätig und zwei Personen sind arbeitslos. Zwei Personen verfügen über eine gewisse finanzielle Beweglichkeit hier in der Schweiz, weil sie alleinstehend sind und sehr bescheiden leben. Die eine Person arbeitet, die andere lebt vom Sozialamt. Eine Frau, deren Ehemann arbeitet, genießt mit ihrer Familie ebenfalls eine gewisse finanzielle Beweglichkeit. Der Mann, der im geschützten Betrieb arbeitet, hat – obwohl auch er vom Sozialamt unterstützt wird, eine gewisse finanzielle Beweglichkeit vorzuweisen. Alle anderen neun Personen leben in der Schweiz unter Umständen, in denen ihr finanzieller Basisbedarf gerade gedeckt ist.

Neun der befragten Personen sind in der Schweiz der Unterschicht zuzuordnen. Die weiteren vier sind - wenn überhaupt - der unteren Mittelschicht zuzuordnen.

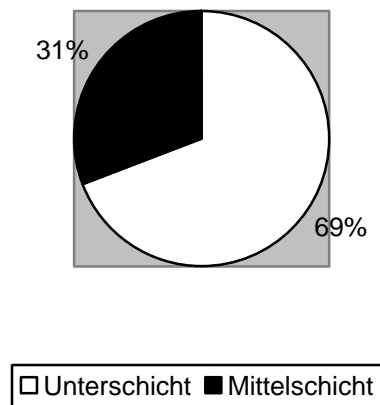


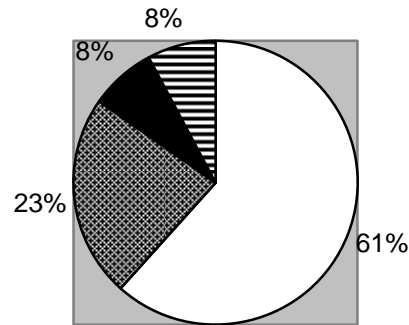
Abbildung 13 : Schichtzugehörigkeit in der Schweiz

Zwischen der Schichtzugehörigkeit der befragten Personen im Herkunftsland und in der Schweiz sind beträchtliche Unterschiede festzustellen. Niemand hat eine in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung (Lehre oder ähnliches) genossen. Zwei Personen besuchen aktuell die Schule. Wenn überhaupt sind die Personen als Hilfskräfte beschäftigt und ein Grossteil von ihnen ist arbeitslos oder nie arbeitstätig gewesen. Dies bedeutet für viele von ihnen einen Abstieg in Sachen Status und hinsichtlich ihrer finanziellen Situation. Einzig zwei Frauen waren bereits in ihrem Herkunftsland vom Einkommen ihres Ehemannes abhängig, was sich in der Schweiz nicht geändert hat.

5.3.3.13 Religionszugehörigkeit

Die Mehrheit der befragten Personen (acht Personen) gehören dem islamischen Glauben an. Drei Personen sind konfessionslos, eine Person ist Christin und eine weitere gehört einer lokalen Religion an. Diese Verteilung der Religionszugehörigkeit ist aus der Zusammensetzung der Herkunftsländer der befragten Personen erklärbar:

wer aus Bosnien oder Afghanistan kommt, ist Moslem. Weiter sind Personen aus dem Sudan, aus Iran und aus der Türkei auch teilweise dem islamischen Glauben angehörig. Die Ausübung der Religion spielt bei den meisten keine grosse, sondern nur eine mittelmässige Rolle.

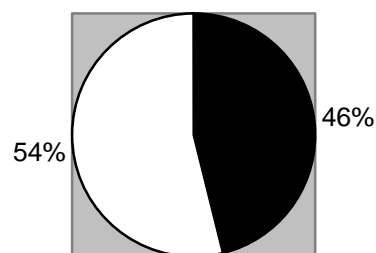


□ Muslim ▒ konfessionslos ■ Christ ▨ andere

Abbildung 14 : Religionszugehörigkeit

5.3.3.14 Mehrheit / Minderheit

Sechs der befragten Personen sind einer Minderheit in ihrem Heimatland zuzuordnen. Dies aus religiösen oder ethnischen Gründen. So sind die albanischen Personen aus Kosovo z. B. faktisch eine Mehrheit in ihrer Region, werden politisch aber als Minderheit innerhalb Serbiens betrachtet. Die Personen aus dem Iran bzw. aus der Türkei sind teilweise der kurdischen Minderheit zugehörig. Eine Person aus Afghanistan gehört dort einer Minderheit an.



■ Minderheit □ Mehrheit

Abbildung 15 : Mehrheits- bzw. Minderheitszugehörigkeit

5.3.3.15 Medikamente

Alle befragten Patienten des afk Zürich bis auf eine Person (d. H. zwölf Personen) haben zum Zeitpunkt der Befragung Medikamente eingenommen. Zwei nahmen zu den Psychopharmaka und Schmerzmitteln noch andere Medikamente ein. Fünf nahmen sowohl Psychopharmaka als auch Schmerzmedikamente zu sich. Eine Person bekam nur Schmerzmittel, drei Personen nur Psychopharmaka. Eine Person nahm Psychopharmaka und weitere Medikamente.

6 Resultate

6.1 Therapieerwartungen

Im folgenden wird auf die Ergebnisse zu den Therapieerwartungen von traumatisierten Migranten näher eingegangen.

6.1.1 Allgemeine Erwartungen an die Therapie

Um die Frage nach den Erwartungen der traumatisierten Migranten an die Behandlung zu beantworten, wurde die Frage in zwei separate Aspekte unterteilt. Der erste Aspekt betrifft die Vorstellungen zur Behandlung allgemein, während der zweite Aspekt die Erwartungen bezüglich des Resultates der Behandlung fokussiert. Auch wenn ein Patient vielleicht keine Vorstellung zur konkreten Behandlung hat, kann er Erwartungen und Hoffnungen bezüglich des Resultates dieser Behandlung haben. Somit macht es Sinn, diese beiden Aspekte gesondert zu untersuchen.

6.1.1.1 Vorstellungen über die Behandlung allgemein

Die Resultate der Interviews zeigen, dass die traumatisierten Migranten und Migrantinnen mehrheitlich keine speziellen Vorstellungen über die Behandlung haben. Zehn von dreizehn befragten Personen geben an, dass sie nicht wussten, was sie im afk Zürich erwartet. Sie sind auf Geheiss des zuweisenden Arztes oder anderer Institutionen des Gesundheitswesens gekommen. Sie haben einfach dieser Anweisung Folge geleistet, in der Hoffnung, dass die Behandlung eine Besserung ihres Leidens bringen würde. Ihre Erwartungen sind vage und unbestimmt.

„Bevor ich ins Ambulatorium gekommen bin, habe ich bei einer Kommission vorgesprochen, wo ich über meine Probleme oder Beunruhigungen über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und auch so keine Lebensfreude, erzählt habe. Und sie haben mir dann vorgeschlagen, dass ich das Ambulatorium aufsuche und mir auch gesagt: „Ja, das ist eine Möglichkeit. Du musst es nicht machen.“ Und ich habe mir einfach gesagt: Ja, man muss es ausprobieren. Hilft es oder hilft es nicht, es ist eine Möglichkeit.“ (Mann, Tschetschenien)

Diese Aussage weist auf eine gewisse Passivität in den Vorstellungen zu der Behandlung hin. Passivität nicht bezüglich der Besorgnis über den verschlechterten Gesundheitszustand, sondern vielmehr Passivität in Sachen bewusste Wahl der Behandlung. In den oben zitierten Worten schwingt auch, eine gewisse Resignation mit.

Von der sehr generell gehaltenen Vorstellung, dass im afk Zürich der richtige Weg gefunden werden kann und eine Heilung eintritt zeugen auch diese Worte:

„Ich habe gedacht, ich komme hierher und die geben mir einen Weg, wie also, ich machen dass es mir gut geht und so.“ (Mann, Tschetschenien)

Die Aussagen der meisten befragten traumatisierten Migranten bewegen sich in diesem Rahmen zwischen sehr generellen aber unspezifischen Erwartungen an die Behandlung im afk Zürich.

Sehr hohe, um nicht zu sagen unrealistisch hohe Erwartungen an die Fähigkeit der behandelnden Ärzte äusserte ein einzelner Mann:

„Ich bin jetzt hierher gekommen, weil ich Hilfe brauche wegen meiner Gesundheit. Ich habe tibetische Naturmedizin versucht, Massage, Therapien und hin und her bin ich gesprungen. Und nichts hat genützt. Bei jedem Arzt von meinem Dorf, bei jedem Arzt bin ich gewesen. Und im Spital bin ich auch gewesen. Niemand konnte mir helfen. Sie geben mir Medikamente, aber ich habe die Medikamente schon. Dr. X hat mir mehrmals Zeugnisse gegeben. Aber ich sagte, nein, ich bin nicht wegen eines Zeugnisses gekommen. Ich will arbeiten. Ich will gesund werden.“ (Mann, Kosovo)

Bei dieser Aussage fällt auf, dass der Mann von Arzt zu Arzt gegangen ist, in der Hoffnung nach Genesung. In der Literatur wird dieses Phänomen „Doktorshopping“ genannt. Auch an die Behandlung im afk hat er dieselben hohen Erwartungen an eine (vollständige) Genesung und die Wiedererlangung seiner Arbeitsfähigkeit.

Eine andere Erwartung als die meisten befragten Patienten hat ein einzelner Patient. Er stellt die wissenschaftliche Lösungsfindung in den Vordergrund und hat sich deswegen für das afk als Universitätsklinik entschieden:

„Als Sie ins Ambulatorium gekommen sind: Was für eine Art Hilfe haben Sie da erwartet? A Ja, ich hatte psychische Schwierigkeiten gehabt wegen meiner Vergangenheit. Seit 14 Jahren bin ich hier. Aber mit der Zeit ist das noch schlimmer geworden. Ja, ich wollte eine wissenschaftliche Lösung finden.“ (Mann, Türkei)

Diese Aussage zeugt von einer gezielten Herangehensweise an ein vom Patienten eingängig als auf einer psychischen Ebene gelagertes und als solches erkanntes Problem. Hierbei handelt es sich jedoch um einen Einzelfall.

6.1.1.2 Vorstellungen über die Behandlung im Prozess

Von Interesse ist ein zusätzlicher Aspekt, der sich aus der Analyse der Interviewtexte ergeben hat. Drei der Migranten, die zu Anfang der Behandlung keine Vorstellung hatten, was sie erwarten würde, erklärten, dass sie sich mit der Zeit ein Bild machen konnten, von dem was Psychotherapie ist und was sie bezweckt. So zum Beispiel eine Frau aus Kamerun:

„Das erste Mal als ich gekommen bin, wusste ich überhaupt nicht, was mich erwarten würde. Ich hatte auch keine konkrete Erwartungen. Ich bin einfach ein paar mal gekommen. Und dann hab ich dann gemerkt, das was mir wirklich was brachte, war, dass ich Unterstützung bekomme und Energie gibt, also dass mir das Energie wieder gibt und Kraft.“

„Und am Anfang eben dachte ich: Ja, vielleicht werden sie mich in einer Klinik hospitalisieren oder Medikamente geben. Und dann erst mit der Zeit habe ich

verstanden, dass es das ist, dass einem eben diese Kraft, diese Energie gegeben wird.“ (Frau, Kamerun)

Es zeigt sich, dass mit dem Fortschreiten der Behandlung eine Bewusstwerdung und eine Anpassung der Vorstellungen über die Art der Behandlung erfolgt. Die Frau nimmt diese Veränderung in Form von Energie und Kraft wahr. Wahrzunehmen, dass es diese Elemente sind, die eine Psychotherapie zu bewirken vermag, ist ihr zum jetzigen Zeitpunkt der Behandlung möglich.

Ein Mann aus dem Sudan bringt diesen Prozess in einfachen Worten zum Ausdruck.

„Ich hatte gar keine Vorstellungen, als ich hierher [ins Ambulatorium] kam. Erst mit der Zeit merkte ich, um was es geht.“ (Mann, Sudan)

Ein weiterer Patient aus Bosnien fasst diesen Prozess des Verstehens, was Psychotherapie ist, so in Worte:

„Ich habe nicht eine besondere Hoffnung gehabt und Erkenntnis, worum es [hier im Ambulatorium] geht. Wenn ich sagen dürfte: keine besonderen Erwartungen. Seit ich hierher komme, meine Überlegungen haben sich geändert, dass ich Sachen besser ansehen, verstehen kann.“ (Mann, Bosnien)

Die Bewusstwerdung, die Möglichkeit, Überlegungen anzustellen und zu verändern so wie das Verstehen als zentrale Aspekte von Therapie werden hier genannt.

6.1.1.3 Erwartungen über das Resultat der Behandlung

Auch wenn die befragten Patienten keine konkreten Vorstellungen über die Art der Behandlung, die sie im afk Zürich erwartete, hatten, so hatten doch einige von ihnen klare Vorstellungen über das Ziel, das Resultat der Behandlung, das sie sich erhofften. Diese Ziele formulierten sie meist sehr global. Vorstellungen darüber, wie diese Ziele erreicht werden sollten, äusserten sie keine. Das sollten ihrer Meinung nach die Ärzte und Therapeutinnen bewerkstelligen.

Frage: „Und was haben Sie gedacht, was erwartet Sie hier [im afk Zürich]? Was bekommen Sie hier?“

Antwort: „Dass Sie mir helfen können, dass also das, was in der Vergangenheit mit mir passiert ist, dass ich das vergessen kann. Dass es mir so wie normal ein Mensch kann überlegen, also nachdenken, also entscheiden, dass... mein Leben stabilisieren können.“ (Mann, Iran)

Dieser Mann aus dem Iran erhofft sich, dass die Fachleute des afk Zürich sein Leben stabilisieren können. Er hofft, dass er die Vergangenheit hinter sich lassen kann und wie ein "normaler Mensch" leben kann. Die Hoffnung auf "Normalität" und einen "normalen Alltag" bringt auch ein anderer Mann aus dem Iran zum Ausdruck:

„Ich bin hierher [ins afk Zürich] gekommen mit der Hoffnung, dass Sie mir helfen, dass ich kann wie ein normaler Mensch leben, dass meine Alltag ist ein wenig normaler wird.“ (Mann, Iran)

Das Funktionieren im Alltag ist auch für einen weiteren Mann aus Kosovo zentral, wenn er seine Ziele formuliert, die er mit einer Behandlung anstrebt.

„Nein, ich bin nicht wegen eines Zeugnisses gekommen. Ich will arbeiten. Ich will gesund werden.“ (Mann, Kosovo)

Ein junger Mann sucht ganz einfach nach einer Lösung für seine Beschwerden. Er hofft sie im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer zu finden:

„Ich habe immer Probleme gehabt mit sehr starken Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit und diese Probleme. Und dann hat er [der Hausarzt] mich zum Ambulatorium geschickt... Und meine Erwartung war so, dass diese Probleme irgendwie eine Lösung finden.“ (Mann, Afghanistan)

Eine Frau hat durch die Behandlung ihre Freude am Leben wieder zurückgewonnen und nennt dies nun auch als von ihr angestrebtes Ziel:

„Worunter ich leide, können Medikamente nicht wirklich helfen. Also es ist mehr der Psychiater, der mir wieder die Freude am Leben zurück gegeben hat.“ (Frau, Kamerun)

„Aber ich kann sagen: Heute geht es mir schon besser. Also ich bin schon viel glücklicher, weil ich jetzt in Behandlung bin bei einem Psychiater.“ (Frau, Kamerun)

Eine weitere Frau berichtet ebenfalls von ihren Gefühlen und der Depression, die sie Dank der Therapie überwunden hat. Die Wandlung wurde auch in ihrer Familie bemerkt. Als Ziel nennt sie, dass sie mit den schlimmen Dingen leben lernen will.

„Ich hatte Depressionen und Dr. Müller hat mir sehr viel geholfen. Ich war so schwer. Meine Kinder haben mich gefragt: „Mutter, warum bist Du so?“. Nach der Ankunft in die Schweiz war das so. Aber jetzt ist es viel besser. Man kann die schlimmen Dinge nicht vergessen. Ich bin manchmal traurig. Aber man muss mit den schlimmen Dingen zu leben lernen.“ (Frau Afghanistan)

Eine weitere Frau nennt als Ziel, sagt ganz einfach, dass sie möchte, dass es ihr wieder gut geht:

„Ja, ich erwarte, dass es mir gut gehen wird, besser, ja. Dass die Therapien zum Beispiel gut sind, also das meine ich.“ (Frau Bosnien)

Doch werden auch Zweifel laut, ob eine Hilfe denn wirklich möglich sei. Ein Patient scheint damit auch schlechte Erfahrungen gemacht zu haben. Die "Schweiz" stellt nun für ihn eine neue Situation mit neuer Hoffnung dar.

„Ehrlich sage ich das, ich weiss es nicht. Ob es wirklich eine Hilfe gibt. Ob wirklich werde ich ein Besserung sehen oder nicht. Weil aus meiner Erfahrung ich habe nicht gesehen. Aber ich habe nur dort gesehen, dass die waren im Gefängnis und nachher die Leute immer schlechter und schlechter geworden. Sehr schlimm geworden. O. k. dort war auch keine Psychotherapeutin oder so. Jetzt ich weiss nicht. Vielleicht in der Schweiz oder so.“ (Mann, Iran)

Die Verzweiflung eines befragten Patienten, der schon von Arzt zu Arzt gegangen ist in der Hoffnung nach "Heilung", wird in diesen seinen Äusserungen spürbar:

„Wenn es gibt eine Möglichkeit, dass mit mir machen, dass ich besser werde, meine Nerven und alles. Bitte macht mit mir, dass ich besser werde.“ (Mann, Kosovo)

Normalität, die Funktionsfähigkeit im Alltag und Beschwerdefreiheit werden vor allem von den Männern als angestrebte Ziele genannt. Eine Frau wünscht sich, wieder glücklich sein zu können in ihrem Leben. Diese Ziele sind aber auch von Zweifel und Verzweiflung überschattet und der Ungewissheit, ob sie jemals zu erreichen sind.

6.1.1.4 Abweichen der Erwartungen

In den Annahmen dieser Studie (Hypothesen Kapitel 4.1) wird davon ausgegangen, dass die Erwartungen der traumatisierten Migranten an die Art der Behandlung von der von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden abweichen.

Der Begriff der "von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden" muss hier differenziert werden. Im Setting des afk Zürich handelt es sich um ein psychiatrisches Setting. Hier gelangen bei der Diagnose wie auch bei der Therapie eine medizinisch-psychiatrisch-psychologische Sichtweisen zur Anwendung. Die bei der Behandlung eingesetzten Methoden sind nicht rein medizinisch, sondern vielmehr psychiatrisch-psychologisch. Im Psychologischen Bereich müssen wiederum die Methoden je nach Therapierichtung unterschieden werden. Im afk Zürich gelangen psychoanalytische-, verhaltenstherapeutische-, systemische- und bewegungstherapeutische Methoden zum Einsatz. Diese Differenzierung kann mit dem Begriff "von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden" nicht ausreichend wiedergegeben werden. Da die medical anthropology jedoch den Begriff der Schulmedizin für den in westlichen Ländern vorherrschende Medizinbegriff des "professional sector" verwendet, wird hier von diesem Begriff ausgegangen.

Es wird also hier zwischen von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden und den von der untersuchten traumatisierten Migranten erwarteten Behandlung kontrastiert.

Im vorhergehenden Kapitel wurden bereits die Resultate bezüglich der Erwartungen der traumatisierten Migranten an eine Behandlung dargelegt. Um festzustellen, ob sich diese von den von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden unterscheidet, muss erst geklärt werden, ob und wie die Kenntnis über Psychotherapie bei traumatisierten Migranten ist und was sie von somatomedizinischen Interventionsformen halten.

6.1.1.5 Kenntnisse über Psychotherapie

Werden die traumatisierten Migranten zu ihrer Kenntnis von Psychotherapie befragt, so weisen die fast alle keine Kenntnis dieser Methode auf. Allenfalls ist ihnen die Psychotherapie von Ärzten hier in der Schweiz erklärt worden, bevor sie ins afk Zürich gekommen sind. So zum Beispiel dieser Frau aus der Türkei:

Frage: „Kannten Sie Psychotherapie?“

Antwort: „Ja. Details wusste ich nicht. Die Ärzte haben mir kurz darüber erzählt.“

Frage: „In der Schweiz?“

Antwort: „Ja, die Ärzte in der Schweiz.“ (Frau, Türkei)

Einige der Patienten berichten davon, dass sie wissen würden, was Psychotherapie sei, selbst aber nie in den Genuss dieser Methode gekommen seien. Dabei bleibt zu bezweifeln, ob diese genannten Kenntnisse dem in der Schweiz geläufigen Verständnis von Psychotherapie entsprechen.

„Ja, es ist so, dass die Name Psychiater oder Psychiaterin habe ich gehört. Aber eigentlich das was er macht oder was er tut und wie, das habe ich nicht gewusst.“ (Mann, Afghanistan)

Ein Mann aus dem Iran hat über Psychotherapie gelesen:

„Ich habe das schon vorher gekannt. Also, ich habe gehört, ich habe gelesen über diese, über Psychiater.“

Frage: „Und was haben Sie sich vorgestellt, was das ist? Sie haben das vorher noch nie gemacht?“

Antwort: „Vorher... also nein, ich habe das nie gemacht, nein. Das war das erste mal, hier in der Schweiz, dass ich das gemacht habe.“ (Mann, Iran)

Ein Mann aus Tschetschenien sagt er sei informiert und erwartet von einem Psychiater bzw. einen Psychologen eine Diagnose wie von sonst einem Arzt auch. Er sagt, dass man "Psychotherapie" kenne, weist dann aber darauf hin, dass man die Probleme eher durchlebt, ohne Therapie in Anspruch zu nehmen. Demzufolge scheint die Psychotherapie in seinem Herkunftsland zwar bekannt aber nicht verbreitet zu sein.

Frage: „Psychotherapie? Kennen Sie das?“

Antwort: „Eben, natürlich kennt man das. Überall gibt es das. Aber es ist nicht so, dass ich das jetzt gekannt hätte oder auch in Anspruch genommen hätte. Natürlich gab es auch Probleme oder so, aber nicht... Das hat man dann durchlebt.“ (Mann, Tschetschenien)

Die Annahme, dass die Psychotherapie als Methode wenig bekannt ist bei den befragten Patienten, verstärkt die Aussage eines der Befragten, dass in einer psychiatrischen Klinik nur "verrückte Leute" behandelt würden. Er erzählt, dass in seiner Stadt diese Einstellung weit verbreitet sei und jemand, der ein mal diese Klinik besucht habe zeitlebens von der Gesellschaft stigmatisiert werde. Um diese Aussage zu unterstreichen führt er die Geschichte des Falles eines Verwandten an, der nachdem ihm Gewalt angetan worden sei und er daraufhin nicht mehr gesprochen habe in eine solche Klinik gebracht worden sei. Dieser Verwandte sei nach dem Klinikaufenthalt sozial marginalisiert worden.

Nur schon der Begriff der Psychiatrie bzw. der Psychotherapie – die Befragten unterscheiden diese Begriffe für sich selbst nicht – ist bei den Befragten oft an sich sehr schambesetzt. Er wird gleichgesetzt mit "verrückt sein". Dies kommt in den Worten eines Patienten aus Afrika zum Ausdruck:

Frage: „Kennen Sie Psychotherapie?“

Antwort: „Nein. Bei uns im Sudan wird man komisch angesehen, wenn man zum Psychiater geht. Die Leute meinen, das sei etwas ganz Schlimmes, dass man verrückt ist.“ (Mann, Sudan)

Ein Mann aus Bosnien gibt an, die Psychotherapie als Methode nicht gekannt zu haben. Dann führt er jedoch seine Beobachtungen von Menschen, die wie er den Krieg in seinem Land erlebt haben an. Er beschreibt ziemlich genau deren körperlichen und psychischen Zustand. Solche Menschen würden seiner Meinung nach eine Therapie brauchen. Ob er sich diese Gedanken nun auf dem Hintergrund seiner jetzigen Kenntnis von Therapie macht oder ob er schon früher diese Schlussfolgerungen aus seinen Beobachtungen gezogen hat bleibt unklar.

„Die Psychotherapie habe ich nicht gekannt. Ich wusste, dass es das gibt, habe es aber nicht persönlich erlebt. Ich habe das erlebt, dass Menschen in bzw. nach dem Krieg brauchen, die brauchen solche Art von Therapie. Und dass nach ein bis zwei Jahren Menschen, die Tote, Verletzte gesehen, oder in deren Nähe jemand getötet wurde, diese Menschen konnten sich nicht zusammennehmen. Sie sind körperlich da, psychisch aber nicht anwesend. Sie überlegen nicht, nicht normal meine ich.“ (Mann, Bosnien)

Eine Ausnahme bildet eine Frau aus Kosovo, die bereits, ihrer Aussage zufolge, zwei bis drei Monate nach ihrer Ankunft in der Schweiz mit Psychotherapie begonnen hat und somit aus Erfahrung mit der Methode vertraut ist. In Ihrem Heimatland hatte sie jedoch kaum einen Arzt aufgesucht. Vom afk hat sie sich versprochen, dass es da Ärzte habe die die “Nerven beruhigen“. Dies habe ihr eine Kollegin erzählt. Es bleibt offen, was sie sich unter die “Nerven beruhigen“ vorstellt.

Eine Frau aus Bosnien verwechselt Psychotherapie mit der Therapie, in die man nach einer Operation gehen müsse.

