

Transkulturelle Psychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

■ B. Küchenhoff, H. Schär Sall

Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

Einleitung

Im Alltagsleben von uns allen machen sich Globalisierung, Migration und Mobilität bemerkbar. Davon ist auch die Psychiatrie betroffen. Etwa 20% der Patienten¹, die in unsere Klinik eintreten, sind Migrantinnen. Patientinnen mit Migrationshintergrund, die eine psychiatrische Behandlung brauchen, benötigen eine Therapie, die ihren komplexen Lebenshintergründen, ihrer sozialen Lage und ihren Vorstellungen (z.B. von Familie und Arbeit, von Krankheit und Gesundheit) entsprechen. Untersuchungen zeigen, dass diese Patientengruppe weniger Therapien erhält. Nebst mangelnder fachlicher Kompetenzen führen auch sprachliche Verständigungsschwierigkeiten dazu, dass diese Patienten zum Beispiel weniger psychotherapeutisch behandelt werden. Um eine Gleichstellung mit der einheimischen Bevölkerung in der Behandlung zu erzielen, bedarf es spezifischer fachlicher Kompetenzen, den Einbezug von Übersetzerinnen und oft mehr Zeit.

Das Angebot einer transkulturellen Psychiatrie ist inzwischen fester Bestandteil in unserer «Klinik für affektive Störungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost». Auf einer der Aufnahmestationen (Station A1), die bis Ende November 2007 unter der oberärztlichen Leitung von Dr. Rafael Traber stand, der das Projekt von Anfang an tatkräftig mitgestaltete, und ab Dezember 2007 unter der oberärztlichen Leitung von Dr. Matthias Schick steht, der das Konzept weiterführt, wurde gemeinsam mit den Autoren dieses Artikels der Schwerpunkt «psychiatrische Behandlung von Migrantinnen und Migranten» aufgebaut. Zum interdisziplinären Behandlungsteam gehören der Autor dieses Artikels als ärztliche Fachperson, die Mitautorin dieses Beitrags als Ethnologin/Psychologin, der Oberarzt und die Assistenzärzte der Station und das Pflegeteam inklusive der Sozialarbeiterin. Das Angebot entstand aus der Initiative der Autoren, die im Rahmen des Projektes «Migrant Friendly Hospitals» des Bundesamtes

für Gesundheit (BAG) finanzielle Mittel für die Umsetzung ihres Projektes zugesprochen bekamen. Nach Abschluss dieser Drittmittelfinanzierung (von August 2005 bis Oktober 2006) wurde das Angebot von der Klinik mit eigenen Mitteln weitergeführt.

Voraussetzungen und allgemeiner Ansatz

Die zunehmende Globalisierung und Migration führt aufgrund ökonomischer, sozialer und kultureller transkontinentaler Verflechtungsprozesse zu Konsequenzen auch in der Gesundheitspraxis, also auch in der Psychiatrie. Insofern ist es sinnvoll, wenn die Psychiatrie die Erkenntnisse der Sozialwissenschaften wie der modernen Sozialanthropologie komplementär mit einbezieht.

In Anlehnung an das sozialanthropologische Verständnis sehen wir Kultur nicht als etwas Statisches, etwa als «Sitten und Gebräuche der Fremden», sondern wir verstehen Kultur als einen dynamischen Austauschprozess, in dem wir uns alle befinden, woher wir auch immer kommen, und der uns alle auf unterschiedliche Weise betrifft. So wenig wie es isolierte Kulturkreise gibt, gibt es *die* Kultur *der* Kosovo-Albaner, *der* Afrikanerinnen (Afrika wird oft als Kontinent zusammengefasst!), *der* Schweizer oder *der* Europäer. Hingegen gibt es verschiedene Konzepte und Erklärungsmodelle, von denen wir als Kollektiv, als Individuum, als Berufsgruppe u.a.m. unterschiedlich Gebrauch machen. In der transkulturellen Psychiatrie geht es darum, den Patienten mit Migrationshintergrund (und gegebenenfalls auch ihren Familien) eine sinnadäquate psychologische psychiatrische Hilfe anzubieten. Wir orientieren uns deshalb nicht nur am Konzept der Störungen nach ICD-10, sondern auch am Lebenshintergrund und an der Lebenswelt der Migranten. Dabei beziehen wir nicht nur die aktuelle soziale und ökonomische Situation der Patienten (und je nachdem ihrer Familien) mit ein, sondern auch deren Vorstellungen, Erklärungsmodelle und Sichtweisen (beispielsweise über Frauen- und Männerrollen, Arbeit, Gesundheit und Krankheit). Gängige Konzepte und Vorstellungen über «Fremdes» oder «Eigenes» werden dabei oft in Frage gestellt. Grundannahmen wie auch die (oft unbewussten) kulturellen Genübertragungen werden neu reflektiert.

