

# Psychiatrie und Migration: Forschungsperspektiven

Norbert Hartkamp

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**psychoneuro** 2004; 30 (2): 109–111

**F**ür die klinische und praktische Tätigkeit ist die psychiatrische Forschung trotz ihrer unbestreitbaren Wichtigkeit vielfach nicht oder noch nicht von Relevanz. Dies gilt besonders in einem Bereich wie dem der Behandlung von Migranten, wo weniger grundlagenwissenschaftlichen Fragen, als solche nach der Kulturabhängigkeit psychopathologischer Zustandsbilder, nach den mit Migration verknüpften Risiken für psychische Erkrankung, nach spezifischen, versorgungsrelevanten epidemiologischen Zusammenhängen und schließlich nach den besonderen Erfordernissen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Migranten von Bedeutung sind.

Die transkulturelle Psychiatrie in Deutschland hat sich aus der Beschäftigung mit der Psychiatrie der „Dritten Welt“ heraus entwickelt. In ihren Anfängen war sie stark ethnologisch geprägt und in den kolonialen Kontext ihrer Entstehungszeit eingebunden (11). Später stand das Bemühen im Vordergrund, die Psychiatrie in den Ländern der „Dritten Welt“ durch westliche Therapiemethoden und wissenschaftlichen Fortschritt zu verbessern (13). Erst in jüngerer Zeit ergab sich eine deutliche Verschiebung des Arbeitsschwerpunkts hin zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten, Flüchtlingen und Asylanten. Im anglo-amerikanischen Sprachraum stehen demgegenüber schon seit geraumer Zeit die Notwendigkeiten der psychiatrischen Versorgung in einer

*Im vorliegenden, kurzgefassten Überblick werden Forschungsfragestellungen aus dem Bereich der Migrationspsychiatrie dargestellt und ausgewählte Befunde zu diesen Fragestellungen referiert. Die hier angeführten Bereiche sind Epidemiologie, Zugangsbarrieren zum psychiatrischen Versorgungssystem, sprachliche Einflüsse und Diagnostik und Therapie sowie Fragen der kulturell kompetenten Versorgung. Die Forschung zu diesen Fragestellungen ist in Deutschland gegenüber europäischen Nachbarländern und im internationalen Vergleich noch unzureichend entwickelt. Gründe hierfür werden benannt und diskutiert.*

multikulturellen Gesellschaft im Vordergrund. Dies ist auch nicht verwunderlich, wenn man sich vor Augen führt, dass gegenwärtig etwa 40% der Patienten des psychiatrischen Versorgungssystems in den USA einer „nicht-weißen“ Bevölkerungsgruppe zuzurechnen sind. Etwa 65% der Amerikaner sind asiatischer Abkunft und 70% der Amerikaner hispanischer Abkunft, beherrschen Englisch nur als Fremdsprache (2). In Deutschland wächst demgegenüber erst in jüngerer Zeit das Bewusstsein dafür, dass Einwanderung hier, ebenso wie in anderen Industrienationen, eine gesellschaftliche Realität darstellt, der sich auch die psychiatrische Forschung stellen muss.

## ■ Epidemiologische Fragen

Wie wirkt sich z.B. die unterschiedliche Herkunft und Migrationsgeschichte auf die psychische Morbidität aus und welches sind die Faktoren, die zu einer erhöhten Rate psychischer Erkrankungen unter Migranten führen? Eine neuere Studie (22) an einheimischer Bevölkerung und Migranten in Schweden, konnte zeigen, dass die Häufigkeit von Suizidversuchen erheblich von der geo-

graphischen Herkunft der Patienten beeinflusst wurde. Bezüglich der Inzidenz von schizophrenen und schizoaffektiven Erkrankungen in den Niederlanden ist die Neuerkrankungsrate bei Migranten aus der Türkei und aus westlichen Ländern nicht erhöht (18), während das Neuerkrankungsrisiko bei Einwanderern aus Marokko, Surinam und den Niederländischen Antillen um das 2,9-fache bis 4,5-fache erhöht war. In diesem speziellen Zusammenhang gehen Veen et al. (21) der Frage nach, ob der unterschiedliche Drogengebrauch unter den Migranten aus verschiedenen Herkunftsländern zu der unterschiedlichen Inzidenzrate beiträgt. Diese Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass dies nicht der Fall sei. Fossion et al. (4) kommen in ihrer Untersuchung von Einwanderern der zweiten Generation aus Marokko in Belgien zu der Auffassung, dass soziale Faktoren – insbesondere die Arbeitslosigkeit – als wesentliche Ursachen für die erhöhte Erkrankungshäufigkeit anzusehen seien. Möglicherweise, dies legen wiederum die Befunde von Aspinall (1) nahe, wird es aber vor allem darauf ankommen, Faktoren wie geo-