6.1.1.6 Haltung gegenüber somatomedizinischen Interventionen

Wie im vorhergehenden Kapitel beschrieben, sind in der befragten Gruppe von Patienten kaum Kenntnis über die Psychotherapie als Methode vorhanden. Es stellt sich somit auch nicht in der Form die Frage nach einer Favorisierung von somatomedizinischen Interventionsmethoden. Ganz generell konnte aber die Einstellung Medikamenten gegenüber erfragt werden. Diese Frage zielt, wenn auch in sehr vereinfachter Form, auf die Erwartungen an somatomedizinische Interventionsformen ab.

Die Angaben über die befragten Patienten zeigen³, dass bis auf eine Person, alle Patienten und Patientinnen des afk Zürich zum Zeitpunkt der Befragung zusätzlich zur Psychotherapie Medikamente nehmen. Die Palette reicht von Psychopharmaka über Schmerzmittel bis hin zu anderen, zusätzlichen Medikamenten. Wenn also in dieser Befragung die Haltung gegenüber Medikamenten erfragt worden ist, so sind die Antworten immer auch auf diesem Hintergrund zu verstehen.

Es zeigt sich denn auch, dass die Patienten und Patientinnen ihre Antworten eher auf den Nutzen der Medikamente für ihre ganz spezifischen Beschwerden beziehen.

³ Siehe: Kapitel 5.3.3.14

Fünf Patienten sagen aus, dass sie Medikamente als nützlich erachten und auch eine medikamentöse, somatische Intervention im afk Zürich erwartet hätten. So zum Beispiel ein Mann aus Afghanistan:

„Ich habe eigentlich keine spezielle Vorstellung gehabt [von der Behandlung im afk Zürich]. Aber ich habe gedacht, dass vielleicht mit Medikamenten. Meine Heilung, sie geben Medikamente. Medikamente habe ich gekannt... Weil ich habe gewusst, dass zum Beispiel wenn man Kopfschmerzen hat, geht man zum Arzt, Hausarzt und gibt Medikamente. Und ich habe auch gedacht, dass ein Psychiater auch macht so. Man geht und er gibt Medikamente.“ (Mann, Afghanistan)

Davon, dass ihm die Medikamente für seine Beschwerden nützen spricht dieser Mann:

„Ja, ich nehme ein regelmässiges Medikament jetzt für... Ich weiss nicht genau, was das heisst, aber das hilft schon. Ja, ich nehme es zweimal: am Morgen früh und am Abend nach dem Abendessen. Das hilft, das macht mich ruhig. Normalerweise bin ich depressiv, aber wenn ich dieses Medikament nehme bin ich noch schwach und... ja,... hilft schon.“ (Mann, Türkei)

Zwei Patienten und eine Patientin sagen, dass sie Medikamente in Kombination mit einer Therapie als nützlich empfinden.

„Medikamente helfen bei bestimmten Problemen. Ich hatte früher auch einmal Medikamente – wegen meinen Schlafproblemen. Aber nicht nur die Medikamente, man muss auch verstehen, sprechen darüber, was passiert ist.“ (Mann, Sudan)

Einer dieser Patienten, der sich für eine solche kombinierte Intervention ausspricht, beschreibt seinen persönlichen Weg hin zu dieser Einstellung mit folgenden Worten:

„Es ist so, dass bevor ich hierher kam, ich war zwei Jahre bei einem Arzt in St. Gallen. Er hat mir auch Medikamente gegeben, weil ich habe auch am ganzen Körper Schmerzen. Ich muss sagen, dass das Medikament manchmal hat geholfen. Aber das war keine Hilfe. Ich denke, dass Medikamente können nicht alles helfen und alles in Ordnung bringen. Und ich sehe, dass sie helfen nicht, muss man eben andere Wege vorgehen.“ (Mann, Iran)

Fünf Patienten geben an, schlechte bzw. unbefriedigende Erfahrungen mit Medikamenten gemacht zu haben.

„Und bis jetzt ist es eigentlich so, dass auch die starken Mittel dann nicht geholfen haben. Und das ist so ein bisschen eine Suche ohne Ende oder so... Man hofft auch auf die Tabletten, aber ich kann da nicht jetzt Ratschläge geben.“ (Mann, Tschetschenien)

Trotzdem bleibt bei diesem Mann „die Hoffnung auf Tabletten“, wie er sagt. Er hat die Hoffnung auf eine somatomedizinische Intervention also noch nicht aufgegeben. Ein anderer Mann scheint da desillusionierter zu sein:

„Also seit ungefähr vier Jahren, also seit ich krank war, ich habe immer Tabletten genommen. Wenn ich verletzt war, ich bin zum Arzt gegangen. Dann habe ich Knieschmerzen, Nierenschmerzen gehabt habe, bin ich zum Arzt gegangen, also

untersucht worden, also kontrolliert... Also ich merke... und ich habe auch mit Dr. Maier [Psychiater afk Zürich] gesprochen, dass wegen verschiedenen Tabletten, die ich genommen habe...

Frage: „Da haben Sie negative Erfahrungen gemacht?“

Antwort: „Ja, bei Medikamenten habe ich nicht gute Erfahrungen gehabt, gute Erlebnisse gehabt.“ (Mann, Iran)

Die schlechten Erfahrungen mit Medikamenten beziehen sich in dieser Aussage des Mannes aus dem Iran vor allem auch auf seine körperlichen und nicht auf seine psychischen Beschwerden. In wie weit die Patienten und Patientinnen körperliche und psychische Beschwerden auseinanderhalten ist jedoch die Frage. Im Kapitel 6.3 wird näher auf die Krankheitskonzept der befragten traumatisierten Migranten eingegangen.

Zurückblickend auf ihre Krankengeschichte, sieht eine Frau aus der Türkei ihre Behandlung im afk Zürich auf dem Hintergrund des Versagens von Medikamenten:

„Die Medikamente, die ich früher bekam, wenn sie nützlich gewesen wären, wäre ich nicht hierher gekommen... Ich bin nicht dafür, dass man immer Medikamente nehmen muss, weil die Medikamente, die ich bis jetzt genommen habe, hab ich keine Wirkung gespürt.“ (Frau, Türkei)

Dass Medikamente ihr nicht bei ihren Beschwerden helfen können, und das nur eine andere Art der Intervention hilft, vertritt eine Frau aus Kamerun mit Entschiedenheit:

„Ich denke, Medikamente können beruhigen, wenn man nicht einen Schmerz haben und etwas, können die Medikamente können beruhigen. Aber als ich mich wieder gefunden, also als ich wieder zu mir selber gefunden habe, hab ich verstanden, dass Medikamente können für das was ich habe, worunter ich leide, können Medikamente nicht wirklich helfen...

Wenn einem der Geist nicht gut ist, also wenn es einem moralisch nicht gut geht, oder sonst nicht gut geht, dann hilft das nicht wirklich. Also ich habe Tabletten genommen, aber ich fühlte mich immer noch nicht akzeptiert und so. Und ich hab manchmal alle möglichen Krankheiten. Aber es sind... Die Tabletten, die helfen dann nicht wirklich.“ (Frau, Kamerun)

Diese Frau zeigt in ihrer Beurteilung von somatomedizinischen Interventionsformen die Komplexität der Problembereiche auf, die ihrer Meinung nach ihren Beschwerden zugrunde liegt. Sie spricht davon, dass es neben dem Schmerz auch eine geistige und eine moralische Komponente gibt und dass sie sich, wie sie es ausdrückt, „im Geist nicht gut fühlt“.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass wohl alle befragten Patienten und Patientinnen ursprünglich mit der Erwartung einer somatomedizinischen Intervention zur Heilung ihrer Beschwerden ausgegangen sind. Acht von ihnen haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass Medikamente nicht die erwünschte Wirkung erbracht haben. Darum betrachten sie eine Kombination von Medikamenten und Therapie als angebracht bzw. sind enttäuscht von der Wirkung von Medikamenten. Fünf Patienten sehen einen positiven Effekt von Medikamenten im Zusammenhang mit ihren Beschwerden.

6.1.1.7 Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die befragten Patienten und Patientinnen die Psychotherapie als Methode vor dem Besuch des afk Zürich nicht gekannt haben. Allenfalls haben sie davon gehört, gelesen oder entnommen ihre Kenntnis anderen Sekundärquellen. Oft ist der Begriff der Psychotherapie verbunden mit der Angst als "verrückt" betrachtet zu werden und in Folge dessen mit einer gesellschaftlichen Ächtung belegt zu werden. Auch wenn Psychotherapie als Interventionsmöglichkeit anscheinend bekannt ist, wie im Fall eines Mannes aus Tschetschenien, so wird sie doch eher nicht in Betracht gezogen. Vielleicht aus dem selben Grund einer Stigmatisierung. Kenntnis über Psychotherapie als Methode hat sich einzig eine befragte Frau hier in der Schweiz erworben.

Eine somatomedizinische Interventionsform haben ursprünglich alle befragten Patienten und Patientinnen erwartet. Einige von ihnen sehen den Nutzen einer solchen Interventionsform noch heute für ihre Beschwerden, andere wurden im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte von der Wirkung von Medikamenten enttäuscht und geben an, dass diese bei ihren Beschwerden nichts nützen würden. Eine dritte Gruppe sieht eine kombinierte Interventionsform von Medikamenten und Psychotherapie als die beste Methode an. Dazu ist zu sagen, dass eine solche Interventionsform am afk Zürich praktiziert wird. Alle Patienten und Patientinnen stehen unter Medikamenten und erhalten gleichzeitig Psychotherapie.

6.1.2 Erwartungen gegenüber dem Arzt

6.1.2.1 Arzt-Patienten-Beziehung in den Herkunftsländern der Patienten

Um einen Einblick in die Erwartungen an die Intervention von Seiten des Arztes zu bekommen, wurde im Interview mit den traumatisierten Migranten die Rolle und das Ansehen eines Arztes bzw. eines Psychologen/ einer Psychologin in ihrer Herkunftsgesellschaft erfragt. Es wurde sowohl nach dem Arzt als auch dem Psychologen gefragt, um einen Vergleich mit dem Setting des afk Zürich zu haben, in dem sowohl psychiatrisch wie auch psychologisch bzw. psychotherapeutisch geschulte Personen therapieren.

Die befragten Personen bestätigen durchwegs, unabhängig von ihrer Herkunft, dass ein Arzt in ihrer Gesellschaft ein sehr hohes Ansehen genießt. Sie differenzierten nicht nach Arzt und Psychologen. Unter Kapitel 6.1.1 wurde diskutiert, dass sie keine Erwartung bezüglich der Behandlung haben. Auch dass die traumatisierten Migranten keine Vorerfahrung haben, was Psychotherapie ist. Diese Unwissenheit zeigt sich hier darin, dass sie die Berufsstände für sich nicht unterscheiden. Arzt, Psychiater und Psychologe - auch der Terminus Psychiater fiel - werden von den traumatisierten Migranten synonym verwendet.

Auch dem vom Arzt Gesagten wird gleich, wie die Person des Arztes, sehr viel Respekt entgegengebracht. Es wird a priori angenommen, dass das, was ein Arzt sagt, gut ist. Folgendes Zitat bringt diesen Umstand treffend zum Ausdruck:

„Die Leute respektieren viel Ärzte und Ärztinnen ... die Leute respektieren, was der Arzt sagt... ich mache genau gleich was er sagt. Weil also, ich habe Respekt und ich weiss, er ist ein Arzt und er entscheidet gut.“ (Mann, Iran)

Die Ärzte werden von den befragten Patienten und ihrer Gesellschaft als Autorität wahrgenommen.

Der Respekt in der Herkunftsgesellschaft der Patienten einem Arzt gegenüber kommt auch in der Aussage zum Ausdruck, dass es als hohe Ehre gilt, einen Arzt in der Familie zu haben:

Frage: „Was für eine Stellung hat Ihrer Meinung nach ein Arzt / eine Psychologin in ihrer Gesellschaft?“

Antwort: „Eine sehr hohe, um nicht zu sagen die höchste – jede Familie wünscht sich einen Arzt in der Familie zu haben.“ (Mann, Sudan)

Eine Frau aus Afghanistan bringt zum Ausdruck, dass es im Krieg schwierig ist, überhaupt einen Termin bei einem Arzt zu bekommen. In einer solchen Situation wird die Autorität eines Arztes unhinterfragt respektiert und seinen Anweisungen Folge geleistet.

„In Afghanistan herrscht Krieg. Da ist es schwierig, einen Arzt zu finden. Es gibt viele Leute, die einen Arzt brauchen. Ein Arzt sagt einem, was man zu tun hat und man macht es. Man ist froh, dass man behandelt wird.“ (Frau, Afghanistan)

Auf die Frage hin, ob einem Arzt oder einer Psychologin widersprochen werden darf, bringen einige der Patienten zum Ausdruck, dass die Autorität eines Arztes so weitreichend ist, dass einem Arzt nicht widersprochen wird:

Frage: „Darf man einem Arzt / einer Psychologin widersprechen?“

Antwort: „Nein, man darf nichts sagen, nicht widersprechen.“

Es wird bei dieser Fragestellung, gleich wie unter Kapitel 6.1.1.5, von den befragten Personen auch wieder auf den Umstand hingewiesen, dass der Besuch eines Psychiaters mit Schamgefühlen verbunden ist. Drei Patienten sprechen an, dass ein Psychiater Leute behandelt, die "nicht normal" sind. Dies kann aber in Bezug auf die Stellung des Psychiaters in der Gesellschaft, diesem noch einen zusätzlichen Wert geben:

„Es ist so, dass bei uns ein Psychiater oder Psychologe ist sehr höher als ein Arzt ist. Weil irgendwie man, ... man denkt, dass die Leute sind nicht normal, dann kann man auch gesund machen, oder so.“ (Mann, Irak)

Ein einzige Person erzählt von einer Situation in seinem Heimatland, in der ein Psychiater seinen Patienten sehr respektlos behandelt hat.

„Ich habe gebracht, wir haben gebracht [einen Verwandten]in diese psychiatrische Klinik, diese Nervenklinik. Und dort ein Psychiater behandelt so respektlos mit Patient. Oder sehr verachtend und sehr böse. So machen sie irgendwie, dass kein Mensch ist.“ (Mann, Iran)

Er folgert daraus, dass die Leute in ihrer Meinung bestärkt, dass nur Verrückte zum Psychiater müssten.

Drei Patienten geben an, in ihrem Herkunftsland kaum beim Arzt gewesen zu sein und deshalb auch keine eigenen Erfahrungen mit Ärzten und/ oder Psychologen zu haben.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass in den Herkunftsländern der befragten Personen, Arzt, Psychiater und Psychologe gesellschaftlich eine sehr hohe Stellung einnehmen. Es gilt als Ehre, einen Arzt in der Familie zu haben. Man bringt dieser Autoritätsperson Respekt entgegen und hinterfragt ihre Urteile nicht. Dies auch dann nicht, wenn sie ein menschenverachtendes Verhalten an den Tag legen. Zum Psychiater geht, wer gesellschaftlich als "verrückt" gilt. Es wird seinem Können angerechnet, diese Menschen, die "nicht normal" sind, zu heilen.

6.1.2.2 Arzt-Patienten-Beziehung: Vergleich zur Schweiz

In einem weiteren Schritt wurde nach Unterschieden der Rolle und des Ansehens eines Arztes bzw. eines Psychologen/ einer Psychologin im Vergleich zwischen dem Herkunftsland der Patienten und der Schweiz gefragt.

Gemeinsamkeiten

Vier der befragten Patienten antworten, dass für sie die Rolle eines Arztes bzw. eines Psychologen/ einer Psychologin dieselben seien in ihrem Heimatland wie auch in der Schweiz. Sie nehmen die Unterschiede im Verhalten der Fachpersonen in ihrem Heimatland und in der Schweiz durchaus wahr, betonen aber, dass ihr eigenes Verhalten einer solchen Fachperson gegenüber dasselbe sei.

„Es ist genau gleich [in der Schweiz]. Wir respektieren viele Ärztinnen, also dort und hier auch, also was ich sehe, ist es genau gleich.“ (Mann, Iran)

Ein Patient aus Russland betrachtet die Rolle und eines Arztes bzw. eines Psychologen/ einer Psychologin unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit. Er sieht diesbezüglich keinen Unterschied in der Art und Weise wie Patienten in seinem Heimatland und in der Schweiz behandelt werden. Der Mann illustriert dies anhand eines Zahnproblems, das er als Asylbewerber in der Schweiz hatte:

„Aber es ist auch so, dass natürlich in Russland: ohne Geld kann man keinen Arzt kriegen. Das ist vielleicht auch gar nicht so unterschiedlich [zur Schweiz], weil bei uns ist das ähnlich: Wenn man Geld hat, kann man sich auch anständig behandeln lassen. Ich habe zum Beispiel ein Erlebnis mit dem Zahn gehabt, dass man mir da einfach den Zahn, also ein kranken Zahn nicht bezahlt hat, ihn zu pflegen, sondern man hat ihn dann einfach ausgerissen. Ich war im Asylverfahren. Denn das war auch so, dass bei mir [in Russland] auch ein Zahn flicken oder plombieren zu lassen, auch mit den Nerven, das kostet nicht über 20 Dollar oder so. Und hier [in der Schweiz] hiess es dann einfach: „Das wird nicht bezahlt“. Und von mir hat man 500 Franken verlangt, das zu flicken. Dann habe ich irgendwie zwei, drei Tage mit diesen Schmerzen ausgehalten und dann schliesslich hiess es einfach: „Ja, das einzige, was wir machen können, ist diesen Zahn ausreissen, weil es das Billigste ist.““ (Mann, Russland)

Die Schlussfolgerung dieses Patienten fällt dahingehend aus, dass er auch in der Schweiz mit Geld von einem Arzt besser behandelt würde. Darin sieht er die

Parallele mit seinem Herkunftsland, wo auch Geld benötigt wird, um überhaupt von einem Arzt behandelt zu werden.

Unterschiede

Unterschiede bezüglich der Rolle und des Ansehens von einem Arzt bzw. einer Psychologin werden von den befragten traumatisierten Migranten einerseits in Bezug auf das Verhalten der Person und andererseits auf die Umstände gesehen.

6.1.2.3 Arzt-Patienten-Interaktion in der Schweiz

Neun der in dieser Studie befragten Personen berichten davon, dass sie in der Schweiz von einem Arzt anders behandelt werden als in ihrem Herkunftsland. Angeführt wird, dass in der Schweiz Arzt und Patient mehr miteinander sprechen, dass mehr Respekt dem Patienten gegenüber besteht und der Arzt sich Zeit nimmt. Ein Patient aus dem Iran bringt das so zum Ausdruck:

„Aber hier, ...alles ist zwischen Patient und Arzt ist Respekt, Höflichkeit und ganz ruhig sprechen, man darf auch reden. Man ist auf der gleichen Ebene. Man behandelt uns hier ganz normal. Es ist ein riesiger Unterschied!“ (Mann, Iran)

Auch wird hier angesprochen, was ein weiterer Patient ebenfalls anspricht, dass in der Schweiz ein Psychiater als normaler Arzt wahrgenommen wird.

Den Respekt und die Aufmerksamkeit, die sie von Seiten der Ärzte in der Schweiz erhalten hat, betont auch eine Frau aus Kamerun:

„Alle Ärzte, die ich jetzt gesehen habe hier, war so, dass sie alle sehr respektvoll waren, also die mich respektiert haben, die wirklich versucht..., also die sich wirklich um mich gekümmert haben. Und es ist auch alles viel ordentlicher. Also die Diagnose wird auch richtig gestellt, und es ist alles viel ordentlicher und sehr respektvoller.“ (Frau, Kamerun)

Mit einem Arzt könne man über alles reden, sagt eine Frau aus Kosovo, was von ihrem Vertrauen einem Arzt gegenüber zeugt. Auch ein Mann aus der Türkei spricht dieses Vertrauen an:

„Nein, hier [in der Schweiz] ist es ganz anders. Zum Beispiel ich war ein paar mal im Spital und ich habe einen Hausarzt und jetzt kenne ich einige Psychiater. Ja, sie sind wie meine Kollegen. Wie so freundlich und strahlen auch. Ja, das macht mich zufrieden. Ich habe keine Angst vor Ärzten. Ja, in der Schweiz ist es sicher ganz anders. Ich sage nicht, dass ich jetzt weiss, wie ein schweizerischer Arzt ist, deswegen. Das ist die Wahrheit für mich.“ (Mann, Türkei)

Dieser Patient betont aber auch, dass dies seine ganz persönliche Wahrnehmung und Erfahrung ist.

Es wird durchaus wahrgenommen, dass einem Arzt zu widersprechen in der Schweiz möglich wäre. Auf dem Hintergrund ihrer Sozialisation wagen dies die Patienten aber nicht, wie dies eine Frau aus Afghanistan formuliert:

„Ich persönlich würde einem Arzt hier nicht widersprechen. Ich weiss, dass es hier anders ist, aber ich habe das so gelernt in Afghanistan. Ich würde dann immer denken, was der Arzt sagen würde. Ich bin so erzogen worden.“ (Frau, Afghanistan)

Drei Patienten berichten davon, dass sie in ihrem Herkunftsland kaum zum Arzt gegangen sind. In der Schweiz mussten sie auf Grund ihrer Beschwerden häufiger zum Arzt. Bei einem Patienten kann sogar der Terminus "Doktershopping" verwendet werden, da er Hilfe suchend von einem Doktor zum andern gegangen ist.

6.1.2.4 Umstände

Korruption

Vornehmlich die Patienten aus dem Ex-Jugoslawischen Raum erzählen, dass in ihrem Gesundheitssystem, der Arzt für seine Leistungen "geschmiert" werden muss. Wer dem Arzt Geld zusteckt, wird eher und besser behandelt. Wer kein Geld hat muss mit langen Wartezeiten rechnen:

„Aber nach dem Krieg, ein mal bin ich [in Bosnien] in ein Ambulatorium gegangen. Ich habe gespürt, dass es mir nicht gut geht. Weil mir solche Art von Hilfe [Psychotherapie] unbekannt war, ging ich in ein Ambulatorium, wo ich nicht ein Verständnis fand. Ich bin von dort vertrieben worden. Zuerst, wenn ich 20 bis 30 D-Mark gehabt hätte, um der Ärztin zu geben, dann wäre ich behandelt worden. Ich bin betroffen und wundere mich, dass ich nicht reagiert habe... Ich habe nur geschaut, habe kein Wort gesagt. Aber ich habe überlegt.“ (Mann, Bosnien)

Der Patient berichtet hier über eine Erfahrung, bei der er in Bosnien nach dem Krieg mangels dieser "Extrazahlungen" nicht behandelt wurde. Auch eine Frau aus Bosnien spricht davon, dass sie sich nicht operieren lassen konnte, weil sie kein Geld für die Operation und die Extrazahlungen hatte. Auch eine Person aus Russland und eine Person aus Kamerun berichtet von solchen Extrazahlungen. Begründet wird die Tatsache, dass, wer Geld hat, eher und besser behandelt wird mit der niedrigen Löhnen der Ärzte im Herkunftsland. Diese seien auf einen "Zusatzverdienst" angewiesen.

„Bei uns vor dem Krieg, da hat man nicht darauf geschaut, dass man etwas gibt [Geld]...wenn du eine Operation möchtest. Und dazu hat der Arzt sein Gehalt, aber du gibst [heute] trotzdem noch etwas. Er hat seinen Lohn, aber du muss ihn irgendwie bestechen, wenn du [gesundheitslich] etwas hast“ (Frau Bosnien).