Die transkulturelle Psychiatrie, wie wir sie praktizieren, baut auf Ansätzen und Konzepten aus der Psychiatrie, der Sozial-

anthropologie (Ethnologie), der Medizinethnologie und der Ethnopschoanalyse auf. Auf diesem Hintergrund erweist sich die klinische Praxis auch als Verflechtungs- und Aushandlungspraxis. Manchmal ist nämlich zunächst unklar, wovon eigentlich gesprochen wird: Zum Beispiel kann unter Familie die Herkunftsfamilie oder nur die neu gegründete Kleinfamilie verstanden werden, ebenso wie unter Krankheit, Krankheitsursache und Heilung je etwas anderes angenommen werden kann. Diese unausgesprochenen Grundannahmen über die Krankheit, die Ursache und die Diagnose müssen also in jedem Fall im Gespräch mit dem Patienten sowie seinen Angehörigen erst bewusst und gemeinsam geklärt werden, damit eine sinnvolle Behandlung überhaupt möglich ist. Dabei ist es ganz wichtig, dass die Vorstellungen der Patienten oder deren Angehörigen nicht entwertet, sondern einbezogen werden. So ist es zum Beispiel für eine erfolgreiche Behandlung wesentlich zu wissen, ob eine Störung als innerpsychischer Konflikt, als Folge eines individuellen Vergehens gegenüber dem Kollektiv oder als eine Störung verstanden wird, die von aussen kommt und magisch interpretiert wird. Auf keinen Fall werden kulturelle Vorstellungen, auch magische, in Frage gestellt. In der Therapie sind daher Metaphern und mehrere verschiedene Interpretationen sehr hilfreich. Wir müssen insofern auch für Vorstellungen offen bleiben, die nicht dem schulmedizinischen psychiatrischen Klassifikationssystem entsprechen.

Allgemeines Wissen über eine sogenannte «Kultur des Anderen», also Zuschreibungen, exotisierende kulturelle Stereotypen und Vorurteile helfen nicht weiter. Erst die individuelle Klärung im gemeinsamen Verstehensprozess führt zu neuen Einsichten. Das Erzählen der Hintergründe der eigenen Migration, des Lebensentwurfes und der Biographie, die Erinnerung an Trennungen von nahen Personen, die Wahrnehmung von Schuldgefühlen gegenüber den Zurückgelassenen, aber auch Wut, Enttäuschung, Trauer und Kränkungen aufgrund mangelnder Anerkennung oder Gastfreundschaft, mangelnder Erfolg in der Migration oder erlebte Ohnmacht im Krankheitsgeschehen erfahren in unseren Gesprächen oft erstmaliges Ge-

Korrespondenz:

Dr. med. Bernhard Küchenhoff
Psychiatrische Universitätsklinik
Lenggstrasse 31
CH-8008 Zürich
e-mail: Bernhard.Kuechenhoff@puk.zh.ch

¹ In der Darstellung wird nur eine Geschlechtsform verwendet, wobei aber immer beide Geschlechter gemeint sind.

hör und Anteilnahme anstelle von alleinigen Reden über Symptome wie zum Beispiel Körperschmerzen.

Auch Erfahrungen von Verfolgung, Trauma und Flucht werden Thema. Fremdheits-erfahrungen und das Erleben von Überforderungen und beruflichen Misserfolgen, die soziale Folgen haben, kommen zur Sprache. Weitere Themen sind zum Beispiel: Verlust der Geschlechterrollen, Unmöglichkeit Anerkennung zu finden, Dilemmata in Bezug auf Zugehörigkeiten, erlebte Kränkungen und unterdrückte bis aggressiv ausagierte Ohnmachtsgefühle, Hexereivorstellungen, mittels derer die soziale Lage und ihre Konflikte und Ängste ausgedrückt werden.