graphische Herkunft und soziale Integration in ihrer Interaktion abzubilden und zu verstehen. In die gleiche Richtung weist auch die Untersuchung von Silveira und Ebrahim (19), die anhand einer Stichprobe psychisch erkrankter älterer Migranten und Nicht-Migranten in East-London zeigen konnten, dass bei Migranten aus Afrika und Indien/Bangladesh und bei der einheimischen Bevölkerung ein jeweils unterschiedliches Maß von Angst, von Depression und von Lebenszufriedenheit beobachtbar war, wobei Faktoren wie Wohn- und Einkommenssituation oder soziale Unterstützung in den verschiedenen Subpopulationen auf unterschiedliche Weise Einfluss nahmen. Offensichtlich bestehen hier komplexe Wirkzusammenhänge von ethnischer Zugehörigkeit, kultureller Einbindung und sozialer Stellung im Migrationsland, die bislang erst unzureichend verstanden sind.

### **Zugangsbarrieren und ihre Überwindung**

Wie kann Migranten der Zugang zu psychiatrischen Versorgungssystemen erleichtert werden? Vor diesem Hintergrund fanden beispielsweise Hassett und George (10) bei ihrer Untersuchung in gerontopsychiatrischen Einrichtungen in Australien, dass die Inanspruchnahme durch die Bevölkerung nicht-europäischer Abstammung deutlich geringer ist, als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht. Unklar blieb jedoch, ob dies auf Zugangsbarrieren etwa durch die ausgeprägten sprachlichen Verständigungsprobleme (78,8% der Patienten nicht-europäischer Herkunft benötigten einen Übersetzer) zurück zu führen war oder darauf, dass in dieser Gruppe die Erkrankungsrate an psychogeriatrischen Störungen geringer ist oder aber an den besser funktionierenden familiären und sozialen Netzwerken, die eine Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitssystems weniger erforderlich machten. Bezogen auf die Inanspruchnahme kinder- und jugendlichenpsychiatrischer ambulanter Einrichtungen fanden Schepker et al. (16) allerdings, dass in den Familien, die psychiatrische Ein-

richtungen nicht in Anspruch nahmen, die innerfamiliären Ressourcen nicht so viel größer gewesen wären, dass die Inanspruchnahme professioneller Dienste entbehrlich gewesen wäre. In der Sicht dieser Autoren sind für die geringere Inanspruchnahme vielmehr u.a. die Informationsdefizite von Bedeutung. Eine mögliche Folge von Verständigungshindernissen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist eine gegenüber der einheimischen Bevölkerung erhöhte Rate von Behandlungen mit Hypnotika und Sedativa (12), eine längere Behandlungszeit in psychiatrischen Krankenhäusern (14).

### **Psychiatrische Versorgung in einer fremden Sprache**

Welche Auswirkungen hat es auf die Diagnostik und die Therapie, sich mit dem Patienten in einer ihm fremden Sprache verständigen zu müssen? Dabei geht es um die Frage, ob es, beispielsweise bei schizophrenen Psychosen, kulturabhängige Ausformungen gibt, oder ob das, was als Kulturabhängigkeit erscheint, eher eine Folge von Verständigungsschwierigkeiten ist (6, 7, 8, 9). Die Schwierigkeit in der Verständigung kann aber auch zu einer therapeutischen Chance werden, wenn sie eine notwendige Distanzierung von emotional hoch belastenden Themen erleichtert (23).

### **Kulturell kompetente Versorgung**

Insgesamt gibt es unter Psychiatern und Psychotherapeuten einen wachsenden Konsens darüber, dass die kompetente Versorgung von Migranten auch Anpassungen der Versorgungssysteme notwendig macht. Forschung richtet sich in diesem Zusammenhang darauf, Veränderungen der Versorgungssysteme zu beschreiben und zu evaluieren. So berichtet Grube (5), dass die Einrichtung einer bilingualen Behandlungsmöglichkeit für türkische Migranten zu kürzeren Behandlungszeiten bei nicht schizophren Erkrankten, einem insgesamt besseren Behandlungserfolg bei den psychotisch Erkrankten und, über alle Diagnosegruppen, zu einer geringeren Zahl von Wiederaufnahmen führte. Erim-Frodermann et al. (3)

beschreiben die Implementierung eines muttersprachlichen Psychotherapieangebots und schildern, dass die muttersprachlichen Therapeuten in Beziehung zu ihren Klienten mit spezifischen Gegenübertragungserfahrungen konfrontiert sind, die auch die jeweils eigene Migrationsgeschichte berühren. Schmeling-Kludas et al. (17) berichten über die Einrichtung eines muttersprachlichen Behandlungsangebots in der psychosomatischen Rehabilitation, das sie unter das Motto „soviel Spezialisierung wie nötig, soviel Integration wie möglich“ stellen. Ähnlich wie auch Rodewig et al. (15), die ebenfalls die Entwicklung eines stationär-psychotherapeutischen Behandlungskonzepts darstellen, finden sich bei diesen Autoren jedoch noch keine systematischen Evaluierungen der Effekte von solchen, spezialisierten Behandlungsformen. Über die besonderen Schwierigkeiten mit der Evaluation Migranten spezifischer Versorgungsstrukturen berichten Strate und Koch (20).