Der selbe Patient aus Bosnien, der wegen der Korruption nicht behandelt wurde, hat in der Schweiz die Erfahrung gemacht, dass er in der Schweiz als Patient sehr zuvorkommend behandelt wurde und auch nicht lange auf seine Behandlung warten musste:

„Als ich hier damals Probleme mit dem Rücken hatte, dann ging ich zum Arzt. Ich bin einfach empfangen worden ohne Termin und ohne administrative Barrieren. Auch andere Menschen haben dort gewartet. Ich kam sofort an die Reihe. Ich war angenehm überrascht, habe gesagt, ich könnte weinen, dass ich so gut empfangen und behandelt wurde.“ (Mann, Bosnien)

Organisation

Eine Patientin aus Bosnien spricht auf die Unterschiede zwischen ihrem Herkunftsland und der Schweiz befragt, die mangelhaften *hygienischen Zustände* in ihrem Land an:

„Ich war in der Schweiz im Spital [Das war]. ganz gut und die Hygiene ist besser. Auch in Bosnien war ich einen Monat da. Ich lag drei Tage. Es gibt kein Wasser in den Spitälern. Ja, also wenn du operiert werden sollst, dann bringen sie dich in einen Raum, und dort kannst du warten, und dann bringen sie dich zu Operation. Ich war dort im Juli vielleicht und es war so heiss, vielleicht 35 Grad, aber baden kannst du nicht. So war es auf dem Land, ich weiss nicht, wie es in Sarajewo ist, ich weiss es nicht.“ (Frau, Bosnien)

Die Frau spricht in diesem Zitat auch *Unterschiede zwischen Stadt und Land* in der Gesundheitsversorgung an. Von Unterschiede in der Mentalität der Ärzte, aber auch in der Gesundheitsversorgung berichten auch zwei Männer aus dem Iran. Ein Patient aus dem Iran verbindet diesen Unterschied mit dem Gedanken, dass es nun auch vermehrt Ärzte im Iran gebe, die im Ausland studiert haben – als Beispiel führt er Amerika an – die seiner Meinung nach auch eine modernere Einstellung haben. Implizit deutet er damit seinen Wunsch nach Veränderung an:

„Aber, er hat auch gesagt, er weiss nicht, wie ist in grossen Städten, wie Teheran oder andere, weil dort vielleicht sind viele Ärzte von Amerika sind dort zurückgekommen oder in Amerika studiert. Ich kann nur von meiner Stadt sprechen.“ (Mann, Iran)

Die langen Wartezeiten beim Arzt bzw. die Terminplanung scheint in den Herkunftsländern der Patienten auch ein erschwerender Faktor in der Behandlung zu sein. Patienten aus Ex-Jugoslawien, aber auch eine Frau aus Kamerun berichtet von solchen *Terminschwierigkeiten*:

„Aber vielleicht einen kleinen Unterschied [zwischen Kamerun und der Schweiz], den ich sehe ist die Ordnung. Also hier ist alles immer so sehr geordnet. Und dort gibt es auch sehr viel Korruption und es ist nicht so geordnet. Also zum Beispiel mit... wenn man einen Termin hat mit dem Arzt. Und hier [in der Schweiz] heisst es: O.k. um 15 Uhr musst du hin gehen. Aber dort [in Kamerun] ist es so, also zum Beispiel bekomme ich einen Termin um 16 Uhr aber andere Personen dann auch. Und dann kommen wir alle und sind dann alle halt gleichzeitig bestellt worden und sitzen dort dann auf einer Bank. Und die Person, die zuerst gekommen ist, die kommt dann zuerst daran. Also sie ist nicht die Person, die zuerst bestellt wurde...“ (Frau Kamerun)

Eine Frau aus der Türkei, die Kurdin ist, berichtet zudem von einer *diskriminierenden Haltung* der Ärzte auf Grund der Volkszugehörigkeit ihr gegenüber:

„Manchmal merkt ein Arzt, ich bin Kurdin, ich komme aus Kurdistan. Das kann einen Widerstand geben. Also vielleicht ein Medikament wird verschrieben. Aber für eine Hospitalisation, da wird man nicht ernst genommen, wenn ich aus Kurdistan bin. Da gibt es einen ideologischen Widerstand. Wenn diese Gerechtigkeit gewesen wäre, wäre ich nicht hierher [in die Schweiz] gekommen. Zum Beispiel bei der Behandlung, wenn man die türkische Sprache nicht kann, hier in der Schweiz, wenn ich die

Sprache nicht kann, gibt es einen Dolmetscher. Oder sie versuchen einen zu organisieren. Aber in der Türkei nicht. Ich möchte nicht allgemein sagen, [aber] es gibt welche [Ärzte], die sich so benehmen. Wenn ich Türkisch nicht sprechen kann, lehnen sie es ab [zu behandeln].“ (Frau, Türkei)

Diese Patientin betont ihre Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in der Schweiz und der Möglichkeit, einen Dolmetscher für die Behandlung herbeizuziehen. Dass die Dolmetscherdienste am afk zum speziellen Behandlungssetting dieser spezialisierten Institution gehören, und nicht zum Standard des schweizerischen Gesundheitssystems gehören, ist ihr offenbar nicht bewusst.

Zwei Patienten sprechen auch an, dass in ihrem Herkunftsland die staatlich organisierten Spitäler einen eindeutig schlechteren Behandlungsstandard liefern im Vergleich zu den privaten Spitälern. Offenbar sind sie in der Schweiz mit dem *staatlich organisierten Gesundheitswesen* zufrieden, da sie diesen Unterschied so betonen.

„Meistens sind die Spitäler privat jetzt. Aber vom Staat gibt es auch Spitäler. Die sind aber nicht so gut. In der Türkei gibt es keine Versicherung für normale Leute. Reiche Leute haben schon eine.“ (Mann, Türkei)

6.1.2.5 Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass fast alle in dieser Studie befragten Patienten einen Unterschied zwischen der Rolle und dem Ansehen eines Arztes bzw. eines Psychologen/ einer Psychologin in ihrem Herkunftsland und der Schweiz wahrnehmen. Diese Unterschiede beziehen sich einerseits auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient und andererseits auf die Behandlung.

Zwei Patienten machen keinen Unterschied in ihrem Verhalten einem Arzt bzw. einem Psychologen/ einer Psychologin gegenüber. Sie verhalten sich, ihrer Aussage zufolge einer solchen Fachperson gegenüber in beiden Ländern gleich. Ein Patient begründet seine Sicht, dass die Fachpersonen beider Länder gleich seien, mit seiner Beobachtung, dass in beiden Ländern ein Unterschied zwischen der Behandlung reicher Personen und der Behandlung armer Personen gemacht werde.

Patienten, die den Unterschied zwischen dem Arzt in ihrem Heimatland und dem Arzt in der Schweiz betonen, nehmen diesen Unterschied im Verhalten des Arztes dem Patienten gegenüber wahr. In der Schweiz sei die Arzt-Patienten- Interaktion von mehr Respekt dem Patienten gegenüber und mehr Austausch geprägt.

Unterschiede in der Behandlung beziehen sie auf den Umstand, dass in ihren Herkunftsländern Korruption, mangelnde Hygiene und eine schlechte Terminplanung vorherrschen. Auch Unterschiede in der Versorgung und Mentalität zwischen ländlichen und urbanen Regionen bzw. zwischen staatlichen und privaten Spitälern werden genannt. Als Grund für diese erschwerenden Umstände bezüglich ihrer Behandlung geben Patienten aus Ex-Jugoslawien und Afghanistan den Kriegs- bzw. den Nachkriegszustand ihres Landes an. Eine kurdische Patientin gibt als Grund der unterschiedlichen Behandlung Diskriminierung an.

6.2 Krankseinskonzepte („concepts of illness“)

6.2.1 Krankseinskonzepte und soziodemographische Variablen

Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepte werden in dieser Studie nach Schröck (1996:55) als: „...systematische, methodische Konzepte“ definiert, „.....welche die verallgemeinerten Züge und wesentlichen Merkmale eines Phänomens [in diesem Fall in Hinblick auf Gesundheit bzw. Krankheit] beinhalten“. Dies ist eine phänomenologische Definition. Das Phänomen wird ins Zentrum gerückt, nach allgemeinen Zügen und wesentlichen Merkmalen in verschiedene Kategorien unterteilt.

Auf Grund der Fragestellung⁴ wird in den Resultaten ausschliesslich auf die Krankheitskonzepte fokussiert. Diese Krankheitskonzepte wurden aus den Interviews phänomenologisch erschlossen. Die Kategorien wurden rein numerisch aus dem empirischen Material, den qualitativen Aussagen der Patienten, generiert. Das heisst, es wurde nicht mit vordefinierten Unterscheidungskriterien an den Text herangegangen, sondern Kategorien von Krankheitskonzepten aus den Aussagen der Patienten und Patientinnen des afk Zürich direkt gebildet. Da es sich bei den Krankheitskonzepten ausschliesslich um die Sicht der Patienten und Patientinnen handelt, also der „illness perspective“, sprechen wir hier von „Krankseinskonzepten“. Die Krankseinskonzepte beziehen sich auf die Vorstellungen zur Ätiologie, zur Entstehung und Ursache von Krankheit.

Zu einigen der so gebildeten Kategorien wurde in der Literatur eine bereits existierende Definition gefunden. Dies trifft auf die Krankseinskonzepte der „Schuld“, der „Ahnengeister, Heiligen und Götter“ und des „Seelenverlustes“ zu. Alle weiteren Kategorien wurden nach phänomenologischen Kriterien benannt und aufgeführt. Dies ergab ein faszinierendes Bild der Krankheitskonzepte, die unter den dreizehn befragten Personen vorkommen, bzw. vorherrschen und in Abbildung 16 dargestellt sind.

Bei der Darstellung der Resultate werden immer auch die soziodemographischen Variablen der Personen in Betracht gezogen, die das jeweilige Krankseinskonzept erwähnen. Dies erfolgt gemäss den Annahmen von Hypothese 5 dieser Studie (siehe Kapitel 4.1). Es sind dies die Variablen „kulturelle Herkunft“, „Bildung“, „Schichtzugehörigkeit im Heimatland“ und „Aufenthaltsdauer in der Schweiz“.

In der Studie zeigte sich, dass bei den befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich rein numerisch gesehen, eindeutig drei Kategorien von Krankseinskonzepten vorherrschen. In dieser Studie werden diese vorherrschenden Krankseinskonzepte „Überlegene Gesundheitstechnologie“, „Chronologisches Konzept“ und „political economy“ genannt. Alle weiteren genannten Krankseinskonzepte werden unter dem Punkt „selten genannte Kategorien von Krankseinskonzepten“ abgehandelt.

⁴ Siehe Kapitel 4.1 Hypothesen

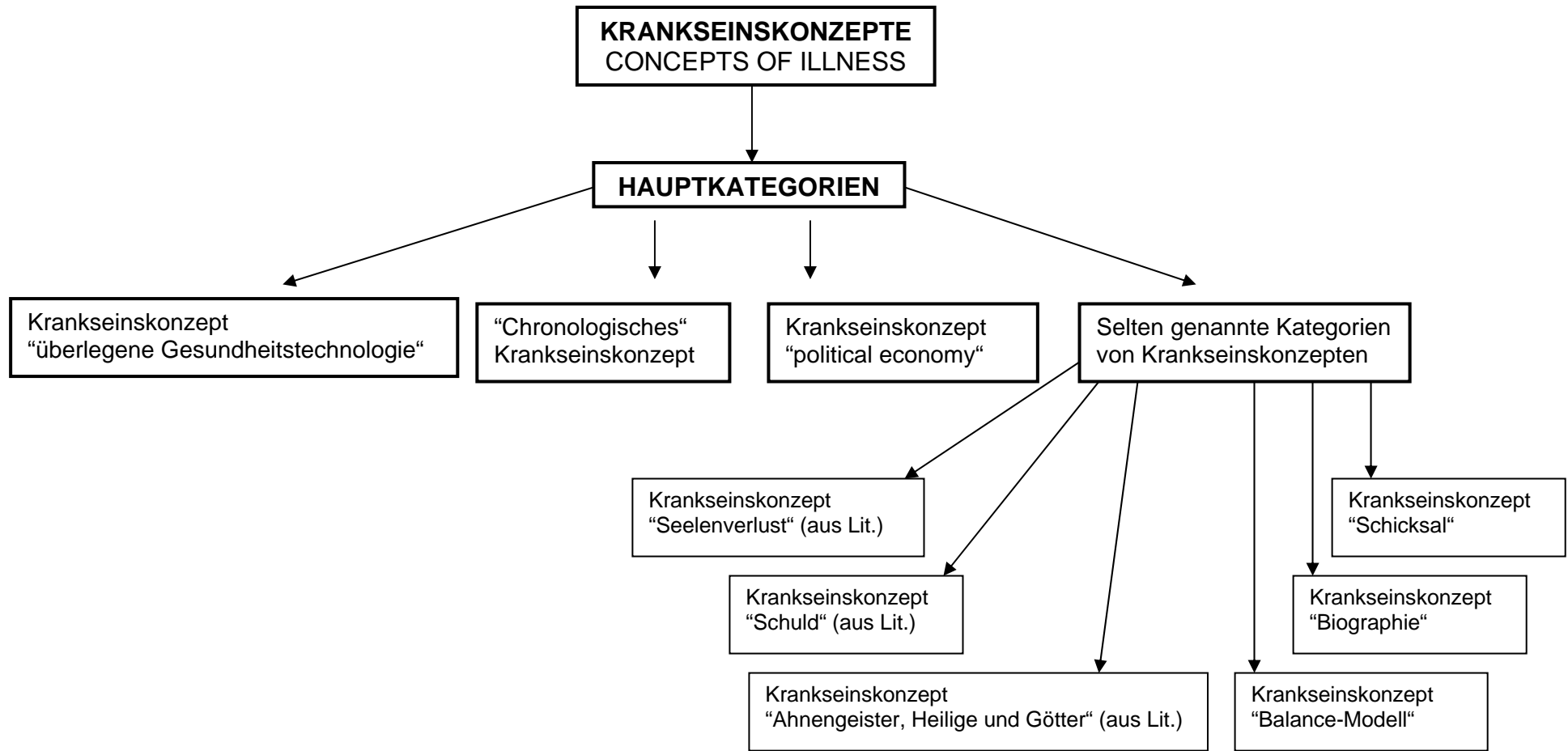


Abbildung 16 : Kategorisierung der empirisch erhobenen Krankseinskonzepte

6.2.2 Krankseinskonzept “Überlegene Gesundheitstechnologie“

Dass von den befragten Patienten des afk Zürich durchwegs somatomedizinische Interventionen favorisiert werden⁵, zeigt sich auch bei dem aus den empirisch aus den Interviews generierten Krankseinskategorien. Die Überzeugung, dass es sich bei der “Wissenschaft“, bzw. der westlichen Schulmedizin, um eine den anderen Methoden überlegene Gesundheitstechnologie handelt, zeigt sich bei insgesamt elf der dreizehn befragten Personen. Aus diesem Grund wurde diese Kategorie hier als Krankseinskonzept “Überlegene Gesundheitstechnologie“ benannt.

Ein Patient aus dem Iran bringt klar zum Ausdruck, dass er Anhänger eines Krankseinskonzeptes ist, das die moderne Gesundheitstechnologie favorisiert und alte Gebräuche im Zusammenhang mit Krankheit ablehnt:

„Also, wenn jemand krank ist, zum Beispiel bei uns, gibt es viele heilige Orte, die früher, so damals so ungefähr 1400 Jahre, islamische [Leute] also, die sind in den Iran gekommen... Damals war also Zarathustra, so viel ich weiss... und dann gibt es so heilige Orte...wenn jemand dort bleibt, zwei Tage und dann vielleicht ... etwas von dort kommt, und dann hilft einem das, dass man wieder gesund wird und so... [aber] wir leben jetzt in einer technologisierten Gesellschaft. Also bei uns jetzt zum Beispiel die Leute... Also die Leute, nein, also das Regime ist immer noch gleich wie 1400 Jahre vorher gewesen ist. Sie wollen, dass die Leute wie 1400 Jahre vorher leben. Immer. Und das geht nicht, meine ich. Also das geht nicht, das geht nicht.“ (Mann, Iran)

Die auf religiösen Konzeptionen basierende Praktik, “heilige Orte“ bei Kranksein aufzusuchen, setzt dieser Mann gleich mit dem Stand der Regierung seines Landes von vor 1400 Jahren. Diese Ansichten zeigen sein Krankseinskonzept der “Überlegenen Gesundheitstechnologie“ auf, implizit verbindet er aber auch schon hier Kranksein mit Politik, wie unter dem Krankseinskonzept “political economy“ genauer dargelegt werden wird.

Dieser Mann aus dem Iran war in seiner Heimat Akademiker. Er gehörte dort der Mittelschicht an und lebte in guten, stabilen finanziellen Verhältnissen. Bei der Befragung weilte er seit dreieinviertel Jahren in der Schweiz.

Ein weiterer Patient aus dem Iran hofft, dass in den grossen Städten seines Landes die moderne Schulmedizin Einzug halten wird. Auf dem Dorf sei man in seiner Heimat noch sehr rückständig, was diese überlegene Gesundheitstechnologie anbelangt. Er stellt sich das so vor:

„Aber, ich weiss nicht, wie ist in grossen Städten, wie Teheran oder andere, weil dort vielleicht sind viele Ärzte von Amerika sind dort zurückgekommen oder in Amerika studiert... Sie wissen, mit Satellit kann man auch viele ausländische Kanäle von Amerika sehen. Und jetzt ich sehe das viele Psychiater dort sind und haben Programme. Sie reden auch sehr gut und das ist gut...und ich sehe auch die Iraner, die dort sind und dort haben, die auch denken anders als [die Iraner auf dem Dorf].“ (Mann, Iran)

⁵ Siehe Hypothese 2 Kapitel 4.1

Dieser Mann aus dem Iran gehörte als Lehrer in seiner Heimat der Mittelschicht an. Er ist zum Zeitpunkt des Interviews seit gut sieben Jahren in der Schweiz.

Zwei Patienten, ein Patient aus dem Sudan und einer aus der Türkei, äussern sich dahingehend, dass die "wissenschaftliche Methode" die richtige sei, um die Ursache ihrer Beschwerden zu erklären.

„Diese Beschwerden sind sehr ernst. Wenn eine Person keine Hilfe bekommt – zum Beispiel wie hier in der Schweiz oder von Fachpersonen wie Dr. Maier [Psychiater afk Zürich], die den Weg frei machen und die Beschwerden in einer wissenschaftlichen Art erklärten - wird der Verlauf [der Beschwerden] bei dieser Person lange sein.“ (Mann, Sudan)

Dieser Mann aus dem Sudan vertraut in grossem Masse auf die überlegene Gesundheitstechnologie der "Wissenschaft" bzw. der westlichen Schulmedizin, dass er behauptet, die Beschwerden könnten einen längeren Verlauf nehmen, wenn sie nicht auf diese Weise geklärt würden.

Dieser Mann aus dem Sudan verfügt über ein hohes Bildungsniveau. In seiner Heimat gehörte er der Mittelschicht an und befand sich in einer guten, stabilen finanziellen Situation. In der Schweiz weilte er zum Zeitpunkt der Befragung über zweieinhalb Jahre.

Eindeutig als überlegen deklariert auch dieser Mann aus der Türkei die westliche Schulmedizin:

„Natürlich ist die wissenschaftliche Methode die beste. Aber wenn die Menschen an eine andere Methode glauben, suchen sie nicht einen Arzt auf oder ärztliche Methoden. Das ist für die Türkei schlecht. Aber es gibt viele Menschen, die das andere suchen...ich glaube, ja, Religion, wegen der Religion glauben sie das.“ (Mann, Türkei)

Dieser Mann vermutet weiter, dass es die Religion – in diesem Fall die muslimische Religion in seinem Land - sei, die manche Menschen daran hindere, einen Arzt aufzusuchen und sich der westlich-wissenschaftlichen Methode zu bedienen.

Dieser Mann aus der Türkei war seinen eigenen Angaben zufolge "Berufsrevolutionär". Er verfügt über einen mittleren Schulabschluss und gehört in seiner Heimat dank seiner guten familiären Verhältnisse der Mittelschicht an. Er weilt zum Zeitpunkt des Interviews schon fast dreizehn Jahre in der Schweiz.

Eine Frau aus Kamerun macht für sich auch die klare Verbindung zwischen Kranksein und dem Besuch eines Arztes, der mit westlicher Schulmedizin heilt:

„Die Ärzte [in Kamerun] werden eigentlich ähnlich wahrgenommen oder gesehen, wie auch hier [in der Schweiz]. Also, wenn man Beschwerden hat, dann geht man zu ihnen [den Ärzten] und die geben einem dann etwas, was gegen diese Beschwerden hilft.“ (Frau, Kamerun)

Diese Patientin macht, im Gegensatz zu den eben zitierten Patienten aus dem Iran, keinen Unterschied zwischen ihrem Heimatland und der Schweiz, was die moderne Gesundheitstechnologie betrifft.

Diese Patientin aus Kamerun hat in ihrer Heimat eine Lehre gemacht und einen Beruf erlernt. Sie übte eine selbständige Tätigkeit aus und gehörte zur Mittelschicht. In der Schweiz ist sie zum Zeitpunkt des Interviews seit fast zwei Jahren.

Andere Patienten sind ganz einfach der Überzeugung, dass bei Beschwerden der Arzt aufgesucht werden muss. Die Stellung und das Wissen eines Arztes wird als sehr hoch eingeschätzt, wie bereits im Kapitel 6.2.3. diskutiert wurde. Wie ein Patient aus Tschetschenien sich Hilfe von der schulmedizinischen, überlegenen Gesundheitstechnologie erhofft, schildert er so:

„Ich erzähle alles, was meine Probleme sind, auch was mich beschäftigt oder was schwierig ist. Vielleicht ist es eigentlich eine Erwartung, fast eher umgekehrt, dass der Arzt dadurch Hilfe bekommt, genaueres, also genau herauszufinden, was nicht stimmt. Oder zu definieren... Vielleicht auch Hilfe anzubieten. Irgend eine Hilfe erwartet man ja schon.“ (Mann, Russland)

Dieser Mann aus Russland hat eine Fachhochschulbildung genossen. In seiner Heimat gehörte er der Mittelschicht an. In der Schweiz ist er seit zweieinviertel Jahren.

Dieses selbstverständliche Vertrauen in den Arzt und in die Schulmedizin als überlegene Gesundheitstechnologie zeigt auch eine Frau aus Bosnien:

„Du gehst zum Arzt, zu diesem Gespräch, ja, und der Arzt hilft.“ (Frau, Bosnien)

Betrachten wir die soziodemographischen Daten dieser Frau, so sehen wir, dass sie aus Bosnien kommt und einen relativ tiefen Bildungsstand hat (minimale Grundschulausbildung). Mit ihrer Familie gehörte sie in ihrem Heimatland durch die Arbeitstätigkeit ihres Mannes zur Mittelschicht. Zum Zeitpunkt der Befragung war sie seit drei Jahren und ein paar Monaten in der Schweiz.

Ein Patient aus Kosovo ist in seiner Vergangenheit von einem Arzt zum anderen gegangen. Er weilte schon mehrmals im Spital und auch einmal in einer psychiatrischen Klinik. Sein Glaube an die Schulmedizin als überlegene Gesundheitstechnologie scheint ungebrochen, auch wenn er parallel dazu bei anderen nicht konventionellen Therapien Heilung gesucht hat.

„Ich bin jetzt hierher [ins afk Zürich] gekommen, weil ich Hilfe brauche wegen meiner Gesundheit. Ich habe tibetische Naturmedizin versucht, Massage, Therapien und hin und her bin ich gesprungen. Und nichts hat genützt. Bei jedem Arzt von meinem Dorf, bei jedem Arzt bin ich gewesen. Ich dachte: „Ja, vielleicht kann der helfen...“. Und ich habe vertraut...und im Spital bin ich auch gewesen. Letztes Jahr war ich dort. Und dieses Jahr war ich dort. Niemand konnte mir helfen. Sie geben mir Medikamente, aber ich habe die Medikamente schon. Und ich habe auch viele Schmerzen. Ich brauche Hilfe von jemandem.“ (Mann, Kosovo)

In seiner Heimat Kosovo hat dieser Mann die Schule mit einem mittleren Schulabschluss beendet und als Hilfskraft gearbeitet. Er gehörte der Unterschicht an. Dieser Patient zum Zeitpunkt der Befragung bereits seit fast achtzehn Jahren in der Schweiz.

Eine Frau aus Kosovo berichtet, dass sie seit sechseinhalb Jahren – so lange lebt sie schon in der Schweiz - Medikamente nimmt und sich dadurch Linderung ihrer Beschwerden erhofft:

„Ja, mit der Zeit habe ich selber gedacht, ich versuche... ein bisschen Medikamente und mit der Zeit und mit den Leuten geht es vielleicht.“ (Frau, Kosovo)

Diese Frau aus Kosovo hat eine minimale Grundschulausbildung genossen. Da ihr Mann in ihrem Heimatland ein geregeltes Einkommen hatte, gehörte sie dort der Mittelschicht an.

Über alle Nationalitäten hinweg, die bei dieser Befragung vertreten sind, ist das Krankseinskonzept der “Überlegenen Gesundheitstechnologie“ das am weitesten verbreitete und das meist genannte.

6.2.3 “Chronologisches Krankseinskonzept“

Unter dem “Chronologischen Krankseinskonzept“ wird hier die Einstellung der Patienten subsumiert, dass ihre Beschwerden, die allmählich entstanden, mit der Zeit verbessern werden. Diese Haltung entspricht dem deutschen Sprichwort “Zeit heilt Wunden“. Insgesamt fünf Patienten und Patientinnen haben von dieser Art von Zusammenhang zwischen der Zeit und ihrem Kranksein gesprochen. Auffallend ist hier, dass es mehr Frauen als Männer sind, die ein solches “Chronologischen Krankseinskonzept“ haben.

Ein Patient aus Afghanistan erhofft sich mit der Zeit, dass er einen Weg findet, wie er mit seinen Beschwerden umgehen kann:

„Ich muss es sagen, dass sicher gibt eine Hilfe. Das ist so, dass man geht und spricht, es ist nicht, dass sofort es geht alles vorbei. Aber wenn man Probleme hat oder solche Sachen, wenn man redet, sicher vielleicht gibt andere Wege oder Möglichkeiten, wenn mit dem Arzt darüber redet. Oder sie geben mir Vorschläge, muss ich so machen oder so machen, dann finde ich andere Wege. Das vielleicht mit der Zeit, ich weiss, wie muss ich machen, was muss ich machen.“ (Mann, Afghanistan)

Bei dieser Suche nach einem Weg, stützt der Patient sich auf das Reden mit den der Ärzten (Psychiatern), von dem er sich Hilfe erhofft. Er sieht den chronologischen Ablauf der Verbesserung seiner Beschwerden jedoch als langwierig und sieht für sich ein, dass nicht alles sofort vorbei geht.

Dieser junge Mann aus Afghanistan hat in seiner Heimat nur einen minimalen Grundschulabschluss machen können. Er arbeitete im familiären Betrieb und gehörte damit der Mittelschicht an. In der Schweiz weilt er zum Zeitpunkt der Befragung seit viereindrittel Jahren.