In dem zur Verfügung gestellten therapeutischen Rahmen (s. u.) kann dem Patienten (und je nachdem seinen Angehörigen) und seinem uns gelegentlich bizarr oder unverständlich erscheinenden Umgang mit seinem Leiden Verständnis entgegengebracht werden. Diese transkulturelle Therapie dient auch als Übergangsraum, um psychische, soziale und kulturelle Integration und eine Verbindung von Vergangenheit und Gegenwart zu ermöglichen. Basis für dieses Vorgehen ist eine vertrauensvolle Beziehung, für deren Aufbau es Zeit braucht. Eine selbst-reflexive und forschende Haltung führt zu neuen Interpretationen, weckt Neugierde da, wo sich sonst gegenseitige Abwehrhaltungen einstellen.

Die konkreten Angebote und das Vorgehen

Auf der genannten Aufnahmestation werden die *ethnopsychiatrischen Gruppentherapien*, neben der allgemeinspsychiatrischen Behandlung, zusammen mit den Ärzten, der Ethnologin/Psychologin und der pflegerischen Bezugsperson und dem Patienten (eventuell zusammen mit Familienangehörigen) und bei Bedarf mit einer professionellen Übersetzerin durchgeführt. Die Gruppe besteht dabei nicht aus mehreren Patientinnen, sondern aus dem jeweiligen Patienten und aus einer Gruppe von Therapeutinnen. Wir beziehen uns bei unserem Vorgehen auf die Ansätze der französischen Ethnopsychiatrie, die besonders von T. Nathan am Centre Devereux in Paris entwickelt wurden und unter anderem auch von M. Moro in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hôpital Avicenne) fortgeführt werden.

Diese Gruppengespräche werden entweder als Standort Sitzungen eingesetzt oder als kontinuierliche Gruppentherapien während des ganzen Klinikaufenthaltes durchgeführt. In Einzelfällen führen wir sie anschliessend noch ambulant fort. Da nicht alle Patienten mit einem Migrationshintergrund auf der Spezialstation aufgenommen werden können, wird das Angebot der Gruppengespräche bei Bedarf auch Patientinnen anderer Stationen zur Verfügung gestellt.

Dass wir diese Form der Gruppentherapie anbieten, liegt darin begründet, dass vielen Migrantinnen eher ein Gruppen-Setting vertraut ist. Während für die meisten Patienten

aus unserem kulturellen Umfeld in der Regel die Einzeltherapie den höchsten Stellenwert innehat, erleben viele Migrantinnen aus eher kollektiv organisierten Gesellschaften die Einzeltherapiesituation oft als zu intim oder geradezu sexualisiert. Unsere Erfahrung ist darüber hinaus, dass die therapeutische Gruppe den teilweise enormen Anforderungen und Belastungen der Patienten, mit zum Teil schweren traumatischen Vorgeschichten, besser gewachsen ist, als dies einem Einzeltherapeuten möglich wäre.

Für die Therapeutinnen der Gruppe ist es auch möglich, dass bestimmte, zum Beispiel soziale, Aufgaben nach den Gesprächen von verschiedenen Teilnehmern übernommen werden (z.B. Behördenkontakte, Klärung der Wohnsituation, Vermittlung juristischer Fachpersonen, Begleitungen u.a.m.).

Ein weiteres Angebot ist die *ethnopsychiatrische Interventionsgruppe*. Bereits vor mehr als 12 Jahren entstand aufgrund unserer (der Autoren) Zusammenarbeit an der Psychiatrischen Universitätsklinik diese interdisziplinäre Interventionsgruppe. Dadurch konnte die Komplementarität von Ethnologie (Sozialanthropologie), Psychologie und Psychiatrie, die für die transkulturelle Praxis erforderlich ist, genutzt werden. Die Sitzungen dieser Gruppe werden alle drei Wochen unter unserer Leitung durchgeführt und dauern eineinviertel Stunden. Eine Teilnehmerin stellt jeweils einen Patienten oder eine Patientin vor. Die Gruppe ist offen für alle Berufsgruppen, und es nehmen neben den Klinikmitarbeitern Kolleginnen aus der psychiatrischen Poliklinik sowie aus der Praxis teil.