Eine Frau aus Kamerun sieht die Besserung ihrer Beschwerden ebenfalls unter dem Aspekt der Zeit. Ihre schlimmen Erlebnisse langsam mit einer Vertrauensperson, ihrem Therapeuten, anzugehen, ist für sie der richtige Weg.

„Und er [der Therapeut des afk Zürich] ist irgendwie auch meine einzige Vertrauensperson, wo ich auch alles erzählen kann. Also es geht jetzt nicht einfach so, und es ist etwas, das langsam also Schritt für Schritt geht... Was ich erlebt habe, das ist ganz, ganz schlimm...Und es geht einfach ganz langsam mit meinem Therapeuten, dass er mir hilft, wieder Vertrauen in mich zu fassen. Aber das geht halt langsam.“ (Frau, Kamerun)

In ihren eigenen Worten fasst diese Patientin den Prozess ihres Krankseins als schrittweises, langsames Vorgehen auf. Grundlage dieses Prozesses ist für sie das Vertrauen.

Eine Frau aus Kosovo bezieht sich ebenfalls auf dieses “Chronologische Krankseinskonzept“, sagt aber gleichzeitig, dass sie nicht weiss, wie eine Besserung vonstatten gehen soll. Sie hat einzig die Hoffnung, dass mit der Zeit sich ändert und sich ihr Gesundheitszustand verbessert:

„Und ich habe gedacht: Ja, wenn es mir mit der Zeit ein bisschen besser geht und ich mit den Leuten ein bisschen Kontakt habe, dann vergesse ich, was alles passiert ist. Oder man ändert irgend etwas. Ich habe mit der Zeit, also irgend etwas konnte mich also... Besser gehen. Aber wie? Ich weiss es nicht.“ (Frau, Kosovo)

Später im Interview widerruft ebendiese Patientin ihr “Chronologischen Krankseinskonzept“ jedoch wieder. Sie sagt aus, dass sich an ihren Beschwerden nichts ändere. Eine in sich sehr ambivalente, zerrissene Ansicht über ihr Kranksein also.

Eine Patientin aus Afghanistan äussert sich dahingehend, dass sie zwar glaubt, dass sich ihre Beschwerden verbessern können (Depression), man das Erlebte aber nicht vergessen kann:

„Ja. Ich glaube nicht, dass das besser wird. Diese Depression vielleicht. Aber das, was im Krieg oder im Gefängnis passiert, ich glaube nicht, dass man das vergessen kann...weil ich konnte nicht vergessen.“

Frage: „Und was passiert damit, was macht man damit, wenn man nicht vergessen kann?“

Antwort: „Man kann nichts machen. Ich konnte nichts machen damit. Man kann nicht etwas machen mit diesen Schwierigkeiten wie: O. k. ich lasse das, was man lange gehabt hat in Afghanistan.“

Frage: „Und was passiert mit diesen Schwierigkeiten, wie geht man damit um?“

Antwort: „Ich lerne damit zu leben. Denn genau wie eine Verletzung, verbessert sich das langsam, langsam. Es geht nie weg, aber ich lerne, damit zu leben.“ (Frau, Afghanistan)

Diese Frau gebraucht dieses Bild von “Zeit heilt Wunden“, indem sie die traumatischen Ereignisse mit einer Verletzung umschreibt, die langsam ausheilt. Einen Weg zur Besserung sieht sie darin, dass sie mit den Beschwerden, bzw.

implizit den Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse, zu leben lernt. Dies ohne vergessen zu wollen, was sie betont und ihr sehr wichtig erscheint.

Diese Frau aus Afghanistan hat einen mittleren Schulabschluss gemacht und war dann im Haushalt tätig. Dank der Arbeit ihres Mannes gehörte sie in ihrem Heimatland der Mittelschicht an. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews seit fünfdreiviertel Jahren in der Schweiz.

Dieser Mann aus der Türkei hat sich von einem Wechsel in die Schweiz eine Besserung seines Gesundheitszustandes versprochen. Dies ist ein örtlicher und nicht zeitlicher Wechsel – in der Äusserung, dass er die traumatischen Ereignisse mit diesem Wechsel vergessen wollte, schwingt aber implizit eine chronologische Vorstellung mit:

„Aber trotzdem, Folter macht Menschen schwach. Ich wollte das nicht. Ich wollte das vergessen sicher. Ich wollte das probieren in der Schweiz, weil in der Schweiz ist es ganz anders.“ (Mann, Türkei)

Im Gegensatz zu der Frau aus Afghanistan will dieser Mann bewusst das Geschehene vergessen. Dadurch erhofft er sich, sein Kranksein, das er den Folgen der Folter zuschreibt (siehe Krankseinskonzept “political economy“), zu überwinden und nicht “schwach“ zu werden.

6.2.4 Krankseinskonzept “political economy“

Vier Männer und drei Frauen, also insgesamt sieben Personen, brachten bei der Befragung ihr Kranksein in Zusammenhang mit der “political economy“ in ihrem Herkunftsland. Dieses Krankseinskonzept wird darum hier “political economy“ genannt. Ob es sich nun um eine anhaltende Kriegs- bzw. Konfliktsituation (“ongoing conflict“) oder ein vergangener Krieg in ihrem Land (“post conflict country“) handelt, ihre Beschwerden sehen diese Patienten jeweils direkt in Bezug zu dieser Situation. So auch ein Patient aus Russland:

*„Ich habe zwei Kriege durchlebt und Leute sterben sehen. Das ist einfach so, dass es jetzt auch so “ausbruchhaft“ dann bei mir gekommen ist [die Beschwerden].“
„[Es ist]...die Situation allgemein. Ich meine das Leben damals im Krieg. Man sieht Opfer. Ich vergleiche die Situation an sich zum Beispiel [damit], wenn man Schach spielt. Man konzentriert sich. Die Umgebung ist so, dass man sich konzentriert. Und so war die Situation damals, dass eine Anspannung ist. Wenn zum Beispiel in der Schweiz Krieg wäre, dann würde man auch sich dauernd Sorgen machen. Das ist auch manchmal, dass ich jetzt, weil ich jetzt in einem friedlichen, sicheren Land, Gesellschaft wohne, dass jetzt plötzlich diese Probleme ausbrechen. Vor einem Jahr, anderthalb, hatte ich zum Beispiel noch keine weissen Haare. Und jetzt jeden Tag kommt ein neues.“ (Mann, Russland)*

Dieser Mann braucht die Metapher des Schachspiels und der dafür erforderlichen Konzentration, um die Anspannung in der Kriegssituation in seinem Heimatland zu charakterisieren. Er erwähnt auch den Kontrast zu seiner Situation heute, in der er sich plötzlich in einem friedlichen Land befindet. In der Schweiz nun brechen seine Beschwerden aus. Diesen Zusammenhang illustriert er mit einer weiteren Metapher:

„Für mich ist es ein bisschen, wie wenn man die Faust anspannen würde, fünf oder zehn Minuten. Wenn man loslässt, hat man einen Schmerz, der nicht mehr weg geht. Ich versuche ein einfaches Beispiel zu bringen, damit Sie's verstehen. Ich habe so lange in dieser Anspannung gelebt, und jetzt ist das anders hier...“ (Mann, Russland)

Das Bild der angespannten Faust setzt dieser Russe gleich mit der Anspannung, die er im Krieg gespürt hat. Nun, da er in Sicherheit ist, kann er loslassen und spürt hier nun seine Schmerzen bzw. Beschwerden, wie bei der für längere Zeit angespannten Faust, wenn man diese löst. Dieser Mann bringt seine Beschwerden somit in einen direkten Zusammenhang mit der "political economy" in seinem Herkunftsland.

Eine Patientin aus Afghanistan plädiert generell im Zusammenhang mit Krankheit darauf, dass die Leute aus Afghanistan Hilfe benötigen. Verantwortlich für das Kranksein macht sie die nun schon lange andauernde Kriegssituation:

„Aber sicher die afghanischen Leute brauchen Hilfe. Ich sage das nicht nur für mich. Die ganzen afghanischen Leute. Wenn sie kommen, 25 Jahre lang war in meinem Land immer, immer Krieg. Sie brauchen Hilfe, sie brauchen Hilfe.“ (Frau, Afghanistan)

Interessant ist, dass diese Frau nicht direkt über sich und den Zusammenhang von Krieg und Kranksein bei ihr spricht. Sie spricht über die "afghanischen Leute" im allgemeinen. An anderer Stelle im Interview erzählt sie, dass ihr Sohn zum Kinderpsychologen musste wegen Problemen in der Schule. Sie erwähnt auch, dass er Probleme gehabt hätte, weil sein Vater im Gefängnis war und sein Onkel von den Taliban umgebracht worden sei. Es stellte sich dann aber heraus, dass der Sohn gesund war und die Mutter Beschwerden hatte. Offenbar war es für diese Frau einfacher, über die traumatischen Ereignisse und dem daraus resultierenden Kranksein Dritter zu sprechen, als von sich selbst zu berichten.

Einen direkten Zusammenhang zwischen dem Krieg in ihrer Heimat und ihrem jetzigen Kranksein macht auch diese Frau aus Bosnien:

„Ja, ich fühle mich nicht gut. Es geht mir nicht gut. Wie es in Bosnien im Krieg war, und jetzt geht es mir nicht gut...ich fühle mich nicht gut, und alles stört mich, und ich bin nicht gut gelaunt. Ja, und wie das im Krieg war, und ich bin krank, und alles stört mich...ich fühlte mich nicht schlecht, aber jetzt wird mir ganz schlecht seit dem Krieg...Ich habe diese Beschwerden, ich habe den Krieg durchlebt. Das weiss ich alles wie es ist... wer dort nicht war, der hat das nicht. Und ich weiss das. Ich war dort und habe das überlebt. Was am schlimmsten ist, das habe ich überlebt.“ (Frau, Bosnien)

Diese Frau betont, dass es ihr vor dem Krieg gut gegangen sei, sie ein anderer Mensch gewesen sei. Seit sie aber den Krieg überlebt hat, beschreibt sie sich als übel gelaunt, reizbar und krank. Ihrer Meinung nach hat sie diese Beschwerden, weil sie den Krieg durchleben musste.

Ein Patient aus dem Iran, ein Akademiker, betrachtet kritisch seine Situation im Herkunftsland und die Gründe, warum er sich dagegen gewehrt hat:

„Jeder Mensch hat eine Idee. Also zum Beispiel, ich sage für mich selber, also ich bin ein richtiger Iraner. Und dort, in unserem Land habe ich keine Rechte. Verstehen Sie, was ich meine? Und dort, also ich überlege mir, ich bin innerlich vom Iran und ich habe keine Rechte im Iran... ich muss also versuchen, warum ich habe keine Rechte dort. Und dass, ich habe eine Idee gehabt, und ich habe bis zum Ende gemacht, und ich habe meine Gesundheit verloren dort [im Gefängnis].“ (Mann, Iran)

Das politische Engagement dieses Mannes im Iran wird von ihm ideologisch begründet. Dieser Ideologie ist er seinen Worten nach “bis zum Ende“ gefolgt. Er kam ins Gefängnis und hat dort seine Gesundheit verloren. Sein Kranksein bringt auch dieser Patient in einen direkten Zusammenhang mit der “political economy“ seines Heimatlandes.

Eine Patientin aus der Türkei sagt ganz direkt, dass ihre Beschwerden von der Unterdrückung in ihrem Heimatland herrühren:

„Früher hatte ich so etwas [Beschwerden] nicht. Ich war energisch, also ich wollte durchgehend arbeiten, dachte nicht an essen und trinken. Wenn ich mich an die Arbeit machte, wollte ich es erledigen. Nach diesen Erlebnissen: Unterdrückung, die Verwandtschaft, Familie, Geschwister... Wir wurden erniedrigt, beschimpft seit Jahren. Auch unsere Häuser wurden zerstört. Seit Jahren geht das so weiter. Nachdem ich dieses Leid von meinen beiden Brüdern miterleben musste - ich selber wurde auch unterdrückt - fingen diese Schmerzen an. Es kommt von diesen Erlebnissen: Unterdrückung.“ (Frau, Türkei)

Gleich wie die Patientin aus Bosnien schildert diese Frau aus der Türkei ihre gute Gesundheit und Tatkraft vor den traumatischen Erlebnissen. Die Unterdrückung und Erniedrigung ihrer Familie wie auch ihrer selbst hätten dann die chronischen Schmerzen hervorgerufen, an denen sie heute leidet. Dazu ist anzumerken, dass diese Frau der kurdischen Minderheit in der Türkei angehört.

Diese Frau ist Analphabetin, hat in ihrem Heimatland im familiären Betrieb als Bäuerin gearbeitet und gehörte dort der Unterschicht an. Sie ist beim Interviewtermin seit etwas mehr als einem Jahr in der Schweiz.

Direkt beim Namen nennt ein Patient aus Kosovo das politische System, die “political economy“, in seinem Herkunftsland, die ihn seiner Meinung nach krank gemacht hat:

„Dieses System ist schon so, dass es mich schnell kaputt machte. Und dann hat es mir halt auf den Kopf und den Körper geschlagen. Das System des Kommunismus in Ex-Jugoslawien.“ (Mann, Kosovo).

Es handelt sich dabei um das kommunistische Regime in Kosovo in Ex-Jugoslawien. Der Mann behauptet, dieses habe ihn “kaputt“ gemacht. Er hatte sich mit einer Gruppe Gleichaltriger zu seiner Schulzeit gegen dieses Regime aufgelehnt und kam daraufhin ins Gefängnis.

Ein Mann aus der Türkei gibt ebenfalls an, dass seine Beschwerden von seiner Zeit im Gefängnis herrühren. Er nennt auch die Folter im Gefängnis, der er als Gefangener ausgesetzt war klar beim Namen. Auch die Willkür dieser Folter, die nicht etwa dazu diente, Informationen oder Geständnisse zu erpressen, benennt er:

Frage: „Ihre Beschwerden, wie erklären Sie sich das? Woher kommen sie? Die Ursache von Ihren Beschwerden?“

Antwort: „Ja, ich war das letzte Mal zwölf Jahre im Gefängnis geblieben. Das war in dieser Militärzeit. Im Jahr 1980 war der militärische Schlag [Türkei]... Ja. Und ich war damals im Gefängnis seit ein paar Monaten. Und sie haben regelmässig, ja bis ich frei bin, Folter gemacht. Ja, nicht um bestimmte Sachen zu wissen. Sie fragten uns nicht im Gefängnis. Sie wollten es [die Folter] nur machen. Und wegen dem habe ich ja...“

Frage: „...diese Beschwerden, die Sie haben?“

Antwort: „Ja, wegen Folter war ich lange Zeit hoffnungslos. Ich habe damals gesagt, ich werde hier im Gefängnis sterben.“(Mann, Türkei)

Die Folter habe ihn “hoffnungslos“ (eine seiner Beschwerden) gemacht. Sein Kranksein sieht auch dieser Patient als direkte Folge des militärischen Schlages in seiner Heimat und der “political economy“.

6.2.5 Selten genannte Kategorien von Krankseinskonzepten

Unter dem Titel “selten genannte Kategorien von Krankseinskonzepten“ werden die Krankseinskonzepte subsumiert, die rein numerisch selten von den befragten Patienten des afk Zürich genannt wurden. Drei der Krankseinskonzepte finden sich auch in der Literatur. Es sind dies das Krankseinskonzept “Schuld“, das Krankseinskonzept “Ahnengeister, Heilige und Götter“, so wie das Krankseinskonzept “Seelenverlust“. Alle weiteren hier aufgeführten Krankseinskonzepte wurden empirisch in den Daten der Interviews gefunden und nach dem ihnen innewohnenden, zentralen Phänomen benannt.

6.2.5.1 Krankseinskonzept “Schuld“

Das Krankseinskonzept der “Schuld“ beruht auf der Ansicht, dass Krankheit durch schuldhaftes Verhalten des Kranken selbst, eventuell aber auch naher Familienangehöriger verursacht worden ist. Zu dieser Kategorie wird auch die Angst und das Wissen um eine strafende Macht, die das schuldhafte Verhalten ahndet, gezählt (Schuler, 1997:27).

Dieses Krankseinskonzept zeigt sich bei insgesamt drei der befragten Patienten. Sie geben sich auf die eine oder andere Art selbst die Schuld, an ihrem Unglück. Ein Mann aus dem Iran nimmt die Schuld an seinem politischen Engagement, weswegen er ins Gefängnis gekommen ist und nun Beschwerden hat, auf sich:

„Manchmal glauben Sie mir, ich habe solche Schmerzen, ich wünsche mir zu sterben. Aber, trotzdem also ich denke nach, ja, du warst selber schuld, du hast das getan.“ (Mann, Iran)

Dieses schuldhafte Verhalten, das zu seinem Kranksein (“illness“) geführt hat, bringt er jedoch nicht in Verbindung mit einer strafenden Macht.

Ein Mann aus Kosovo beschreibt, dass ihm seine “Probleme“, wie er seine Beschwerden nennt, selbst Angst machen. Wenn er auf seine angeschlagene Gesundheit angesprochen wird, wie zum Beispiel von einem Lehrer eines Bewerbungskurses, fühlt er sich schuldig:

*„Ich habe selber Angst, dass etwas passiert. Und ich sehe bei mir Probleme gekommen sind. Früher habe ich immer Fussball gespielt und alles. Und jetzt: ich telefoniere und ich bin aggressiv. Und wenn die Probleme passieren, passieren sie in der Familie. Und nachher war ich bei der Anmeldung beim RAV [Regionales Arbeitsvermittlungsamts] und mich hat ein Lehrer gesehen. Schon habe ich einen Bewerbungskurs gemacht. Er fragte: Ja was hast du für Probleme? Ich sagte: Nichts. Ich wollte das nicht erzählen. Er sagte: Bitte. Bitte geh zum Arzt und schau, dass du wieder gesund wirst. Ich fragte mich, bin ich schuldig und irgendwie das.“
(Mann, Kosovo)*

Der Mann fragt sich, ob er für sein Kranksein schuldig ist und wendet damit das Krankseinskonzept der “Schuld“ auf seine Person an.

Eine Frau, auch aus Kosovo, erzählt vom Krieg in ihrem Heimatland und ihren Schuldgefühlen:

„Manchmal denke ich, ich bin schuld an allem. Weil wir waren weg und mein Mann, er hatte also, er konnte nicht retour. Aber ich habe gesagt: Ja, ich gehe retour, wegen der Kinder, wegen der Schule. Und die haben sowieso ein Jahr [in der Schule] fast verloren. Und dort gehen ein paar Kinder in die Schule. Und es hat ein bisschen Leben. Also wenn man hört vom Krieg überall... Dieses Dorf wir haben ein [ethnisch]gemischtes Dorf. Und das war ein bisschen wie normal. Das war nicht ganz normal, aber...“

Frage: „Und Sie sind zurück ins Dorf gegangen?“

*Antwort: „Ja. Und als ich dort war, am Anfang, die Kinder also, die haben nicht den ganzen Tag Schule. Die gehen zwei Stunden, dann sind sie retour. Und nachher ist das Schlimmste gekommen. Dann ist mir das passiert. Und ich verzeige mich eigentlich selbst. Weil ich habe Schuld für das. Weil ich unbedingt retour wollte. Obwohl mein Mann gesagt hat: Nein, geh nicht retour, bleib noch ein bisschen.“
(Frau, Kosovo)*

Diese Frau gibt sich die Schuld an ihrem traumatischen Erlebnis. Dieses Erlebnis spricht sie indirekt an, aber wir können erahnen, dass ihr Schlimmes widerfahren ist. Später im Interview bezieht sie sich bei der Schilderung ihren heutigen Beschwerden immer wieder auf dieses Ereignis. Sie gibt sich ganz klar nicht nur die Schuld an ihrem Verhalten, sondern auch die Schuld an ihrem Kranksein.

6.2.5.2 Krankseinskonzept “Ahnengeister, Heilige und Götter“

Die Erklärung von Krankheit durch “Ahnengeister, Heilige und Götter“ verweist über den physiologischen Prozess hinaus auf die Bedeutung der Familie und der Gruppe. Dieses Konzept verbindet individuelle und gesellschaftliche Komponenten, in dem diese Instanzen (Ahnengeister, Heilige und Götter) als Kontrollinstanzen für gesellschaftliches Wohlergehen operieren (Pfleiderer et al., 1995:22).

Als solche “Kontrollinstanz“ für ihr Wohlergehen bzw. ihr Wohlempfinden empfindet eine Patientin aus Kamerun ihren Therapeuten des afk Zürich. Sie empfindet ihn wie eine Art Bruder, jemand aus ihrer Familie, was auch auf dieses Krankseinskonzept “Ahnengeister, Heilige und Götter“ hinweist:

„Und ich habe oft sehr starke Ängste. Und er [der Therapeut] hilft mir da, er gibt mir Mut. Also zum Beispiel wenn ich alleine zu Hause bin und Angst habe, dann... In meinem Kopf stelle ich mir dann vor, dass er auch im Raum irgendwo ist, und dann gibt mir das Mut, und dann kann ich schlafen. Und er gibt mir diesen Mut, weil er mich..., er konnte mich wieder zum Menschen machen, mich mir wieder selbst zurück geben.“ (Frau, Kamerun)

Was die Patientin hier beschreibt, ist eine Introjektion der Person des Therapeuten. In Psychotherapie nennt man dies auch “den inneren Begleiter“. An eine fast magische Kontrollinstanz des Therapeuten für die Patientin erinnert auch diese Äusserung:

„Und ja ich hab schon das Unmögliche von ihm verlangt. Ich wollte auch ein Foto von ihm , damit er bei mir immer ist. Und dann hat er gesagt: Das geht nicht. Und dann hat er das [zeigt einen Zettel] geschrieben: „Haben Sie keine Angst.““ (Frau, Kamerun)

6.2.5.3 Krankseinskonzept “Balance-Modell“

Von Krankheit und Gesundheit als einem fließenden Übergang, von einem dynamischen Gleichgewicht von Krankheit also, sind bereits die alten Griechen ausgegangen (z. B. Hippokrates von Kos): „...inner – wie aussermenschliche Natur (Physis) ist ... Harmonie und Gleichgewicht.“. Diese Vorstellung von Kranksein als “Balance-Modell“ zeigte sich auch bei einem befragten Patienten des afk Zürich.

Ein Mann aus dem Sudan sieht sein psychisches Gleichgewicht gestört. Er sieht sich auf sich selbst zurückgeworfen und in sich “eingeschlossen“:

Frage: „Was glauben Sie, machen diese Beschwerden mit dem Patienten? Wie funktioniert das?“

Antwort: „Natürlich, wenn eine Person alleine ist, [hat sie] kein Gefühl, keine Lust zu leben. Dann macht sich ein starker Pessimismus breit. Ein Kreis [Patient zeichnet mit Finger Kreis in die Luft]. Sie [die Person] zieht sich zurück auf sich selbst.“ (Mann, Sudan)

„Ich hatte keine Probleme mit Menschen umzugehen. Meine Ziele waren klar. Jetzt bin ich nur eingeschlossen, habe kein Vertrauen in die Menschen, kein Ziel. Eine dunkle Zukunft. Früher war es ruhig. Ich hatte mein psychisches Gleichgewicht. Jetzt herrscht Chaos, Unruhe in mir.“ (Mann, Sudan)

Dieses Chaos, diese Störung des psychischen Gleichgewichtes wird noch verstärkt durch die Auffassung von Individuum und Gesellschaft, die dieser Mann zeigt.

„Ich möchte in Harmonie mit (der neuen) Gesellschaft leben. Ich möchte mich wohlfühlen.“ (Mann, Sudan)

Dieser Patient fühlt sich alleine, in sich eingeschlossen und nicht in dem von ihm angestrebten Zustand der Harmonie, des Gleichgewichtes mit der neuen Gesellschaft in der Schweiz. Den Weg hin zu dieser Integration aufzuzeigen, betrachtet er dann auch als die Aufgabe des Psychiaters und erhofft sich dadurch einen Neubeginn:

„Wenn eine Person keine Hilfe bekommt – zum Beispiel wie hier in der Schweiz oder von Fachpersonen wie Dr. med. Maier, die den Weg frei machen und die Beschwerden in einer wissenschaftlichen Art erklärt, wird der Verlauf [der Beschwerden] bei dieser Person lange sein. Wenn man Hilfe bekommt geht es kurz – nach meiner Meinung – dann schaut die Person dazu, mit der neuen Gesellschaft in Harmonie zu sein. Sie beginnt neu, ein neues Leben.“ (Mann, Sudan)

Den Weg hin zur Integration in eine neue Gesellschaft und der Beseitigung der Beschwerden sieht dieser Mann aus dem Sudan in einer wissenschaftlichen Erklärung seiner Symptomatik. Hier klingt ein anderes Krankseinskonzept an, das bei dieser Person offenbar parallel besteht: das Krankseinskonzept der “überlegenen Gesundheitstechnologie“ der westlichen Wissenschaft.

6.2.5.4 Krankseinskonzept “Seelenverlust“

Als “Seelenverlust“ wird die Denkfigur definiert, die den Verlust einer Seele, die zu einer bestimmten Symptomatik führt, meint. Dabei beruft sich diese Denkfigur nicht unbedingt auf die christliche Vorstellung einer einzigen Seele, es kann je nach Kultur auch von einer Mehrzahl von Seelen ausgegangen werden (Pfleiderer et al., 1995:26).

Eine der in dieser Studie befragten Personen zeigte diese Vorstellung des “Seelenverlustes“ als Krankseinskonzept. Sie drückt diesen Umstand in seinen eigenen Worten so aus:

„Vor allem ich denke, dass ich habe alles verloren. Alles ich habe verloren, also... ich habe mich verloren.“

Frage: „Als Person?“

Antwort: „Ja, als Person. Ich habe manchmal so Schmerzen, dass ich mir wünsche, ich würde sterben... Und eben also Gesundheit und denke eben auch wegen die Ungerechtigkeit, die ist dort und so, meine Familie.“ (Mann, Iran)

Dieser Patient hat manchmal das Gefühl, sich selbst als Person zu verlieren. Dann nennt er die Schmerzen, unter denen er leidet, und spricht von seinen Todeswünschen in diesen Momenten. Der Verlust der Seele, der Person bis hin zum Selbstmordgedanken. Ob dieser Vorgang, den der Patient beschreibt, im klassischen Sinne die Denkfigur des “Seelenverlustes“ nach Pfleiderer et al. (1995:26) entspricht, bei der zuerst der “Seelenverlust“ erfolgt und dann die Symptomatik resultiert, ist fraglich. Was bei diesem Patienten zuerst war, der “Seelenverlust“ oder die Schmerzen, die ihn dann zu Selbstmordgedanken und zu einem Gefühl der Auflösung seiner Person führen, bleibt unklar. Interessant ist, dass das Gefühl des Verlustes, bis hin zum Verlust der eigenen Person, der “Seelenverlust“, benannt wird.

Bei einer Frau aus Kamerun zeigt sich dieses Gefühl, diese Vorstellung des Verlustes ihrer Person so:

„Und auch jetzt gibt es Momente, da geht es mir gut, besser, schlechter. Und es ist sehr seltsam, was mit mir abgeht. Und oft erkenne ich mich selber auch nicht. Das ist... Ich bin... Ich erkenne meine Person nicht mehr, also mich als Person nicht mehr.“ (Frau, Kamerun)

Diese Frau erkennt sich selbst als Person nicht mehr. Diesen Vorgang empfindet sie als sehr befremdend. Ob dies gleich als "Seelenverlust" oder aber als drastische Veränderung der eigenen Persönlichkeit gewichtet werden soll, bleibt dahingestellt. Die Patientin schildert diesen Vorgang jedoch, ähnlich wie der zuvor zitierte Patient, als phänomenologisch erlebter Verlust ihrer selbst. In diesem Sinne kann hier von einem Krankseinskonzept des "Seelenverlustes" ausgegangen werden.

6.2.5.5 Krankseinskonzept "Biographie"

Das Krankseinskonzept "Biographie" oder auch "Schweres Leben", wie man es nennen könnte, hat einer der Patienten des afk Zürich sehr betont. Er sieht sein Kranksein als Resultat einer Verstrickung von unglücklichen Ereignissen in seinem Leben. Das Kranksein wird hier also auf einem biographischen Hintergrund in der Dimension der gesamten Lebensspanne betrachtet.

„Ich habe ein schweres Leben gehabt. Schon am Anfang. Meine Mutter ist früh gestorben, und dann hat mein Vater meine Stiefmutter geheiratet. Und so hatte ich ein hartes Leben. Und in der Schule hatten wir eine Gruppe wegen des Systems. Wir wollten mehr Rechte. Ich war mit fünf Kollegen, wir waren politisch... Wir sind verhaftet worden. Da hat die Polizei mich verhaftet und ich bin bestraft worden. Zwei Jahre. Ich bin viel geschlagen worden. Es ist eine harte Strafe gewesen. Die Isolation. 120 Tage war ich ganz alleine [Isolationshaft]. Eine harte Strafe! Und alles, die ganzen zwei Jahre war ich in einem kleinen Zimmer mit vier, fünf Personen. Aber 120 Tage war ich alleine. Und ich bin viel geschlagen worden. Nach zwei Jahren wurde ich dann entlassen. Ich versuchte wieder weiter etwas zu arbeiten, wie vor der Gefangenschaft. Und ich dachte, ja, für mich ist es schwer. Und dann dachte ich, ich muss etwas tun. Entweder kann ich mich umbringen, oder ich muss das Land verlassen. Nach sechs Monaten habe ich beschlossen, das Land zu verlassen. Und dann bin ich in die Schweiz gekommen.“ (Mann, Kosovo)

Dieses kumulative Zusammenkommen von schwerer Kindheit, Gefangenschaft und dem Exil fasst der Patient in einem zweiten Anlauf so zusammen:

„Ich habe gearbeitet, ich hatte nie Probleme, ich wurde nie betriebe...“

Frage: „Ja, und dann plötzlich ist das [die Beschwerden] gekommen?“

Antwort: „Ja, und weil ich zwei Jahre gefangen war,... politische Probleme und so.“

Frage: „Und Sie haben das Gefühl, das habe mit Ihren Beschwerden etwas zu tun, dass Sie gefangen waren?“

Antwort: „Ja, ich weiss nicht. Alles kommt zusammen. Ein Kind, das ohne Mutter aufwächst, nur mit der Stiefmutter und nie richtig glücklich ist, zufrieden, und dann war ich gefangen. Und als ich rauskam war ich alleine und niemand war da... und dann 13 Jahre Nachtschicht [bei der Arbeit in der Schweiz] und so... Mein Kopf funktioniert nicht. Wie ein Sack voll Abfall!“ (Mann, Kosovo)

Etwas fraglich bleibt bei diesem Krankseinskonzept "Biographie", ob das Konzept der eigenen Vorstellung dieses Patienten entsprungen ist, oder aber in der Therapie mit dem Psychiater des afk Zürich gemeinsam erarbeitet worden ist. Dieser Zweifel ist angebracht, da die Sprache wie auch Selbstreflexion des betreffenden Mannes im Interview eher einfacher Natur waren. Nichts desto trotz war er der festen Überzeugung, dass seine schwere Vergangenheit wesentlich zu seiner jetzigen

Erkrankung beigetragen hat. Er verwendete für diesen Umstand sehr starke Bilder, wie dass er sich zum Beispiel als "ein Sack Abfall" fühlt.

6.2.5.6 Krankseinskonzept "Schicksal"

Beim Krankseinskonzept, das hier als "Schicksal" bezeichnet wird, könnte man auch von "Fatalismus" sprechen. Diese Vorstellung von Krankheit geht dahin, dass das Leben der Menschen bereits vorbestimmt sei und somit auch Gesundheit und Krankheit vorbestimmte Ereignisse sind. Der Mensch selbst hat keinerlei Einfluss auf solcherlei Ereignisse und nimmt sie als vom Schicksal gegeben hin. In der vorliegenden Studie hat sich eine Person zu Krankheit in dieser Richtung geäußert. Diese Frau aus Bosnien bringt einerseits ihre Erkrankung in Zusammenhang mit dem Krieg (Krankseinskonzept "political economy"), sieht ihre Beschwerden als eine Folge der Kriegserlebnisse an:

„Ja, ich habe diese Beschwerden, ich habe den Krieg durchlebt. Das weiss ich alles wie es ist und wie... Wer dort nicht war, der hat das nicht. Und ich weiss das. Ich war dort und habe das überlebt.“ (Frau, Bosnien)

Andererseits spricht sie davon, dass es vielleicht "Schicksal" war, den Krieg zu überleben:

„Ja, da gab es auch Granaten jeden Tag vielleicht 500 und mehr. Vielleicht war es Schicksal, dass man das überlebt. Ja, und aus dem Haus, also wir haben zwei Häuser gehabt. Und wir hatten unsere Häuser und das Land, und jetzt hast du nichts. Jetzt hast du nichts ausser dem Leben, das du hast. Alles ist kaputt in Bosnien.“ (Frau, Bosnien)

Insofern ist der Zusammenhang, den diese Person zwischen Kranksein und "Schicksal" herstellt nur indirekt. Nichts desto trotz ist es interessant, dass das "Schicksal" in diesem Zusammenhang erwähnt wird.

6.2.6 Fazit

Das Konzept der "Überlegenen Gesundheitstechnologie" ist das unter den befragten Patienten am weitesten verbreitete und meist genannte Krankseinskonzept. An zweiter Stelle kommt das "Chronologische Krankseinskonzept" und das Krankseinskonzept der "political economy". Die Krankseinskonzepte, die unter dem Titel "selten genannte Kategorien von Krankseinskonzepten" subsumiert werden, werden nur von einigen wenigen oder nur von einer Person genannt. Es ist jedoch aus den empirischen Daten insgesamt eine breite Palette an Krankseinskonzepten erschliessbar.

Des weiteren zeigt sich in den Resultaten, dass bei einer und derselben Person nicht nur ein Krankseinskonzept ("concept of illness") vorherrscht. Im Gegenteil: Es können mehrere Krankseinskonzepte parallel bei einer Person auftreten, die sich überschneiden. Um nur ein Beispiel zu nennen: Bei einem Patienten aus dem Iran, einem Akademiker, zeigt sich sowohl das Krankseinskonzept der "Überlegenen Gesundheitstechnologie" in Verbindung mit dem Krankseinskonzept der "political economy". Gleichzeitig empfindet der Patient sein Verhalten als schuldhaft, hat also ein also ein Krankseinskonzept der "Schuld". Dann zeigt sich weiter bei eben diesem

Mann auch die Empfindung des Verlustes der eigenen Person, das Krankseinskonzept des "Seelenverlustes".

Dann gibt es aber auch sehr individuell geprägte Krankseinskonzepte, die nur bei einzelnen Patienten Erwähnung finden. Die Patientin aus Kamerun hat als Einzige eine Erklärung von Krankheit durch "Ahnengeister, Heilige und Götter". Einzig der Mann aus dem Sudan spricht von seiner Vorstellung von Kranksein als "Balance-Modell". Bei dem Mann aus Kosovo herrscht die Überzeugung vor, dass sein Kranksein mit seiner "Biographie" bzw. seinem schweren Leben zu tun hat. Die Frau aus Bosnien ist allein davon überzeugt, dass ihr Überleben im Krieg und dann auch die durch den Krieg verursachten Beschwerden (Krankseinskonzept "political economy") dem "Schicksal" zu verdanken sind. Diese selten genannten Kategorien von Krankseinskonzepten sind dann bei der jeweiligen Person aber vorherrschend und zeigen sich an verschiedenen Stellen des Interviews. Diese Personen lassen sich so zu sagen durch dieses eine, vorherrschende Verständnis von Kranksein charakterisieren.

6.3 Krankseinskonzepte und Lebenssituation

6.3.1 Professioneller vs. volkstümlicher Sektor

Die bis dahin erfassten Resultate befassten sich ausschliesslich mit medizinischen bzw. psychiatrisch-psychologischen Hilfeleistungen. Diese Hilfeleistungen können nach Kleinman (1980) dem professionellen Sektor zugeordnet werden⁶. In diesem Abschnitt soll nun auch ein Augenmerk auf den von Kleinman als "volkstümlich" bezeichneten Sektor geworfen werden. Erfragt wurden die sowohl im Herkunftsland als auch in der Schweiz tatsächlich in Anspruch genommenen Hilfeleistungen.

Die Antworten der Patienten und Patientinnen fielen in diesem Punkt recht kärglich aus. Abgesehen von medizinischen Hilfeleistungen hatten die wenigsten Hilfe im volkstümlichen Sektor gesucht. Direkt darauf angesprochen, ob es in Ihrem Heimatland Leute gebe, die zu Heilern etc. gehen, bejahten einige von ihnen dies. Die meisten wiesen aber weit von sich, dass sie persönlich an solche "Heiler" glauben würden.

Vornehmlich die Patienten mit einer höheren Bildung verwiesen darauf, dass das einfache Volk aus Unwissen oder Geldmangel solche "Heiler" oder "Magier" (in Afrika) aufsuchen würden. Sie gaben sich selbst jedoch als westlich aufgeklärt. Bei Krankheit würden sie ausschliesslich einen professionellen Arzt aufsuchen.

Frage: „Gibt es so alternative Heiler im Sudan?“

Antwort: „Ja, viele, viele, viele... Vor allem die Analphabeten gehen da hin. Wir nennen das unterste Niveau „Analphabeten,,. Auch die, die nicht so bewusst sind und nicht an die neue Medizin glauben, gehen da hin. Sie glauben an diese Macht... Ich glaube nicht an Magie.“ (Mann, Sudan)

Von diesem Mann hier aus dem Sudan wird der Besuch von Heilern und Magiern in Verbindung gebracht mit Analphabetismus. Ein Mann aus dem Iran bringt Heiler bzw. Imame zudem mit der dörflichen Kultur in Verbindung:

⁶ Siehe Kapitel 3.3

„Ja, es gibt bei uns auch in Dörfern oder so [Heiler]. Aber ich glaube nicht daran. Es gibt auch solche, so Aberglauben oder dass man sagt ja oder gehst du in diese Imam oder so besuchen, [z. B. bei einem] Begräbnis, dann hilft dir. Aber ich habe nie geglaubt und ich würde auch nie machen.“ (Mann, Iran)

Ein gebildeter Mann aus der Türkei bringt das Aufsuchen von islamisch religiösen Männern (“Hocas“) bei Krankheit in Zusammenhang mit der Religion. Vor allem religiöse, fundamentalistische Frauen würden solche “Hocas“ aufsuchen. Auch wenn ein Spital nicht aufgesucht werden kann, würden solche volkstümlichen Methoden eher konsultiert. Er selbst betrachtet die wissenschaftlich, westlich-medizinische Methode als die beste und betrachtet eine solche Haltung als rückständig:

„Natürlich ist die wissenschaftliche Methode die beste. Aber wenn die Menschen an eine andere Methode glauben, suchen sie nicht einen Arzt auf oder ärztliche Methoden. Das ist für die Türkei schlecht. Aber es gibt viele Menschen, die das andere suchen ... ich glaube, ja, Religion, wegen der Religion glauben sie das. Und zum Beispiel die Frauen, religiöse, fundamentalistische Frauen: Zu einem Arzt gehen sie nicht. Sie gehen nur zu Frauen, zu einer Ärztin. Oder sie gehen überhaupt nicht. Und wenn die Menschen nicht in normale Spitäler gehen können, suchen sie nach anderen Möglichkeiten.“ (Mann, Türkei)

Auf “Heiler“ angesprochen gab dann auch nur eine Frau aus Bosnien mit wenig Bildung an, einen solchen “Heiler“ bzw. “Hoca“ (geistlicher muslimischer Heiler) aufgesucht zu haben. Sie unterschied aber für sich genau, bei welchen Gebrechen ein “Hoca“ helfen könne und zuständig sei und bei welchen Krankheiten ein Arzt aufgesucht werden sollte.

„Ja, man geht zum Hoca wenn etwas ist, aber er kann nicht operieren, also irgendwelche Operationen, zum Beispiel die Wirbelsäule und das Bein, wenn es eine Operation ist. Und ich bin schon zu ihm hin gegangen nach der Operation, und dann hat er gesagt: „Warum hast du dich operieren lassen?“ Ja, was soll ich machen: er kann mich nicht heilen. ... man kann schon zu ihm gehen, aber zum Beispiel: Galle, Wirbelsäule, da kann er nichts machen. Wenn du zum Beispiel die Augen operierst: Das geht ohne Arzt nicht.“ (Frau, Bosnien)

Eine Frau aus Kamerun berichtet davon, dass ihre Familie und sie selbst nicht zu solchen “Heilern“ gehen würden, da sie christlich seien. Sie würden bei einem grossen (gesundheitlichen) Problem in die Kirche gehen. Eine andere Frau aus Afghanistan glaubt nicht an “Heiler“. Sie berichtet davon, dass wegen des Krieges allgemein ganz selten ein Arzt aufgesucht wird.

Zusammengefasst kann man sagen, dass neben Hilfeleistungen im professionellen Gesundheitssystem kaum andere volkstümliche Hilfeleistungen von den befragten Patienten in Anspruch genommen wurden.

Kritisch angemerkt sei, dass eventuell das Setting des Universitätsspitals nicht geeignet war, um eingehender Auskunft über den volkstümlichen Sektor zu erlangen. Das Aufsuchen eines “Heilers“ könnte Scham besetzt und von den Befragten als sozial nicht erwünscht im medizinisch-universitären Rahmen empfunden werden. Es könnte also bei dieser Fragestellung eine Verzerrung im Sinne der sozialen Erwünschtheit vorliegen.

6.3.2 Hilfe im Bereich der realen Lebenssituation

Hilfe im Bereich der realen Lebenssituation, das heisst sowohl im Bereich medizinischer bzw. psychiatrisch-psychologischer, als auch anderer Hilfeleistungen⁷, wurde während der Befragung auch spontan von den befragten Patienten und Patientinnen erwähnt. Um die Erwartungen der befragten traumatisierten Migranten und Migrantinnen nach nicht-medizinischen Hilfeleistungen in der momentanen Lebenssituation zu erfassen, muss daher ein Blick auf die jeweiligen Interviews als Ganzes geworfen werden.

Wenn von "nicht-medizinischen Hilfeleistungen" gesprochen wird, ist das hier in einem materiellen bzw. juristischen Bereich gemeint, dem Bereich ihrer realen Lebenssituation, wie es in Hypothese 6 formuliert ist⁸. Es geht in diesem Bereich nicht um eine einzelne Frage nach Hilfen in der aktuellen Lebenssituation, die in diesem Sinne gestellt bzw. beantwortet worden wäre, sondern um eine Gesamteinschätzung der Lebenssituation.

6.3.2.1 Im Heimatland in Anspruch genommene Hilfeleistungen

Es kann allgemein gesagt werden, dass die Befragten kaum von anderen Hilfeleistungen in ihrem Heimatland als denen eines Arztes berichten. Es wurden sehr wenig Aussagen diesbezüglich gemacht.

Ein Mann aus Bosnien berichtet von einem allgemeinen Ambulatorium, das er nach dem Krieg wegen seinen Beschwerden aufgesucht hat.

„Aber nach dem Krieg, ein mal bin ich [in Bosnien] in ein Ambulatorium gegangen. Ich habe gespürt, dass es mir nicht gut geht. Weil mir solche Art von Hilfe [Psychotherapie] unbekannt war, ging ich in ein Ambulatorium, wo ich nicht ein Verständnis fand. Ich bin von dort vertrieben worden. Wenn ich 20 bis 30 D-Mark gehabt hätte, um der Ärztin zu geben, dann wäre ich behandelt worden.“ (Mann, Bosnien)

In diesem Ambulatorium traf er seiner Aussage nicht auf Verständnis für seine Beschwerden und ist nicht behandelt worden, weil er kein Schmiergeld hatte.

Eine Frau aus Bosnien wurde in einem öffentlichen Spital operiert. Ihre Beschwerden auf Grund ihres Kriegstraumas waren in diesem Zusammenhang im diesem Spital offenbar kein Thema. Eine Frau aus Afghanistan schildert den Zugang zu einem Arzt oder Spital wegen des Krieges als sehr erschwert:

„Aber es ist auch so, dass ich auch dort in dieser Situation ich konnte nicht rennen für jede Sache zum Arzt. Weil dort waren so viele verletzt wegen dem Krieg oder so, da konnte man nicht wegen irgend etwas zum Arzt gehen. Es ist so, wissen Sie, eine grosse Stadt ist. Und diese grosse Stadt hat nur einen Spital gehabt, nur einen. Alle Verletzten waren darin, auch schwangere Frauen oder die Leute, die operiert werden mussten. In diesem Spital gab es auch keine Möglichkeiten, keine Elektrizität. Darum, wenn jemand etwas gehabt hat, ist er lieber nicht gegangen. Und die, die gut

⁷ Siehe Leitfadenfragebogen im Anhang 2 unter "III Hilfeleistungen"

⁸ Siehe Kapitel 4.1

situiert waren, haben versucht in einem Spital im Iran oder in Pakistan zu gehen. Wenn es möglich war.“ (Frau, Afghanistan)

Eine Frau aus der Türkei hat mit ihren Beschwerden nach traumatischen Ereignissen einen allgemeinen Arzt aufgesucht. Dieser hat ihr Medikamente verschrieben. Sie ging zu diesem Zeitpunkt noch von rein somatischen Beschwerden aus.

Es zeigt sich, dass in der Situation von Krieg und Flucht ein Arztbesuch für die befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich kaum möglich war. Die Patienten und Patientinnen scheinen in ihrem Heimatland auch noch eher von somatischen Beschwerden ausgegangen zu sein. Wie die Resultate zu Hypothese 1⁹ zeigen, wurden sie erst in der Schweiz mit der Möglichkeit eines psychischen Leidens konfrontiert. Auf psychiatrisch-psychologische Probleme spezialisierte Institutionen gibt es im Herkunftsland der Patienten entweder nicht, oder die bestehenden psychiatrischen Einrichtungen sind mit einem starken Stigma behaftet und werden darum nicht aufgesucht.

6.3.2.2 In der Schweiz in Anspruch genommene Hilfeleistungen

Tabelle 7 gibt einen Überblick über alle von den befragten Patienten und Patientinnen des afk genannten Hilfeleistungen, die sie in der Schweiz in Anspruch genommen haben.

Die genannten Instanzen, die von den Patienten und Patientinnen um Hilfe angegangen wurden, entstammen einerseits dem medizinisch-therapeutischen Bereich. Das afk als Hilfeinstanz wurde andernorts in dieser Studie behandelt und somit hier nicht aufgeführt. Als Kategorie "Psychiater" wurde die Situation bezeichnet, wenn die Patienten erwähnten, von einem anderen Psychiater einmalig gesehen und ins afk überwiesen worden zu sein. Andererseits werden auch soziale Institutionen wie Hilfsorganisationen oder eine Sozialarbeiterin genannt. Diese Institutionen bieten Hilfe in materiellen Belangen. Als Drittes wird der arbeitsmarktliche Bereich erwähnt mit Schulungsmöglichkeiten, regionaler Arbeitsvermittlung (RAV) und Gewerkschaft. Als Viertes wird der rechtlich-juristische Bereich genannt mit der Erwähnung eines Anwaltes, des BFM (Bundesamtes für Migration) und dem Asylwesen im allgemeinen bzw. Erfahrungen im Asylbewerberheim im Konkreten.

⁹ Siehe Kapitel 6.1

Tabelle 7: in der Schweiz in Anspruch genommene Hilfeleistungen

	Interviews / Geschlecht												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	M	M	M	M	M	M	F	F	M	F	F	F	M
Hilfeleistung													
Hausarzt	x	x		x	x		x	x	x	x	x		
Facharzt	x	x											
Psychiater	x								x		x		
Naturmedizin									x				
Physiotherapie	x												
Massage									x				
Psychiatrische Klinik									x				
Spital							x		x				
Therapie									x				
Hilfsorganisation	x		x										
Sozialarbeiterin							x						
Schule	x		x										
RAV										x			
Gewerkschaft										x			
BFM	x	x											
Asylwesen						x		x		x			
Asylbewerberheim			x			x	x					x	
Anwalt								x					

Im Folgenden werden Beispiele zu den vier verschiedenen Bereichen aus den Interviews zitiert. Die Bereiche können nicht immer klar von einander abgegrenzt werden. Häufig arbeiten die Institutionen von verschiedenen Bereichen auch zusammen.

Medizinisch-therapeutischer Bereich

Die Abfolge, wie ein Patient mit seinen Beschwerden von einer ihn betreuenden Hilfsorganisation zu einem Hausarzt, zu einem Facharzt, zu einem Psychiater und schliesslich zum afk Zürich gelangt, wird an der Aussage eines Mannes aus dem Iran beispielhaft deutlich:

„...seit ungefähr dem zweiten Monat war ich in der Schweiz. Ich habe diese Probleme gehabt und das habe ich also der Caritas immer erklärt, dass ich Erlebnisse gehabt hätte vorher und sie haben einfach gesagt ja. Und nachher bin ich zu meinem Hausarzt gegangen und er hat auch einen Brief geschrieben für BFF [Bundesamt für Flüchtlinge] damals und ich habe gar nicht gehört und ich wusste nicht, was ich machen soll ... ich habe einen Termin gehabt beim Kantonsspital und dann habe ich dort die Schulter operiert, das Schlüsselbein habe ich operiert und ich habe dort den Arzt, der operiert hatte, dem habe ich erklärt und ich dann habe einen Termin abgemacht, bei einem Psychiater und ich habe mit ihm geredet und dann hat er

einen Termin abgemacht mit Dr. Maier [Psychiater afk Zürich] und dann bin ich hier her [afk Zürich] gekommen.“ (Mann, Iran)

Es besteht somit eine Kette von Instanzen, bei denen die Patienten Hilfe suchen, die zusammenarbeiten und die Person schliesslich an das für Folter- und Kriegsopfer spezialisierte afk Zürich weiter weisen. In diesem Fall hat die für die materielle Hilfe zuständige Hilfsorganisation die therapeutische Hilfe initiiert.

Als Beispiel einer Erfahrung mit einem Psychiater, erwähnt ein Mann aus dem Iran, dass seine Arbeitsfähigkeit hier in der Schweiz von einem Psychiater eingeschätzt wurde.

„Hier in der Schweiz ein Psychiater hat einen Test mit mir gemacht und hat gesehen, dass plötzlich kann nicht konzentrieren und dann hat gesagt, dass ich darf nicht arbeiten, weil es ist gefährlich wegen Maschinen oder so.“ (Mann, Iran)

Ein Mann aus Kosovo, der viele verschiedene alternative Heilmethoden ausprobiert hat, zu verschiedenen Ärzten und ins Spital gegangen ist, drückt das in seinen Worten so aus:

„Ich habe tibetische Naturmedizin versucht, Massage, Therapien und Hin und Her bin ich gesprungen. Und nichts hat genützt. Bei jedem Arzt von meinem Dorf, bei jedem Arzt bin ich gewesen. Ich dachte: Ja, vielleicht kann der helfen ... Und im Spital bin ich auch gewesen. Letztes Jahr war ich dort. Und dieses Jahr war ich dort. Niemand konnte mir helfen.“ (Mann, Kosovo)

Es ist dieser eine Mann, der viele der alternativen Heilmethoden aufgezählt hat. Andere Patienten haben solche Hilfe nicht in Anspruch genommen.