Bei den vorgestellten Patienten geht es neben der Krankheitsgeschichte zusätzlich um die biographische Anamnese, die Migrationsgeschichte, die persönlichen Beziehungen sowie die kulturellen Übertragungen und Gegenübertragungen, die hier kritisch reflektiert werden. Auch unterschiedliche kulturelle Erklärungsmodelle (des Patienten wie eigene), Vorstellungen und Konzepte, wie zum Beispiel von Familie, Gesundheit oder Krankheit, und der soziale Kontext kommen zur Sprache. Die entstehenden Hypothesen und unterschiedlichen Interpretationen führen zu neuen Perspektiven und Sichtweisen in Bezug auf die Diagnose oder die Therapie. So eröffnen sich neue Haltungen und Zugänge zum Patienten und dienen in den weiteren Gesprächen mit den Patientinnen einem rascheren und effektiveren wechselseitigen Erkenntnisgewinn und damit einer angemessenen Behandlung.

Wirkungen der ethnopsychiatrischen Behandlungen

Das neue Behandlungsangebot führt anstelle eines vagen Teilwissens über kulturelle Stereotype zu einem wirklichen Interesse am Patienten und seinem Lebenszusammenhang und damit einer sinnadäquaten Behandlung. Dass sich mehrere Fachpersonen so intensiv und differenziert um einen Patienten bemühen, wirkt therapeutisch insofern, als

verschiedene Migrantinnen durch die Gruppengespräche wieder etwas Mut und Selbstsicherheit schöpfen, sich zu artikulieren wagen, auch über ihre Nöte, ihre unterdrückte Wut oder ihre Trauer sprechen und weniger ausagieren, zum Beispiel mit Beziehungsabbrüchen, Somatisierungen und v.a.m. Sie fühlen sich ernst genommen und respektiert, auch dies eine korrigierende Erfahrung, denn viele psychisch erkrankte Migranten sind auf Grund ihrer Vorerfahrungen oft misstrauisch geworden und haben das Vertrauen in Andere verloren. In einer Halt gebenden und verständnisvollen Umgebung gelingt es vielen bei genügend Raum und Zeit, doch wieder behutsam Vertrauen aufzubauen und ihre Lebenssituation zu verbessern oder überhaupt auch noch andere Perspektiven, als zum Beispiel die des Krankseins, ins Auge zu fassen. Es zeigte sich auch, dass anfangs manchmal schwierige, gespannte und aggressive Situationen auf der Station sich entspannten und damit eine effektive Behandlung überhaupt erst möglich wurde.

Wiederholt konnten auch Diagnosen korrigiert werden. So ist zum Beispiel nicht jede sogenannte «externalisierende» Vorstellung hinsichtlich der Krankheitsgenese (Einflüsse von Ahnen respektive deren Geistern) als psychotisches Erleben zu klassifizieren, sondern kann, wie oben erwähnt, auch als Referenzrahmen verstanden werden, um die eigenen Ängste und Konflikte zu äussern. Ausserdem konnten in diesem kotherapeutischen Gruppen-Setting Überforderungen oder Hoffnungslosigkeiten der Patientinnen, die sich sonst auf den Behandler übertrugen, besser ausgehalten oder vermieden werden. Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und damit verbundene verfrühte Entlassungen konnte so wirksam entgegengewirkt werden. In einem derartigen Gruppengespräch zeigte sich zum Beispiel, dass ein Patient nicht, wie angenommen, eine schwere Störung zeigte, sondern sich in einem durchaus nachvollziehbaren Konflikt befand, der ambulant weiter bearbeitet werden konnte, unter Verzicht auf eine Fortsetzung der stationären und medikamentösen Behandlung. Er erlebte die Psychiatrie als einen Ort, an dem er sich ernst genommen fühlte. Er betonte, dass es das erste Mal in der Schweiz gewesen sei, dass er von seinem Dorf und seinem früheren Leben erzählte.

Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, zum Beispiel somatischen Kliniken, konnte im Einzelfall ebenfalls verbessert werden, was sich wiederum günstig auf die gesamte Behandlung auswirkte. So konnte die somatische Behandlung, inklusive chirurgischen Eingriffen, bei einer Patientin, die von schwerwiegenden gegenseitigen Vertrauensstörungen und Missverständnissen bis hin zu einer psychischen Krise geprägt war, erst sinnvoll und erfolgreich weitergeführt werden, nachdem sie zuerst im vorgestellten Gruppen-Setting ethnopsychiatrisch behandelt und begleitet wurde. Die Behandlung verlief psychisch und somatisch erfolgreich, und die Patientin fand, trotz weiterhin prekärer Lebenssituation, zu ihrer Eigenständigkeit und Lebenskraft zurück.