Sozialer und materieller Bereich

Ein Mann aus dem Sudan berichtet davon, wie die für ihn zuständige Hilfsorganisation, in diesem Falle das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) ihm geholfen hat in schulischen Belangen.

„Der verantwortliche des SRK hier in der Schweiz, der für mich zuständig ist, hat mir geholfen – eine Schule organisiert.“ (Mann, Sudan)

Materielle und Hilfe auf dem Arbeitsmarkt wird hier von einer sozialen Institution geleistet.

Bereich Arbeitsmarkt

Von Problemen mit der betreuenden Person der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV), die ihre Beschwerden nicht verstehe, spricht eine Frau aus Kosovo:

„Ich arbeite nicht, arbeitslos. Und immer wieder, wenn ich gehe auf das RAV sie [die betreuende Person] denkt, ich spinne, weil ich bin eine gesunde Frau sie denkt.“ (Frau Kosovo)

Sehr zufrieden ist ein Mann aus dem Iran, der die Möglichkeit bekommen hat, zur Schule zu gehen:

*„Ich danke dem Staat, also der Schweiz, dass sie haben mir einen Platz gegeben haben. Also sie haben mir geholfen, ja. Und bis jetzt ich habe keine Probleme gehabt und ich bin sehr zufrieden und ich gehe jetzt in die Schule und lerne die Sprache.“
(Mann, Iran)*

Dieser Mann drückt seine Dankbarkeit dem Schweizer Staat gegenüber aus, dass er in dieser Gesellschaft einen Platz bekommen hat.

Juristischer Bereich

Ein junger Mann aus Afghanistan erwähnt den Asylentscheid im Zusammenhang mit seiner Lebenssituation:

„Nachher habe ich ein negativ [Asylentscheid] hier bekommen auch. Und Wohnung habe ich gesucht. Habe ich nicht gekriegt. Alles war so ein Teufelskreis: keine Bewilligung, keine Arbeit, keine Wohnung.“ (Mann, Afghanistan)

Davon, dass sie zum Anwalt gehen muss in Sachen Asylentscheid, spricht eine Türkin. Sie bittet in der Interviewsituation um Hilfe in dieser Angelegenheit, worauf sie an die dafür zuständige Person des afk Zürich verwiesen wird.

*„Es ist ein Zwischenentscheid [Im Asylverfahren]. Ich muss noch zum Anwalt gehen.“
(Frau, Türkei)*

Die Erlebnisse im Asylbewerberheim scheinen offensichtlich prägend für viele der Befragten gewesen zu sein. Im Gespräch kommen sie immer wieder darauf zu sprechen, erzählen von der Situation dort und den Schwierigkeiten. So war eine Frau aus Kosovo in drei verschiedenen Asylbewerberheimen mit ihren Kindern:

„Ich habe so viel erlebt, dreimal im Heim und also drei Heime [Asylbewerberheime] haben wir [erlebt]. Und mit einem Zimmer, mit... also viele, viele [andere Personen]... Und mit drei Kindern ist das nicht so einfach...“ (Frau, Kosovo)

Der juristische Bereich scheint neben dem medizinischen-therapeutischen Bereich die befragten Patienten und Patientinnen am meisten zu beschäftigen, da sie häufig spontan von Fragen und Erlebnissen in diesem Zusammenhang berichten.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Gemeinsam ist allen Befragten, dass die meisten von ihnen Kontakt zu ihrem Hausarzt haben. Viele von ihnen wurden dann auch direkt vom Hausarzt an das afk überwiesen. Fünf der Patienten erwähnen zudem spezielle Fachärzte, die sie wegen ihrer Beschwerden aufgesucht hatten. Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass viele entweder das Asylwesen allgemein oder ihre konkreten Erfahrungen in einem oder mehreren Asylbewerberheimen erwähnen. Der medizinische und der rechtliche Bereich werden also von nahezu allen erwähnt. Auf den sozialen Bereich, d.h. materielle Hilfe bzw. Hilfe im Arbeitsbereich kommen nur einige Wenige zu sprechen. Männer und Frauen unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht.

Es fällt aber auf, dass sich die Patienten und Patientinnen hinsichtlich ihres Hilfesucheverhaltens als Personen sehr unterscheiden. Während einzelne Patienten sehr viele Instanzen um Hilfe angegangen sind, haben andere kaum Hilfe ausserhalb des afk gesucht. So hat der Mann von Interview Nummer 9 sehr viele vorwiegend medizinische Instanzen aufgesucht, bis er in Behandlung ins afk kam. Der Mann von Interview 13 erwähnte keine andere Institution als das afk, das er direkt um Hilfe angegangen ist.

Abschliessend ist zu sagen, dass, neben medizinisch-therapeutischen Massnahmen, von den Patienten und Patientinnen, die befragt wurden, durchaus Hilfen in ihrer realen Lebenssituation erwartet werden. Diese Erwartungen wurden allesamt im Laufe des Gespräches erwähnt und nicht systematisch erfragt. Es zeigte sich, dass vor allem Hilfeleistungen im juristischen Bereich erwähnt wurden. Der materielle und der Bereich Arbeitsmarkt wurden weniger und eher von einzelnen erwähnt.

6.3.3 Aktuelle Lebensbedingungen versus Traumatisierung

Unter diesem Punkt soll ein Vergleich der Belastung und der gesundheitlichen Beeinträchtigung der aktuellen Lebenssituation mit der Belastung durch im Herkunftsland stattgefundenen Traumatisierungen gemacht werden, wie in Hypothese 6 formuliert¹⁰. Dies kann wiederum nur als Gesamteinschätzung geschehen. Die Frage, was den Patienten mehr belastet, die vergangene Traumatisierung oder die aktuellen Lebensumstände, wurde so nicht gestellt. Vielmehr wurden in dieser Studie bei den einzelnen Interviews insgesamt jeweils der Trend in Richtung Schwerpunkt der Belastung bei der "Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland" oder der Schwerpunkt bei der "aktueller Lebenssituation" eingeschätzt.

Meist zeigt sich in den Resultaten eine Kombination der belastenden traumatischen Ereignisse in der Vergangenheit, die sich über die Beschwerden im täglichen Leben weiterhin bemerkbar machen und den Belastungen durch die Lebensumstände hier in der Schweiz. Der Schwerpunkt, ob die Vergangenheit nun belastender ist oder die gegenwärtigen Lebensumstände, ist von Person zu Person verschieden. Die befragten Patienten lassen sich aber eindeutig der einen oder anderen Kategorie zuordnen. Da die Interviews problemzentriert geführt wurden, die Fragen semistrukturiert waren, blieb den Befragten viel Freiraum, selbst den Schwerpunkt zum jeweiligen Thema zu setzen.

6.3.3.1 Schwerpunkt belastende Traumatisierung in der Vergangenheit

Neun der befragten Patienten kreisten bei der Befragung vor allem um Themen, die Traumatisierung in ihrem Herkunftsland betreffend in ihrer Vergangenheit. Es waren dies alle befragten Frauen (insgesamt fünf) und vier von acht der befragten Männer. Diese Personen schilderten die traumatisierenden Umstände und Erlebnisse so wie die daraus entstandenen Belastungen und Beschwerden in ihrer Heimat detailliert. Sie verwendeten auf das Gesamtinterview betrachtet viel Zeit auf diese Ausführungen. So zum Beispiel ein Patient aus dem Sudan:

¹⁰ Siehe Kapitel 4.1

Frage: „Wann traten Ihre Beschwerden das erste Mal auf? Warum traten die Beschwerden nach Ihrem Dafürhalten gerade zu diesem Zeitpunkt auf?“

Antwort: „Ich habe so das erste Mal das Gefühl gehabt, dass es mir nicht gut geht, ab dem 1. Tag, als ich ins Asylbewerberheim gekommen bin. [das war] in Kreuzlingen. Zum Glück war ich dort nur 4 Tage. Es gibt eine sehr wichtige Sache zu sagen: Als ich [weg] von meiner Familie floh, diese Zeit hatte ich genauso eine Ziellosigkeit, so ein Gefühl von Ziellosigkeit. Ich bin weg. Ich denke nicht mehr. Kein Ziel. Als ich nach Kreuzlingen [ins Asylzentrum] kam, 4 Tage, war alles das was ich erlebt hatte, habe ich das erste Mal darüber gesprochen, habe mir Gedanken darüber gemacht. Und es kamen Fragen wie: „Ich bin hier [in der Schweiz], was soll ich machen?“ und „Schicken sie mich vielleicht zurück?“ „Was ist meine Zukunft?““ (Mann, Sudan)

Dieser Mann begann sich kurz nach seiner Ankunft in der Schweiz mit Fragen zu den traumatischen Geschehnissen, die ihn zur Flucht aus seinem Heimatland gezwungen haben, zu beschäftigen. Diese Fragen beschäftigen ihn bis heute. Dank der Therapie im afk Zürich, kann er heute, wie er selbst behauptet, besser mit seinen Beschwerden, die er in Zusammenhang mit seiner Vergangenheit bringt, umgehen. Trotzdem beschäftigt ihn immer wieder, dass er heute ein Anderer als früher ist:

„Ich hatte [früher in der Heimat] keine Probleme mit Menschen umzugehen. Meine Ziele waren klar. Jetzt bin ich nur eingeschlossen, habe kein Vertrauen in die Menschen, kein Ziel. Eine dunkle Zukunft.“ (Mann, Sudan)

Seine Zukunft sieht dieser Mann im Dunkeln und äussert sich auch nicht allzu oft zu seinen aktuellen Lebensumständen.

Auch bei den weiteren drei Männern, die den Schwerpunkt ihrer Belastung bei der "Traumatisierung in der Vergangenheit" sehen, kreisen ihre Gedanken und Aussagen um die Erlebnisse im Herkunftsland. Vielleicht noch stärker als die Frauen leiden sie zum Teil unter dem Unverständnis, dass ihnen ihre Familie und ihr soziales Umfeld deswegen entgegenbringt. So sagt ein Mann aus dem Iran:

„Ich sehe, ist sehr wichtig auch, muss man in einer Umgebung, ruhige Umgebung, wo die Menschen das Verständnis haben [für Beschwerden wegen der Vergangenheit], leben. Weil wenn man zwischen Leute lebt, die kein Verständnis haben und noch mehr nervös machen, so geht nicht.“ (Mann, Iran)

Das Verständnis der Belastung, die er aus der Vergangenheit her mitbringt, ist diesem Mann ein zentrales Anliegen.

Auch eine Patientin aus Kosovo, eine Patientin aus Bosnien und eine Patientin aus der Türkei äussern sich dahingehend, dass sie früher nie krank und eine andere Person gewesen seien. Ihre Schilderungen beginnen meist in der Zeit, als in ihrer Heimat noch alles in Ordnung und sie ein gesunder, unbelasteter Mensch waren. Dann schildern sie jeweils ausführlich die traumatischen Begebenheiten in der Vergangenheit, um anschliessend daraus ihre heutigen Beschwerden und die daraus entstandenen Belastungen zu erläutern.

Eine Frau aus Afghanistan bringt diesen Schwerpunkt auf die "Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland" und die daraus entstehende Belastung in ihren eigenen Worten so zum Ausdruck:

„Wissen Sie, ich habe den Krieg erlebt. Und auch dass mein Mann im Gefängnis war. Mein Schwager ist auch gestorben, er wurde getötet. Und alle diese Sachen haben wir erlebt. Und jetzt sind wir hier, in einem sicheren Land, aber man kann trotzdem nicht vergessen. Und das andere ist, dass man die Heimat vermisst. Man hat Heimweh. Die Familie, und man hat keinen Kontakt zu eigenen Familie. Und alle diese Sachen machen so einen grossen Druck...“ (Frau, Afghanistan)

Summa summarum ist es die traumatische Vergangenheit sowie das Heimweh und das Vermissten der Grossfamilie, die diese Frau unter "grossen Druck" bringen. Sich mit ihrer aktuellen Lebenssituation zurechtzufinden lernte sie, wie sie es selbst beschreibt, einerseits durch ihre Kinder, die ihr dies abverlangten:

„Immer meine Kinder früher, haben mich immer gefragt: „Warum, Mammi, warum lachst Du gar nicht!“. Oder wenn sie mich etwas fragen, ich habe keine Lust, Antwort zu geben. Immer habe ich gesagt: „Bitte, seid ruhig, ich will nichts hören“. Immer hat meine Tochter gesagt: „Oh, mein Gott, meine Mutter ist immer so traurig. Ich habe meine Mutter gar nie anders gesehen.“ Und dann habe ich zu meiner Tochter gesagt: „Ja, ich war in Afghanistan, es war so schlimm. Ich bin jetzt hier auch arm. Ich habe keine Familie hier...“ so vieles habe ich erzählt... Aber jetzt bin ich viel besser daran. Zum Beispiel, wenn ich von der Arbeit zurück komme und an der Haustür klinge, und dann meine Tochter oben an die Treppe kommt und ich lache, dann sagt sie: „Oh, jetzt lacht meine Mutter!“ Und wenn ich die Türe öffne, fragt sie: „Ja, bist du jetzt nicht traurig, Mammi?“. Und ich sage: „Ja, ich bin nicht mehr so wie früher. Ich bin traurig, aber diese Depressionen, die sind jetzt wirklich besser.“ Ich weiss jetzt, ich bin ein Mensch. Ich denke es für mich, für meinen Mann, für meine Kinder, für meine Familie.“ (Frau, Afghanistan)

Diese Frau dank der Therapie im afk Zürich ihre Depressionen nahezu überwunden und gelernt, mit der Vergangenheit zu leben.

6.3.3.2 Schwerpunkt der Belastung in aktueller Lebenssituation

Vier Männer erleben ihre aktuellen schwierigen Lebensbedingungen als belastender und gesundheitlich beeinträchtigender als die ursprüngliche Traumatisierung im Herkunftsland. Ein Beispiel für eine Personen, deren Fokus eher auf den belastenden Lebensumständen in der Schweiz gerichtet ist, gibt der Mann aus Russland ab:

„Es ist eben, mit dem Problem von den Kindern habe ich vielleicht auch gemerkt, man muss sich ja auch entscheiden: Jetzt gehen die Kinder schon hier zur Schule, Kindergarten. Und wenn man jetzt dann zurück gehen würde, dann diese Entscheidung, die Kinder hier aus der Schule nehmen. Das ist auch wieder ein Neuanfang. Da mache ich mir einfach zusätzlich Sorgen wegen der Kinder. Weil das ist auch nicht gut, dieses Hin und Her. Und ich denke auch so, zwischen zwei Feuern zu sein, dann keine Ausbildung abzuschliessen vielleicht, wenn man zwischen, wenn man hin und her geht. Und ich denke daran, dass wenn mein Sohn dann erwachsen

ist, dass er mir Vorwürfe macht: Ja, wieso hast du dich nicht entschieden, mal an einem Ort wo wir sind [zu bleiben].“ (Mann, Tschetschenien)

Der Mann aus Russland äussert viele Probleme mit seiner Situation hier in der Schweiz. Er sieht sich selbst zwischen zwei Feuern, d. h. zwischen der Realität seines Heimatlandes und der Realität hier in der Schweiz. Er wähnt sich und seine Familie in der Schweiz in Sicherheit, worüber er sehr froh ist. Er äussert jedoch Probleme mit seiner aktuellen Arbeitssituation, macht sich Sorgen über die Schulleistungen seiner Kinder und der depressiven Gestimmtheit seiner Frau. Diesen Themen widmet er auf das ganze Interview bezogen sehr viel Zeit und schildert sie ausführlich. Seine aktuellen Lebensumstände beschäftigen ihn weit mehr, als die traumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit. Die Vergangenheit macht sich einzig in seinen unkontrollierten Wutausbrüchen bemerkbar, derentwegen er Hilfe gesucht hat im afk Zürich.

„Bei mir ist es so... Ich gehe zurück vor vier oder fünf Jahren. Alles ist ganz neu als ich in die Schweiz kam. Es war so, ich muss sagen, dass ich war vorher nie krank. Und bin ich hier gekommen, war ich jung und aktiv und gesund, ich habe Sport getrieben. Dann habe ich schnell die Sprache gelernt und nachher Arbeit gesucht. Und es ist gegangen. Und plötzlich, nach dreizehn Monaten, dann bin ich arbeitslos geworden. Und am Anfang wieder war alles so oberflächlich. Habe ich gesagt, ich finde, es geht gut. Aber dann plötzlich habe ich gesehen, das langsam, langsam hat angefangen. Ich habe gesehen, oh, eine Arbeitsstelle zu finden, es ist nicht einfach. Dann war ich arbeitslos. Und dann, so Gedanken sind gekommen. Nachher habe ich ein Negativ [Asylentscheid] hier bekommen auch. Und Wohnung habe ich gesucht, habe ich nicht gekriegt. Alles war so ein Teufelskreis: keine Bewilligung [negativer Asylentscheid], keine Arbeit, keine Wohnung. Alle die Sachen. Und dann hat angefangen sehr stark mit Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit. Und diese Gedanken. Und irgendwie habe ich dieses Gefühl gehabt, was ich gebaut habe in diesen ein paar Monate, ist sehr schön. Alles ist kaputt gegangen. Alles wieder von unten. So kaputt, dass ich kann nicht wieder aufbauen. Und ich denke, dass... Wenn ich zurück denke, denke ich, dass... Am Anfang habe ich Hoffnungen gehabt. Ich war sehr aktiv, ich war jung, ich wollte lernen, lernen. Ich wollte machen Hoffnung. Und mit diesen Sachen jetzt, irgendwie habe ich alles verloren, hoffnungslos geworden. Alles... Und nachher alle diese Probleme haben angefangen.“ (Mann, Afghanistan)

Bei diesem noch jungen Mann aus Afghanistan steht der “Teufelskreis“ seiner aktuellen Lebenssituation, wie er es selbst nennt, im Vordergrund: keine Bewilligung [negativer Asylentscheid], keine Arbeit, keine Wohnung. Dies belastet ihn sehr, und er sieht auch seine Beschwerden im Zusammenhang mit dieser Lebenssituation in der Schweiz.

6.3.4 Fazit

Mit Blick auf diese Resultate kann gesagt werden, dass die aktuellen Lebensbedingungen, neben den gesundheitlichen Beschwerden, doch einen wichtigen Platz einnehmen. Die befragten Migrantinnen und Migranten unterscheiden sich darin, wie sehr sie Bezug auf ihre traumatischen Erfahrungen nehmen bzw. ob eher die aktuellen Lebensbedingungen im Vordergrund ihres Diskurses stehen. Neun von ihnen kreisen mehrheitlich mit ihren Aussagen um die Vergangenheit. Immerhin

vier von ihnen beschäftigen sich jedoch ausführlich mit den Problemen ihrer aktuellen Lebenssituation. Ein Unterschied ist zwischen Männern und Frauen auszumachen: alle Frauen befinden sich in der Gruppe, die sich eher mit der Vergangenheit auseinandersetzt. Vorwiegend mit den aktuellen Lebensumständen beschäftigen sich vier von acht der befragten Männer. Einen Überblick über die Belastungsart gibt Tabelle 8:

Tabelle 8: *Schwerpunkt der Belastung bei "Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland" vs. bei "aktueller Lebenssituation"*

Geschlecht	Herkunft	Belastungsart
<i>Mann</i>	Iran 1 (Kurdistan)	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Mann</i>	Iran 2	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Mann</i>	Türkei	aktuelle Lebenssituation
<i>Mann</i>	Kosovo	aktuelle Lebenssituation
<i>Mann</i>	Bosnien	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Mann</i>	Afghanistan	aktuelle Lebenssituation
<i>Mann</i>	Afrika	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Mann</i>	Russland	aktuelle Lebenssituation
<i>Frau</i>	Afghanistan	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Frau</i>	Türkei	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Frau</i>	Afrika	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Frau</i>	Bosnien	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland
<i>Frau</i>	Kosovo	Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland

7 Schlussfolgerungen

In den Schlussfolgerungen werden als erstes die Hypothesen zu den Fragestellungen aus dem Kapitel 4 überprüft. Als zweites werden Antworten auf die generellen Forschungsfragen formuliert.

7.1 Überprüfung der Hypothesen

Die Hypothesen wurden in Kapitel 4.1 in zwei Untergebiete, den der Therapieerwartungen und den der Krankseinskonzepte, unterteilt. Im Folgenden werden die einzelnen Hypothesen dieser beiden Themenkreise detailliert überprüft und diskutiert. Zu diesem Zweck werden die Hypothesen eingangs noch einmal wörtlich wiedergegeben.

7.1.1 Therapieerwartungen

7.1.1.1 Hypothese 1: Erwartungen an die Therapie

Hypothese 1 bezieht sich auf die Erwartungen der traumatisierten Migranten, die Behandlung betreffend:

„Die Erwartungen der traumatisierten Migranten an die Behandlung sind entweder
a) vage, unbestimmt, von Passivität und Resignation geprägt, oder
b) idealisierend, übersteigert und unrealistisch hoch.“

Behandlung allgemein

In Hypothese 1 kann Punkt „a“ einer vagen, unbestimmten, von Passivität und Resignation geprägten Erwartung gegenüber der Behandlung mehrheitlich bestätigt werden. Die meisten Patienten und Patientinnen wussten bei ihrer Ankunft im afk Zürich nicht, was sie erwarten würde. Sie folgten passiv der Zuweisung durch ihren Hausarzt oder andere Gremien. Sie kamen mit der vagen Hoffnung auf Besserung ihrer Beschwerden und dass ihnen im afk Zürich ein Weg aufgezeigt würde.

Einzig bei einem Mann zeigt sich eine ebenfalls erwartete idealisierende, übersteigerte und unrealistisch hohe Erwartung gegenüber der Behandlung. Diese Erwartung zeigt sich bei diesem Mann auch bei seinem Verhalten gegenüber Ärzten. Er hat deren schon viele in der Hoffnung auf Heilung aufgesucht. Dieses Phänomen wird auch „doctor-shopping“ genannt.

Ebenfalls ein einzelner Mann, hat das Universitätsspital bzw. das afk Zürich ganz gezielt mit dem Anspruch auf eine „wissenschaftliche Lösung“ seiner Probleme aufgesucht. Hier kann man von einer informierten, jedoch ebenfalls idealisierenden Haltung gegenüber der Behandlung ausgehen.

Behandlung im Prozess

Einige Patienten konnten sich im Laufe der Therapie ein Bild davon machen, was für ein Prozess in der Behandlung in Gang gesetzt wird. Sie bezeichnen dies in ihren eigenen Worten als „Energie“ oder „Kraft“, die freigesetzt wird, oder einfach als „Verständnis“, dem Therapieprozess gegenüber. Diese prozessorientierte

Komponente ist ein in den Resultaten neu auftauchendes Phänomen, das in Hypothese 1 nicht angenommen worden war.

Dieses Phänomen, dass im Therapieprozess eine Anpassung der Vorstellungen gegenüber der Art der Behandlung erfolgt, ist jedoch in der Literatur ganz im Sinne von van Eeuwijk und Obrist (2006:1) zu sehen, die festhalten: „Gesundsein und Kranksein werden in Auseinandersetzung mit einer vielgestaltigen und sich ständig verändernden Umwelt immer wieder neu erlebt und in der alltäglichen Praxis umgesetzt.“ Eine solche Umsetzung des Verständnisses von Behandlung erfolgte demnach auch bei einigen hier untersuchten traumatisierten Migranten.

Resultat der Behandlung

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass zwischen Vorstellungen über die Behandlung selbst und Vorstellungen über das Resultat der Behandlung unterschieden werden muss. Hypothese 1 befasst sich lediglich mit dem ersten der beiden Aspekte. Ergänzend kann zu den Erwartungen über das Resultat einer Behandlung, der Zielsetzung der Patienten und Patientinnen des afk Zürich gesagt werden, dass Männer und Frauen sich in diesem Punkt tendenziell zu unterscheiden scheinen. Die Männer wünschen sich ein normales, beschwerdefreies Funktionieren im Alltag. Die Frauen streben eine Änderung ihrer Gefühlslage von Depression hin zu „einem guten Gefühl“ und Glücksgefühlen hin.

7.1.1.2 Hypothese 2: Abweichende Erwartungen

„Die Erwartungen an die Art der Behandlung sind abweichend von den von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden. Die Kenntnisse der Betroffenen über Psychotherapie als reflektierende, introspektive Methode sind wenig verbreitet. Bei vorhandener Kenntnis von Psychotherapie werden somatomedizinische Interventionen favorisiert.“

Die Kenntnis über die Psychotherapie als reflektierende, introspektive Methode ist bei den befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich nicht verbreitet. Allenfalls liegen ihnen Kenntnis über Psychotherapie aus Sekundärquellen vor, aus eigener Erfahrung kann einzig eine Frau von Psychotherapie berichten. Der Begriff ist mit dem Makel des „Verrücktseins“ behaftet.

Da keine Kenntnis von Psychotherapie vorhanden war, kann nicht im eigentlichen Sinne von einer Favorisierung somatomedizinischer Interventionsformen gegenüber der Psychotherapie ausgegangen werden.

Es kann somit gesagt werden, dass die Erwartungen der Patienten insofern von den „schulmedizinisch vorgeschlagenen Methoden“ divergieren, als dass die Schulmedizin im Falle einer Traumatisierung sowohl eine somatomedizinische als auch eine psychotherapeutische Intervention vorsieht. Die Psychotherapie als Interventionsmethode war den befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich eingangs nicht bekannt. Sie haben alle anfangs auf eine somatomedizinische Intervention gesetzt. Der Glaube an die Wirkung einer somatomedizinischen Intervention wurde jedoch bei einigen von ihnen im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte erschüttert. Heute ziehen sie eine solche Intervention nicht mehr vor. Dies leitet sich ab einerseits von Ratlosigkeit, was gegen die Beschwerden zu tun sei. Andererseits

sehen einige Patienten für sich, nachdem sie im afk Zürich mit der Psychotherapie vertraut geworden sind, eine kombinierte Interventionsform von sowohl somatomedizinischen als auch psychotherapeutischen Methoden als am geeignetsten an. Diese Sichtweise, zu der sie allerdings im Laufe der Therapie gefunden haben, entspricht den "schulmedizinisch vorgeschlagenen Methoden".

Hypothese 2 kann, was die Kenntnis von Psychotherapie als Methode angeht, angenommen werden. Auch wurde bestätigt, dass primär somatomedizinische Interventionen von den Patienten und Patientinnen erwartet werden. Eine Divergenz zu den "von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden" ergibt sich allein aus Unkenntnis von psychotherapeutischen Interventionsformen. Werden die Befragten im Laufe der Therapie mit solchen psychotherapeutischen Interventionsformen vertraut, so sind einige von ihnen durchaus von einer kombinierten Interventionsmethode im Sinne der Schulmedizin überzeugt.

7.1.1.3 Hypothese 3: Erwartungen gegenüber dem Arzt

„Zumeist werden vom Arzt eher aktive, strukturierende Interventionen erwartet. Die Initiative wird tendenziell abgegeben.“

Auf dem Hintergrund der Resultate zur Arzt-Patienten-Beziehung, kann gesagt werden, dass die Annahme von Hypothese 3, dass vom Arzt eher aktive, strukturierende Interventionen erwartet werden und die Initiative tendenziell abgegeben wird, Bestätigung findet. Im Herkunftsland der traumatisierten Migranten nimmt der Arzt eine hohe Stellung in der Gesellschaft ein. Dieser Autoritätsperson wird nicht widersprochen. Die befragten Personen sind es gewohnt, dass der Arzt aktiv und strukturierend vorgeht. Die Initiative selbst zu ergreifen wäre ein Verstoß gegen die soziale Stellung dieser Fachperson.

Die Resultate zeigen, dass die im Kapitel 6.1.2 festgestellte passive Haltung dem Psychiater gegenüber, mit diesem Rollenverständnis von Arzt und Patient in Verbindung gebracht werden kann. Wie auch Kilchner (1999) in ihrer Arbeit zur Arzt-Patientenbeziehung bei Migranten festgestellt hat, liegt grundsätzlich ein Machtgefälle zwischen Arzt und Patient vor. Dieses Machtgefälle wird bei der hier untersuchten Patientengruppe noch verstärkt durch das hohe Ansehen, das ein Arzt in der Herkunftsgesellschaft der Patienten besitzt. Die Autoritätsgläubigkeit der Patienten verstärkt deren passive Haltung gegenüber einem Arzt und verhindert eine aktive Teilnahme in der Arzt-Patienten-Interaktion. Einem Arzt wird nicht widersprochen. Somit bringen die Patienten bei einem allfälligen Widerspruch der Sichtweise des Psychiaters (disease) zu seiner Vorstellung von Krankheit (illness), diesen Widerspruch auch nicht zur Sprache. Die im Interview festgestellte Passivität der Patienten ist somit auch in Zusammenhang mit deren Autoritätsgläubigkeit zu verstehen.

Die traumatisierten Personen stellen Unterschiede in der Arzt-Patienten-Beziehung zwischen ihrem Herkunftsland und der Schweiz fest. Unterschiede sehen sie sowohl im Verhalten des Arztes, als auch im Gesundheitssystem an sich.

Verhalten

Ist eingangs von den befragten Personen von einem grossen Machtgefälle im Herkunftsland zwischen Arzt und Patient berichtet worden, so wird eben dieses Machtgefälle als weniger gross in der Schweiz empfunden. Es wird sogar von einer "gleichen Ebene" von Arzt und Patient berichtet. Zentral ist auch die Wahrnehmung, dass der Besuch eines Psychiaters offenbar weniger stigmatisiert wird in der Schweiz. Es wird von Vertrauen und Respekt in der Arzt-Patienten-Beziehung berichtet. Dieses Resultat weist darauf hin, dass auf dem Erfahrungshintergrund ihres Herkunftslandes die Patienten zwar vom Arzt eher aktive, strukturierende Interventionen erwarten und die Initiative tendenziell abgeben. Diese Haltung wird jedoch im Prozess der Behandlung durch die neue Erfahrung, dass eine andere Arzt-Patienten-Interaktion möglich ist aufgeweicht und angepasst. Dieser Befund weist wie im Kapitel 6.1.1.2 auf einen Prozess hin, den die Patienten in ihrer Erwartung der Therapie und dem Arzt gegenüber machen.

Gesundheitssystem

Die Tatsache, dass in den Herkunftsländern der Patienten offenbar eine gewisse Korruption im Gesundheitssystem festzustellen ist, kann unter Umständen mit der instabilen Situation dieser Länder in Verbindung gebracht werden. Ex-Jugoslawien ist ein "post-conflict" Land und Tschetschenien befindet sich im Konflikt. In der Türkei werden Kurden offenbar auch im Gesundheitssystem diskriminiert und in Afrika scheint der Besuch eines Arztes grundsätzlich von den vorhandenen finanziellen Mitteln abzuhängen. In Afghanistan sind die Ärzte laut der Aussage einer Patientin, offenbar so rar, dass nur schon eine Behandlung bei einem Arzt von unschätzbarem Wert ist. Dieser Umstand kann als spezifisch für traumatisierte Migranten, die Krieg und Unterdrückung erlebt haben, angesehen werden.

Die Mängel im Gesundheitssystem der Herkunftsländer im Bereich der Hygiene und der Terminplanung, die von den befragten Personen angeprangert werden, wie auch die qualitativen Unterschiede in der Behandlung zwischen ländlichen und städtischen Gebieten und zwischen privaten und staatlichen Spitälern, kann ebenfalls auf die instabile Situation in den Herkunftsländern zurückgeführt werden. Aber auch die Tatsache, dass die befragten Personen zum Teil aus Schwellen- oder Entwicklungsländern kommen, in denen das Gesundheitssystem nicht über dieselben Mittel wie das in der Schweiz verfügt, spielt eine Rolle. Der Unterschied zwischen Stadt und Land wie auch zwischen Reich und Arm ist dort noch viel ausgeprägter. Diese Unterschiede gelten generell für Migranten aus Schwellen- und Entwicklungsländern.

Fazit

Auf dem Hintergrund ihres gesellschaftlichen Bildes eines Arztes und ihrer Erfahrung mit solchen Fachpersonen in ihrem Herkunftsland erwarten traumatisierte Migranten vom Arzt eher aktive, strukturierende Interventionen und geben die Initiative tendenziell ab. Diese Erwartung wird jedoch mit dem Prozess der Behandlung dahingehend relativiert, als dass die Patienten die Erfahrung machen, dass eine andere, aktivere, partizipativere Arzt-Patienten-Beziehung möglich ist.

Auf dem Hintergrund der Mängel in ihrem Herkunftsland sind die traumatisierten Migranten insgesamt mit dem Gesundheitssystem und der Behandlung in der Schweiz sehr zufrieden.

7.1.2 Krankheitskonzepte („concepts of illness“)

7.1.2.1 Hypothese 4: Krankseinskonzepte und soziodemographische Variablen

„Traumatisierte Migranten entwickeln in Abhängigkeit von kultureller Herkunft, Bildung, ursprünglicher Schichtzugehörigkeit und Aufenthaltsdauer in der Schweiz Krankseinskonzepte, die von unseren schulmedizinischen Konzepten abweichen.“

Krankseinskonzepte und das schulmedizinische Konzept

Hypothese 4 postuliert einen Einfluss der soziodemographischen Variablen auf die Krankseinskonzepte („concepts of illness“) der befragten Patienten des afk Zürich bzw. deren Abweichung von „unseren schulmedizinischen“ Krankseinskonzepten.

Insgesamt elf der befragten Patienten gaben an, ein Krankseinskonzept, das in dieser Studie als „Übergeordnete Gesundheitstechnologie“ bezeichnet wurde, zu haben. Das heisst, sie sehen die westliche, wissenschaftliche, schulmedizinische Methode als übergeordnet und ihr Kranksein („illness“) als von dieser heilbar an. Dieses Krankseinskonzept weicht nicht ab von „unseren schulmedizinischen Konzepten“, wie Hypothese 4 behauptet. In diesem Punkt ist Hypothese 4 somit zu verwerfen.

Betrachtet man jedoch die ganze Spannweite der aus den Interviews extrahierten Krankseinskonzepte, so sind diese durchaus auch abweichend von den schulmedizinischen Konzepten. Es bleibt jedoch offen, ob es nicht auch in der Schweiz ein Nebeneinander von verschiedenen Krankseinskonzepten neben den schulmedizinischen Konzepten gibt. Dies wäre weiter zu erforschen.

Soziodemographische Variablen und Krankseinskonzepte

Das Krankseinskonzept *„Überlegene Gesundheitstechnologie“* wurde von fast allen (elf von dreizehn) befragten Patienten des afk genannt. Dieses Konzept weist somit keinen Einfluss von den soziodemographischen Variablen wie „kultureller Herkunft“, „Bildung“, „Schichtzugehörigkeit im Heimatland“ und „Aufenthaltsdauer in der Schweiz“ auf.

Beim *„Chronologische Krankseinskonzept“* gibt es weder bezüglich „kultureller Herkunft“, „Bildung“, „Schichtzugehörigkeit im Heimatland“ oder „Aufenthaltsdauer in der Schweiz“ Gemeinsamkeiten bei den fünf Patienten, die sich zu diesem Krankseinskonzept äussern. Einzig überraschend ist hier, dass mehr Frauen als Männer von einem solchen „Chronologischen Krankseinskonzept“ berichten.

Mehr als die Hälfte der befragten Patienten zeigt das Krankseinskonzept *„political economy“*. Bei diesem Krankseinskonzept zeigen sich bei den soziodemographischen Variablen wie „kultureller Herkunft“, „Bildung“, „Schichtzugehörigkeit im Heimatland“ und „Aufenthaltsdauer in der Schweiz“ keine besonderen Abhängigkeiten. Sowohl gebildete wie ungebildete Patienten aus allen möglichen Herkunftsländern zeigen dieses Konzept. Da sowieso die meisten Patienten in ihrem Herkunftsland der Mittelschicht angehörten, ist auch kein spezieller Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit auszumachen.

Bei den „Selten genannte Kategorien von Krankseinskonzepten“ sind es meist einzelne, zwei und höchstens drei Patienten, die jeweils ein solches

Krankseinskonzepkt aufweisen. Hier von soziodemographischen Gemeinsamkeiten bzw. Abhängigkeiten in Bezug auf das Krankseinskonzepkt zu sprechen wäre sinnlos. Einzig beim Krankseinskonzepkt "Schuld" sind es neben einem Mann aus dem Iran die beiden Personen aus Kosovo, die von dieser Auffassung von Kranksein sprechen. Daraus einen Zusammenhang mit der Variable "kulturelle Herkunft" zu konstruieren wäre jedoch nicht gerechtfertigt.

Abschliessend kann deswegen gesagt werden, dass kein Zusammenhang zwischen den Krankseinskonzepkten der befragten Patienten des afk Zürich und soziodemographischen Variablen wie "kultureller Herkunft", "Bildung", "Schichtzugehörigkeit im Heimatland" und "Aufenthaltsdauer in der Schweiz" gemacht werden kann. Einzig interessant diesbezüglich ist das Resultat beim "Chronologischen Krankseinskonzepkt", dass mehr Frauen als Männer dieses erwähnen.

Bei dieser Art von Zusammenhang mit soziodemographischen Variablen, der in Hypothese 4 gesucht wird, ist zu bemerken, dass wir es bei einer qualitativen Stichprobe natürlich mit einer sehr geringen Anzahl von befragten Patienten zu tun haben. Somit kann ein Trend in dieser Richtung kaum ausgemacht werden.

Mit dieser phänomenologischen Herangehensweise, mit der die Krankheitskonzepte der befragten Personen aus ihren Aussagen heraus, ohne voreingenommenen Blick einer im Vorfeld vorgenommenen Kategorisierung erschlossen wurden, konnten jedoch Trends hinsichtlich dem Vorkommen und der Breite von Krankseinskonzepkten aufgezeigt werden, die in einer quantitativen Studie auf die Häufigkeit ihres Auftretens hin weiter untersucht werden könnten.

7.1.2.2 Hypothese 5: Krankseinskonzepkte und Lebenssituation

„Die vorhandenen Krankseinskonzepkte zeigen sich indirekt auch daran, welche weiteren professionellen und volkstümlichen Hilfestellungen die Patienten vor oder auch während der Behandlung bei uns in Anspruch nehmen. Neben therapeutischen Massnahmen erwarten die Patienten besonders auch Hilfe im Bereich ihrer realen Lebenssituation (materiell, juristisch).“

professioneller vs. volkstümlicher Sektor

Es zeigt sich auch hier ein vorwiegend an westlicher Medizin orientiertes Krankheitskonzept bei den befragten Patienten und Patientinnen. Der volkstümliche Sektor wird kaum als Hilfe im Krankheitsfall aufgesucht. Ein leichter Geschlechtsunterschied so wie ein Unterschied in Bezug auf Bildung kann dahingehend festgestellt werden, als dass vorwiegend gebildete Männer den volkstümlichen Sektor als mögliche Hilfsquelle weit von sich wiesen. Die befragten Frauen hingegen gaben wertfreier an, schon von "Heilern" gehört und in einem Fall einen solchen "Hoca" konsultiert zu haben. Diese Frau entstammt einer niederen Bildungsschicht in ihrem Heimatland.

Die bei den befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich festgestellte eindeutige Tendenz hin zu einem westlich-medizinischen Krankheitskonzept kann somit auch indirekt festgestellt werden.

Hilfe im Bereich der realen Lebenssituation

Die Resultate zu Erwartungen der befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich in Bezug auf Hilfeleistungen zeigen, dass die Hilfe doch vor allem im medizinisch-therapeutischen Bereich erwartet wird. Daneben werden Hilfeleistungen im juristischen und materiellen Bereich, so wie Bereich des Arbeitsmarktes erwartet. Das Gewicht liegt dabei vor allem auf den Erwartungen an den juristischen Bereich. Die Patienten und Patientinnen beschäftigen sich stark mit ihrer Situation als Asylanten und dem Asylentscheid. Die Annahme von Hypothese 5, dass von den Befragten auch Hilfe im Bereich der realen Lebenssituation erwartet wird, kann somit angenommen werden.

7.1.2.3 Hypothese 6: Aktuelle Lebensbedingungen versus Traumatisierung

„Einige der Patienten erleben ihre aktuellen schwierigen Lebensbedingungen als belastender und gesundheitlich beeinträchtigender als die ursprüngliche Traumatisierung im Herkunftsland.“

Mit Blick auf die Interviews als ganzes als Resultat ein Trend in Richtung Schwerpunkt der Belastung der traumatisierten Migranten bei der "Traumatisierung in der Vergangenheit im Herkunftsland" ausgemacht werden. Neun der Befragten kreisen mehrheitlich mit ihren Gedanken und Aussagen um die traumatischen Umstände in ihrem Heimatland.

Dem aktuellen Lebenskontext in der Schweiz kommt jedoch auch eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu, wenn es um Belastung und gesundheitliche Beeinträchtigung geht. Bei vier der befragten Patienten liegt der Schwerpunkt bei der "aktueller Lebenssituation", wenn nach der Belastung gefragt wird. Interessanterweise, sind dies allesamt Männer. Die Hypothese 6 kann somit angenommen werden, da tatsächlich einige der Patienten die aktuellen schwierigen Lebensbedingungen als belastender als die ursprüngliche Traumatisierung im Herkunftsland empfinden.

7.2 Beantwortung der Fragestellungen

In diesem Kapitel sollen Antworten auf die Forschungsfragen, die eingangs gestellt wurden¹¹, gefunden werden.

Die Forschungsfragen dieser Studie lauteten zum einen: „Was sind die Erwartungen von traumatisierten Migranten im Bezug auf Therapie?“ und zum andern: „Was sind die Krankseinskonzepte von traumatisierten Migranten?“. Im Folgenden wird geordnet nach Themenbereich zuerst zu "Therapieerwartungen" und dann zu "Krankseinskonzepte" beruhend auf den Resultaten dieser Studie eine Antwort formuliert.

¹¹ Kapitel 4

7.2.1 Fragestellung 1: Therapieerwartungen

Nach den Therapieerwartungen der befragten Migranten wurde zum einen im Zusammenhang mit ihren Vorstellungen über die Behandlung gefragt (Hypothese 1). Des Weiteren wurde im Rahmen der selben Hypothese nach den Erwartungen den Resultaten der Behandlung gegenüber gefragt. Dann zeigten die Resultate zu Hypothese 2 die bestehenden Kenntnisse der Befragten von Psychotherapie und ihre Haltung gegenüber somatomedizinischen Interventionen. Ein Abweichen der Erwartungen von den von der Schulmedizin vorgeschlagenen Methoden wurde untersucht. Schliesslich stand bei Hypothese 3 die Arzt-Patienten-Beziehung sowohl im Heimatland der Patienten und Patientinnen des afk Zürich, wie auch in der Schweiz im Zentrum.

Gliederung der Resultate zu den Therapieerwartungen im Überblick:

Hypothese 1:

1. Vorstellungen über die Behandlung allgemein
2. Vorstellungen über die Behandlung im Prozess
3. Erwartungen über die Resultate der Behandlung

Hypothese 2:

1. Kenntnisse über Psychotherapie
2. Haltung gegenüber somatomedizinischen Interventionen
3. Unterschiedliche Erwartungen

Hypothese 3:

1. Arzt-Patienten-Beziehung in den Herkunftsländern der Patienten
2. Arzt-Patienten-Beziehung: Vergleich zur Schweiz
3. Arzt-Patienten-Interaktion in der Schweiz
4. Umstände

Forschungsfrage: „Was sind die Erwartungen von traumatisierten Migranten im Bezug auf Therapie?“

Die Resultate zeigen, dass die meisten Patienten und Patientinnen, die sich in die Behandlung des afk Zürich begeben, keine konkreten Erwartungen an die Behandlung haben. Sie folgen entweder dem Rat des Hausarztes oder anderer Fachärzte und Gremien, die sie dem afk Zürich zuweisen. Dies lässt auf eine gewisse Passivität schliessen, was die Wahl der Behandlung anbelangt.

Neben der Tatsache der Traumatisierung dürfte diese passive Haltung vor allem auf dem Hintergrund der Arzt-Patienten-Beziehung zu verstehen sein, wie sie die befragten Patienten und Patientinnen von ihrem Heimatland her kennen. Der Arzt wird dort als Autoritätsperson gesehen, der nicht widersprochen wird. Der Arzt fällt alleine die Entscheidungen über die Behandlungsstrategie und sucht das Gespräch nicht in der Art, wie es in der Psychotherapie der Fall ist. Die Behandlungsmethode ist eine rein somatomedizinische. Demzufolge erwarten die befragten Patienten und Patientinnen auch im afk Zürich, wenn sie zum ersten Mal kommen, dass der Arzt die Initiative übernimmt und strukturierend vorgeht. Ihre eigene Rolle ist die eines passiv empfangenden Patienten. Als Resultat der Behandlung erhoffen sich die meisten Patienten und Patientinnen ganz allgemein eine Besserung ihres Leidens.

Ihre Beschwerden sehen wiederum die meisten Patienten und Patientinnen des afk Zürich als Leiden mit einem somatischen Ursprung an. Diesen Befund stützen auch die Ergebnisse zu den Krankseinskonzepten ("concepts of illness"). Alle interviewten Personen nahmen zum Zeitpunkt der Befragung Medikamente ein, unterzogen sich somit also auch einer somatomedizinischen Behandlung. Von der Wirkung der Medikamente sind die Patienten und Patientinnen jedoch zum Teil enttäuscht. Psychotherapie als reflektierende, introspektive Methode war ihnen vor der Behandlung im afk Zürich nicht bekannt. Allenfalls haben sie schon von Psychotherapie gehört, bringen mit diesem Begriff aber auch die Angst vor "Verrücktsein" in Verbindung.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten sich jedoch die Patienten und Patientinnen bereits mehr oder weniger auf eine psychotherapeutische Behandlung am afk Zürich eingelassen (ohne dass ihnen dies eventuell explizit bewusst ist). Sie waren nun der Überzeugung, dass Medikamente allein nicht zu einer Besserung ihrer Beschwerden führen würden und äussern, dass sie Medikamente vor allem in Kombination mit einer Therapie als nützlich empfinden. Zudem erklärten drei der Migranten, die zu Anfang der Behandlung keine konkreten Vorstellungen gegenüber der Behandlung am afk Zürich hatten, dass sie sich mit der Zeit ein Bild machen konnten, von dem was Psychotherapie ist und was sie bezweckt. Auch die Arzt-Patienten-Beziehung hier in der Schweiz empfanden einige der traumatisierten Migranten als abweichend von der in ihrem Heimatland bekannten: sie fühlten sich eher auf einer gleichen Ebene mit dem Arzt. Zudem waren sie sehr zufrieden mit dem Gesundheitssystem in der Schweiz, was beispielsweise die generelle Zuverlässigkeit und Hygiene anbelangt.

Dies zeigt, dass offenbar bei den befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich ein Lernprozess stattgefunden hat, bzw. im Gang ist. Diesen "*Lernprozess*" oder "*Annäherungsprozess*" an "schulmedizinische Methoden und Modelle" lässt sich in den Resultaten klar aufzeigen:

1. Zum einen formulieren einige der befragten traumatisierten Migranten selbst, dass sie mit der Zeit im Prozess gemerkt haben, um was es bei der Behandlung im afk Zürich geht (Kapitel 6.1.1.2), was Psychotherapie ist und was sie bezweckt.
2. Zum anderen sind die Patienten und Patientinnen von der Wirkung der Medikamente, also einer rein somatischen Intervention enttäuscht. Sie sehen eine Kombination von sowohl somatomedizinischen als auch psychotherapeutischen Methoden als die geeignetste Behandlungsform an.

Diese Sichtweise, zu der die meisten Patienten und Patientinnen im Laufe der Therapie am afk Zürich gefunden haben, entspricht im Grunde der "schulmedizinischen Methode". Die "schulmedizinische Methode" sieht im Falle einer Traumatisierung sowohl eine somatomedizinische als auch eine psychotherapeutische Intervention vor.

Die Forschungsfrage: „Was sind die Erwartungen von Migranten im Bezug auf Therapie?“ kann also dahingehend beantwortet werden, dass:

Die befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich zu Anfang der Therapie keine konkreten Vorstellungen über die Behandlung hatten. Sie wurden vom Hausarzt oder anderen Gremien ins afk Zürich geschickt und kamen mit der

Hoffnung auf eine Besserung ihrer Beschwerden. Diese Besserung glaubten sie mit einer somatomedizinischen Intervention zu erreichen, gemäss ihrer Überzeugung, dass ihre Beschwerden somatischen Ursprungs seien. Psychotherapie als reflektierende, introspektive Methode war ihnen kaum bekannt. Den Arzt sahen sie als autoritäre Fachperson an, von der sie strukturierende Interventionen erwarteten und ihm die Initiative überliessen.

Im Laufe der Therapie am afk gelangten die meisten traumatisierten Migranten jedoch zur Auffassung, dass eine Kombination von somatomedizinischer als auch eine psychotherapeutischer Intervention die geeignetste Behandlungsmethode sei. Dies entspricht der "schulmedizinischen Behandlungsmethode". Somit konnten sich die Patienten und Patientinnen des afk Zürich im Laufe der Behandlung ein Bild von der psychotherapeutischen Methode machen. Sie haben immer besser verstanden, um was es bei diesem Prozess geht. Es hat eine Annäherung der gegenseitigen Behandlungsvorstellungen zwischen Patienten und Therapeuten stattgefunden. Diese Annäherung im Prozess von Therapieerwartungen von Arzt und Patienten ist ein zentrales Ergebnis dieser Studie und kann in Modelle wie z.B. das von Levenstein (1986) theoretisch eingebettet werden.

7.2.2 Fragestellung 2: Krankseinskonzepte („concepts of illness“)

Nach den Krankseinskonzepten ("concepts of illness") der befragten Migranten und Migrantinnen wurde zum einen im Zusammenhang mit den soziodemographischen Variablen gefragt (Hypothese 4). Zum anderen wurde in Hypothese 5 nach den Krankseinskonzepten in Abhängigkeit der Inanspruchnahme von professionellen bzw. volkstümlichen Behandlungsleistungen gefragt. Hypothese 6 schliesslich vergleicht die Belastung und die gesundheitliche Beeinträchtigung der traumatisierten Migranten durch die aktuelle Lebenssituation bzw. durch die im Herkunftsland stattgefundenen Traumatisierungen.

Gliederung der Resultate zu den Krankseinskonzepten im Überblick:

Hypothese 4: Krankseinskonzepte und soziodemographische Variablen

1. Krankseinskonzept "Überlegene Gesundheitstechnologie"
2. "Chronologisches Krankseinskonzept"
3. Krankseinskonzept "political economy"
4. Selten genannte Kategorien von Krankseinskonzepten

Hypothese 5: Krankseinskonzepte und Lebenssituation

1. professioneller vs. volkstümlicher Sektor
2. Hilfe im Bereich der realen Lebenssituation

Hypothese 6: Aktuelle Lebensbedingungen versus Traumatisierung

1. Schwerpunkt belastende Traumatisierung in der Vergangenheit
2. Schwerpunkt der Belastung in aktueller Lebenssituation

Forschungsfrage: „Was sind die Krankseinskonzepte von traumatisierten Migranten?“

Die Krankseinskonzepte (“concepts of illness“) wurden in dieser Studie rein empirisch aus den Daten extrahiert. Es gibt unter den befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich empirisch nachweisbar eine Vielzahl verschiedener, teilweise parallel vorhandener Krankseinskonzepte (“concepts of illness“). Vorherrschend ist jedoch die Auffassung, dass eine somatische Erkrankung vorliegt – dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen zu den Therapieerwartungen. Die traumatisierten Migranten erklären sich damit ihr Kranksein auf dem Hintergrund des Gedankengutes der westlichen “Überlegenen Gesundheitstechnologie“. Dass die Beschwerden in einem Zusammenhang mit den politischen Vorkommnissen und Traumatisierungen im Heimatland zusammenhängen ist ebenfalls ein unter den befragten Personen weit verbreitetes Krankseinskonzept (“political economy“). Dieses Krankseinskonzept deckt sich mit den medizinischen Annahmen der Psychotraumatologie, die ein traumatisches Ereignis als Ausgangspunkt für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nimmt (A-Kriterium im DSM-VI). Auch bei den Resultaten zu den Krankseinskonzepten zeigt sich, wie bei den Therapieerwartungen, ein prozessuales Denken bei den Patienten und Patientinnen des afk Zürich. Das “Chronologische Krankseinskonzept“, das ebenfalls viele der Befragten haben, setzt auf eine Krankseinsursache, die über die Zeit besser wird. Dies im Sinne des Sprichwortes “Zeit heilt Wunden“. Diese drei Krankseinskonzepte (“concepts of illness“) sind rein numerisch die meistgenannten. Somit unterscheiden sich die Krankseinskonzepte von traumatisierten Migranten nicht von unseren schulmedizinischen Konzepten.

Die Resultate zeigen des weiteren eine Reihe von selten genannten Kategorien von Krankseinskonzepten, die jedoch meist von einzelnen Patienten genannt werden. Sämtliche Krankseinskonzepte stehen in keinem Zusammenhang mit soziodemographischen Variablen wie “kulturelle Herkunft“, “Bildung“, “Schichtzugehörigkeit im Heimatland“ oder “Aufenthaltsdauer in der Schweiz“.

Es zeigt sich, dass die befragten Patienten und Patientinnen vorwiegend Hilfe für ihr Kranksein im professionellen Sektor (Kleinman, 1980) suchen. Der volkstümliche Sektor wird im Krankheitsfall kaum aufgesucht. Auch dieser Befund weist auf ein vorwiegend an westlicher Medizin orientiertes Krankseinskonzept bei den Patienten und Patientinnen des afk Zürich hin. Neben therapeutischen Massnahmen erwarten die Patienten durchaus auch Hilfe im Bereich ihrer realen Lebenssituation. Dies betrifft den juristischen, den materiellen so wie den arbeitsmarktlichen Bereich.

Die meisten befragten Personen empfinden die traumatischen Ereignisse in ihrem Heimatland nach wie vor als sehr beeinträchtigend. Vier Patienten jedoch, ca. ein Drittel aller Befragten, gibt an, dass sie vor allem die aktuelle Lebenssituation belastet. Dies zeigt, dass hinsichtlich der Belastungsfaktoren der Patienten und Patientinnen des afk Zürich dem aktuellen Lebenskontext eine wichtige Rolle zukommt. Das Ergebnis, dass sich die Patienten und Patientinnen stark mit ihrer Situation als Asylanten und dem Asylentscheid beschäftigen (Hypothese 5), weist ebenfalls in diese Richtung, dass neben der Traumatisierung im Heimatland der aktuellen Lebenssituation in der Schweiz ein wesentliches Gewicht zukommt.

Die Forschungsfrage: „Was sind die Krankseinskonzepte von traumatisierten Migranten?“ kann dahingehend beantwortet werden, dass:

Die befragten Patienten und Patientinnen des afk Zürich Krankseinskonzepte („concepts of illness“) haben, die einem psychologischen Krankseinskonzept nahe kommen. Darin enthalten sind westliche, medizinische Annahmen von einer somatischen Erkrankung (Krankseinskonzept „Überlegene Gesundheitstechnologie“) gepaart mit Vorstellungen von einem auslösenden traumatischen Ereignis im Sinne der Psychotraumatologie. Dass die traumatisierten Migranten selbst dieses Kranksein in einem gesellschaftlichen Kontext im Zusammenhang mit Krieg und Folter sehen (Krankseinskonzept „political economy“), steht in Übereinstimmung mit dem Terminus der „extreme Traumatisierung“ nach Becker und Castillo (1990). Auch hier zeigt sich der Gedanke eines Prozesses, eines Krankseinsprozesses („Chronologisches Krankseinskonzept“).

Dass vorwiegend Hilfe im professionellen Gesundheitssektor (Kleinman, 1980) gesucht wird, erhärtet die Ergebnisse, dass sich die befragten Patienten und Patientinnen vorwiegend an der westlichen Medizin orientieren. Die Traumatisierung im Heimatland ist ein zentraler Faktor für die gesundheitlichen Beschwerden bei vielen der Befragten. Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt der aktuelle Lebenskontext in der Schweiz, der sich ebenfalls beeinträchtigend wirken kann und für den die traumatisierten Migranten sich Hilfe im juristischen, materiellen so wie Bereich des Arbeitsmarktes erhoffen.

8 Ausblick

Die hier präsentierten Resultate beziehen sich auf die „illness perspective“ von traumatisierten Migranten und Migrantinnen. Sie sind qualitativ erhoben worden und haben somit den Vorteil, die Themenbereiche „Therapieerwartungen“ und „Krankseinskonzepte“ relativ offen und unvoreingenommen empirisch wiederzugeben. Diese Themen konnten in die Tiefe diskutiert werden und dank der Zuhilfenahme von professionellen Dolmetschern auch – wo nötig – in der Sprache der befragten Patienten und Patientinnen durchgeführt werden. Die Resultate zeigen Tendenzen auf und geben die Meinung der Befragten in ihren eigenen Worten wieder. Das Vorgehen ist heuristisch wertvoll, da es die Entwicklung weitergehender Modelle im Sinne eines Verständnisses von „Kranksein als sozialer Prozess“ ermöglicht.

Was qualitative Forschung nicht leisten kann und will, ist eine Generalisierung der Ergebnisse. Hierfür wäre aufbauend auf den Ergebnissen dieser Studie eine quantitative Befragung erforderlich.

Wünschenswert wäre im weiteren, aufbauend auf den Resultaten dieser Studie und dem Modell für die kulturanthropologisch-medizinische Forschung nach Sich et al. (1993), konkrete Schritte für die Praxis der Versorgung zu planen. Das würde heissen, den zweiten Kreis des Modells nach Sich (Abbildung 1) in Angriff zu nehmen, also Schritte in Richtung „Planung der Problemlösung“, „Implementierung und Durchführung“, „Evaluation“, „Überprüfung und Justierung“ zu unternehmen.

9 Dank

Ganz besonders gedankt sei an dieser Stelle dem Bundesamt für Migration, namentlich Frau Beatrice Reusser und Frau Patricia Ganter. Dank ihrem Interesse und dem finanziellen Engagement wurde diese Studie möglich. Des weiteren sei der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals, namentlich Herrn Professor Ulrich Schnyder, gedankt, für die Unterstützung dieser Arbeit. Ein spezieller Dank gilt Herr Dr. phil. Piet van Eeuwijk, Experte der Universität Zürich in medical anthropology, für die professionelle und inhaltliche Supervision der Studie. Herzlichen Dank auch an Frau Osterwalder, die mir mit der Transkribierung zur Seite stand.

Zürich im Mai 2007

Mirjam Straub

10 Literatur

- Bauer, T. (2005). Migration und Gesundheitsversorgung: „Das Vertrauen ist das Wichtigste“. St. Gallen: Caritas-Fachstelle für Gesundheit und Integration.
- Becker, D. & Castillo, M. I. (1990). Procesos de Traumatisación Extrema y Posibilidades de Reparación. Unpublished paper, Santiago de Chile: ILAS.
- Becker, D. (1995). Extreme Traumatization: Working with Victims of Political Repression. In: Stiftung für Kinder (Hrsg.). Children – war and persecution. Osnabrück: Secolo Verlag.
- Bryant, J. H. (1969). Health and the Developing World. In: D. Sich, H. J. Diesfeld, A. Deigner & M. Habermann (1993). Medizin und Kultur. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Bundesamt für Gesundheit (eds.) (2002). Papier «Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006». Projekt Migration und Gesundheit. Schlussbericht 2000-2002.
- Domenig, D. (2001). Professionelle transkulturelle Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.
- Flick, U., Kardoff, E. von, Keupp, H., Rosenstiel, L. von & Wolff, S. (1995). Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Beltz.
- Eeuwijk, van P. (1999). Diese Krankheit passt nicht zum Doktor: Medizinethnologische Untersuchungen bei den Minahasa (Nord-Sulawesi, Indonesien). Ethnologisches Seminar der Universität und Museum der Kulturen Basel.
- Frey, C., Wicker, H. R. & Znoj, H. J. (1999). Coping among Bosnian Traumatized Refugees in Switzerland. Forschungsgesuch Schweizerischer Nationalfonds.
- Frey, C. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Culture. In: A. T., Yilmaz, M. G., Weiss & A., Riecher-Rössler (eds.). Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Basel: Karger.
- Frey C (2002). Projekt: Ausbau und Dezentralisierung des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer SRK. Bericht zu Handen des Generalsekretariats des Eidgenössischen Departements des Innern.
- Frey, C. & Sommerfeld, P. (2003). Abstract: „Zwischen Traumaverarbeitung und Alltagsbewältigung – Ein Referenzmodell für die Betreuung und Therapie von Folter- und Kriegsoffern im Exil. 8. Zürcher Psychotraumatologietagung, Februar 2003.
- Friedman, M. J. & Marsella, A. J. (1996). Posttraumatic Stress Disorder: An Overview of the Concept. In: A. J., Marsella, M. J., Friedman, E. T., Gerrity & R. M. Scurfield (eds.). Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications. Washington, DC: American Psychological Association.

Gilgen, D., Salis Gross, C., Maeusezahl et al. (2002). Impact of Organized Violence on Illness Experience of Turkish/Kurdish and Bosnian Migrant Patients in Primary Care. *Journal of Travel Medicine*, 9, 236-243.

Gisler, F. (2002). Auswirkungen der Migrationsbedingungen auf die Kriegsbelastung und Kriegsbewältigung bei bosnischen Flüchtlingen in der Schweiz. Lizentiatsarbeit Institut für Psychologie Universität Bern.

Grass, B. (2003). „Jetzt warte ich, was das noch wird, besser oder schlimmer“. Die Situation von vorläufig aufgenommenen Bosnierinnen in der Schweiz. Teilprojekt im Rahmen des Nationalfonds-Forschungsprojekts „Bewältigungsprozesse bei kriegstraumatisierten bosnischen Flüchtlingen in der Schweiz“. Schlussbericht.

Helman, C. G. (1985). Communication in Primary Care: the Role of the Patient and Practitioner Explanatory Models. *Social Science and Medicine*, 20 (9), 923-931.

Helman, C. G. (1990). *Culture, Health and Illness: An introduction for health professionals*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Hofmann, C., Sommerfeld, P. & Abderhalden, I. (2002). Abschlussbericht PatientInnenstudie SRK Therapiezentrum für Folteropfer. Olten: Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz.

Hornung, R. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Jehle, C. (2002). Auswirkungen der Kriegserlebnisse auf die posttraumatische Belastung und die Bewältigungsformen von bosnischen Kriegsflüchtlingen in der Schweiz. Lizentiatsarbeit Institut für Psychologie Universität Bern.

Jenkins, J. H. (1996). Culture, Emotion, and PTSD. In: A. J., Marsella, M. J., Friedman, E. T., Gerrity & R. M. Scurfield (eds.). *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1976). Konversationsanalyse. In: P. Mayring (Hrsg.). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Kilcher, A. (2002). «Alles Schmerz»: Probleme in der hausärztlichen Betreuung von MigrantInnen mit chronischem Schmerzsyndrom. Lizentiatsarbeit am Ethnologischen Seminar der Universität Zürich.

Kissling, P. (2003). Psychisches Befinden von bosnischen Kriegsflüchtlingen in der Schweiz. Dissertation Medizinische Fakultät Universität Bern.

Kleinmann, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Keilson, H. (1979). Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern. In: L. van Willigen (2001). Prevention of Long-Term Consequences of Violence in Refugees and Asylum Seekers. In: C. Moser, D. Nyfeler & M. Verwey (Hrsg.). Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Zürich: Seismo.

Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Levenstein, J. H., McCracken E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. & Brown, J. B. (1986). The Patient-Centered Method. Family Practice, 3 (1), 24-30.

Loutan, L. & Subilia, L. (1995). Torture et Violence Organisée: leur Conséquences sur les Requérrants d'Asile et les Réfugiés. Médecine et Hygiène, 49, 1942-50.

Loutan, L., Bollini, P., Pampallona, S. et al. (1999). Impact of Trauma and Torture on Asylum Seekers. European Journal of Public Health, 9, 245-47.

Maggi, J. & Cattacin, S. (2003). Needed basic research in „Migration and Health“ 2002-2006 in Switzerland. Study mandated by the Swiss Federal Office of Public Health.

Maier, T. (2006). Psychotherapie von Kriegs- und Folteropfern. Psychotherapeut, 51, 47-54.

Mayring, Ph. (1990). Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union.

Mayring, P. (1993). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T. & Scurfield, R. M. (1996). Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications. Washington, DC: American Psychological Association.

Migration und Suchtfragen Kanton Zug (2003). Migration und Suchtfragen. Eine Bedarfs- und Bedürfnisabklärung bei der Migrationsbevölkerung zu Angeboten der Suchtberatung und Suchtprävention Zug, Online available: <http://www.zug.ch/sucht> Access : 22-2-2006.

Morgan, D. L. (1997). Focus Groups as Qualitative Research. London: Sage Publications.

Moser, C., Nyfeler, D. & Verwey, M. (2001). Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich: Seismo-Verlag.

Moser, C. & Robertson, E. (2003). Gibt es uns noch? Bosnische Kriegsflüchtlinge auf der Suche nach Normalität. Neue Zürcher Zeitung 12.4.2003, 85.

Pfleiderer et al., 1995. In J. Schuler, (1997). Krankheit, Heilung und Kultur. Skizzen aus der Ethnomedizin. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Salis Gross, C. (2004). Struggling with Imaginaries of Trauma and Trust: The Refugee Experience in Switzerland. Culture, Medicine and Psychiatry, 28 (2), 151-167.

Schröck, R. (1996). Konzepte, Modelle und Theorien. In: H. Schädle-Deininger & U. Villinger (Hrsg.). Praktische psychiatrische Pflege. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schuler, J. (1997). Krankheit, Heilung und Kultur. Skizzen aus der Ethnomedizin. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Sich, D., Diesfeld, H. J., Deigner, A. & Habermann, M. (1993). Medizin und Kultur. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Spiess, R. & Kilcher, A. (2003). Arzt-Patienten-Interaktion im Migrationskontext. Praxis; 92, 689-696.

Swiss Red Cross (Hrsg.)(2005). In the Aftermath of War and Torture. Coping with Long-Term Traumatization, Suffering and Loss. Zürich: Seismo-Verlag.

Vogt, H. (2004). Kundenzufriedenheit und Kundenbindung: erfolgreiche Managementkonzepte für öffentliche Bibliotheken. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Weiss, R (1993). Therapieprojekt für gefolterte Flüchtlinge. Machbarkeitsstudie. Schweizerisches Rotes Kreuz Bern.

Weiss, R. (2003). Macht Migration krank? Zürich: Seismo-Verlag.

Wicker, H. R. (1993). Die Sprache extremer Gewalt – Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Arbeitsblätter Nr. 6, Institut für Ethnologie Universität Bern.

Wicker, H. R. (1996). Von Sinn und Unsinn Ethnologischer Gerichtsgutachten. Asyl, 4.

Wicker, H. R., Bielinski, D. & Katona, B. (1999). Die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden im Kanton Bern. Ein vorläufiger Bericht. Institut für Ethnologie Universität Bern.

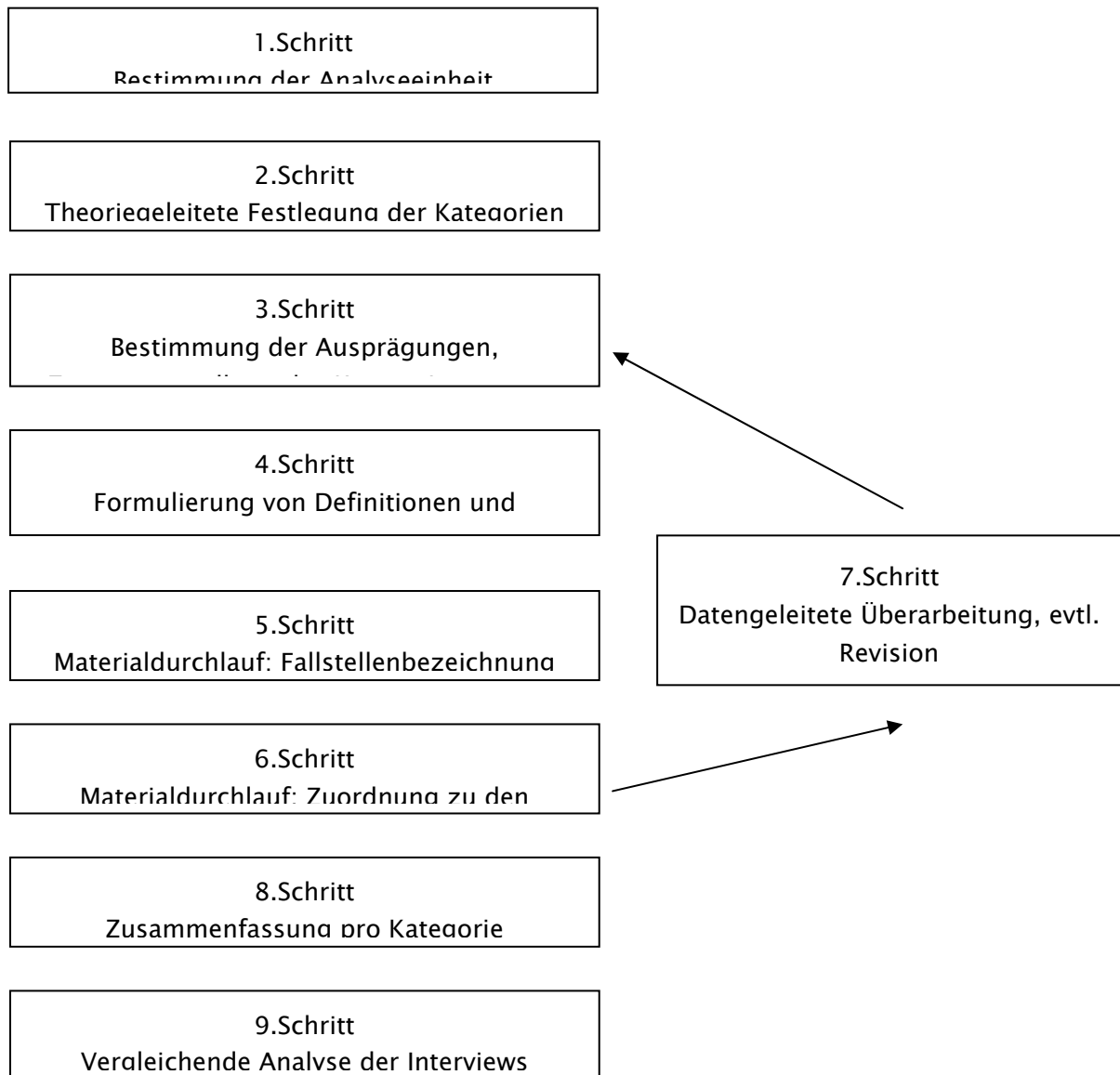
Wicker, H. R. (2004). Migration und die Schweiz: Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms "Migration und Interkulturelle Beziehungen". Zürich: Seismo-Verlag.

Willigen, van L. (2001). Prevention of Long-Term Consequences of Violence in Refugees and Asylum Seekers. In: C. Moser, D. Nyfeler & M. Verwey (Hrsg.). Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Zürich: Seismo-Verlag.

11 Anhang

Anhang 1

Tabelle 9: *Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse*



(Modell nach Mayring, 1993, S.78)

Anhang 2

Qualitative Studie afk

Beginn, Uhrzeit:.....

I Teil: Therapieerwartungen

HAUPTFRAGE

1. **Als Sie zu uns ins afk kamen, was für eine Art von Hilfe haben sie da erwartet?**
 - Worin soll die Hilfe bzw. die Behandlung bestehen?
 - Was für Arten der Behandlung ihrer Beschwerden kennen Sie?
 - Was halten sie von Medikamenten?

HAUPTFRAGE

2. **Welche wichtigsten Resultate erhoffen sie sich von einer Behandlung im afk?**
3. Was für eine **Stellung** hat Ihrer Meinung nach ein **Arzt/ eine Psychologin** in ihrer Gesellschaft?
4. Wie nehmen Sie Schweizer Ärzte und PsychologInnen wahr?

HAUPTFRAGE

5. **Ist es Ihrer Meinung nach hilfreich, über Ihre Beschwerden (im Rahmen einer Psychotherapie) mit einer Fachperson zu reden?**

II Teil: Krankheitskonzepte

Uns interessiert weiter, was Sie über ihre eigenen Beschwerden denken:

6. **Wie benennt** man die Beschwerden in Ihrer Muttersprache?

HAUPTFRAGE

7. **Was hat Ihrer Ansicht nach Ihre Beschwerden verursacht?**
8. **Wann** traten Ihre Beschwerden das **erste mal** auf?
9. **Warum** traten die Beschwerden nach Ihren Dafürhalten gerade **zu diesem Zeitpunkt** auf?
 - Hatten Sie seit dem Beginn der Krankheit beschwerdefreie Zeiten?
10. Was sagen ihre **Familie und ihre Freunde** zu Ihren Beschwerden?
11. Was glauben Sie, machen Ihre Beschwerden mit Ihnen? Wie **funktioniert das bei Ihnen persönlich**?
12. Wie **ernst** sind ihre Beschwerden?
13. Werden sie einen langwierigen oder einen kurzen **Verlauf** nehmen?

HAUPTFRAGE

14. **Welche wichtigsten Folgen haben Ihnen die Beschwerden gebracht?** (Was hat sich durch Ihre Beschwerden bei Ihnen **verändert**)

III Teil: Hilfeleistungen

HAUPTFRAGE

15. Welche Hilfe haben sie bisher für Ihre Beschwerden in Anspruch genommen?

a.) In der Schweiz?

Wenn ja, bei wem:

- Hausarzt
- Facharzt
- Psychotherapie
- Physiotherapie
- Sozialpsychiatrische Unterstützung
- Juristische Beratung
- Alternativmedizin
- Geisteiler
- *Hoca*
- religiöse Praktiker

b.) Haben Sie sich in Ihrem Heimatland auch schon behandeln lassen?

Wenn ja, bei wem:

- Staatliches Krankenhaus
 - Krankenhaus der sozialen Versicherung
 - Privates Krankenhaus
 - Ländliche Ambulanz
 - Niedergelassener Arzt
 - Apotheker
 - *Hoca*
 - Wallfahrtsstätte
 - Herbalist
 - Weise Frauen/ Hebammen
 - Hausmedizin
 - Geisteiler
- Gibt es in Ihrem Heimatland Leute, die zu Heilern etc. Gehen?
- Glauben sie persönlich an solche „Heiler“?

HAUPTFRAGE

16. Was sind ihre wünsche und Träume für die Zukunft?

Abschluss:

- Möchten Sie etwas anfügen?
- Wie haben Sie sich während des Interviews gefühlt?
- Wie geht es Ihnen jetzt?

Vielen Dank für das Gespräch!

Dauer, Uhrzeit:.....

Anhang 3

Postscriptum

Daten:

(Daten des Interviews)

Datum des Interviews

.....

Ort des Interviews

.....

Dauer des Interviews

.....(min/h)

Name der interviewenden

Person.....

Name der

DolmetscherIn.....

Fragen

- Wie war die Gesprächsatmosphäre?

(Postscriptum: persönlicher Eindruck)

- Was waren Besonderheiten im Gesprächsverlauf?

(Postscriptum: persönlicher Eindruck)

- Was sind meine Assoziationen (Interviewerin)?

(Postscriptum: persönlicher Eindruck)