### **Wo steht die Forschung heute?**

In Deutschland beschränkt sich die Forschung im Bereich Migrationspsychiatrie und -psychotherapie auf eine vergleichsweise kleine Gruppe besonders interessierter Kliniker und Praktiker, deren Arbeiten in vielen Fällen immer noch den Charakter von Erfahrungsberichten haben oder die als qualitative Beiträge die Grundlagen für mögliche spätere, größer angelegte Studien liefern können.

Dabei ist es sicher kein Zufall, dass die wichtigsten Forschungsbeiträge zu psychiatrischen Aspekten der Migration aus Ländern stammen, die entweder – wie Großbritannien, Frankreich, Belgien oder die Niederlande – eine Vergangenheit als Kolonialmacht haben und daher mit Zuwanderern aus den früheren Kolonialgebieten konfrontiert waren, oder aus Ländern, deren heutige Gesellschaften selbst Resultat von Einwanderungsprozessen sind, wie z.B. Australien, Neuseeland, Kanada oder die USA. In diesen Ländern ist, wenngleich es im Einzelfall auch gegenläufige Bestrebungen gibt, der Umstand der Multikulturalität und

der ethnischen Vielfalt grundsätzlich als gesellschaftliche Realität akzeptiert, während in Ländern wie Deutschland oder Japan, deren Gesellschaften sich traditionellerweise weit mehr über gemeinsame geographische Abstammung, Sprache und Kultur definieren bis heute deutliche Bestrebungen gibt, die sich gegen die Akzeptanz von multikultureller Vielfalt als gesellschaftliche Realität richten. Dementsprechend sind auch die multikulturellen Versorgungssysteme in Deutschland und Japan noch weitestgehend unentwickelt, während in Großbritannien oder den USA ethnospesifische, auf Integration gerichtete psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsangebote in größerem Umfang existieren. In diesen Ländern zählen auch Fragen der kulturellen Kompetenz und des kultursensiblen Umganges mit Angehörigen anderer Ethnien oder Subkulturen zum selbstverständlichen Ausbildungskanon von Psychiatern, Psychotherapeuten und in der Primärversorgung tätigen Hausärzten.

Ganz sicher wird sich in deutschen Sprachraum die Forschung zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Aspekten der Migration umso eher weiterentwickeln können, je klarer die gesellschaftliche Realität von Multikulturalität anerkannt wird. Im Konkreten bedeutet dies aber auch, dass seitens der wesentlichen forschungsfördernden Institutionen die gegenwärtige, nahezu ausschließlich auf das inhärent akulturelle, bio-medizinische Modell ausgerichtete Forschungspolitik insoweit zu modifizieren wäre, dass auch Mittel für die Forschung zu Kultur spezifischen Fragestellungen bereitstehen. Ohne eine solche Förderungsmöglichkeit wird die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Forschung zu Fragen der Migration auf absehbare Zeit keinen Anschluss die internationale Spitze in diesem Bereich finden können.

*This short overview presents selected research topics in the field of migration related psychiatry. Selected findings are presented. The main topics of research are (1) epidemiology, (2)*

*access barriers to mental health institutions, (3) influence of language on diagnosis and therapy, and (4) the development of culturally competent services. Research on these topics in Germany is insufficiently developed, if compared to neighboring countries in Europe or if compared internationally. Reasons for these deficits are discussed.*

**Keywords:** Emigration-and-Immigration – Transients-and-Migrants – Multilingualism – Cross-Cultural-Comparison – Ethnic-Groups

#### Literatur

1. Aspinall PJ. Suicide amongst Irish migrants in Britain: a review of the identity and integration hypothesis. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48: 290–304
2. Dana RH. *Handbook of Cross-Cultural and Multicultural Personality Assessment*. Mahwah, London, Lawrence Erlbaum Assoc., 2000
3. Erim-Frodermann Y, Lichtblau K, Senf W. Veränderungen in der einheimischen Institution nach Implementierung von muttersprachlicher Psychotherapie. In: Strauss B, Geyer M (Hrsg.). *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung*. Opladen, Westdeutscher Verlag, 2000: 172–181
4. Fossion P, Ledoux Y, Valente F, Servais L, Staner L, Pelc I, Minner P. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 443–450
5. Grube M. Evaluation eines Verbundprojekts zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 81–83
6. Haasen C, Lambert M, Mass R, Krausz M. Impact of ethnicity on the prevalence of psychiatric disorders among migrants in Germany. *Ethn Health* 1998; 3: 159–165
7. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 125–129
8. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. ngnp1033 Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. A controlled clinical study. *Psychopathology* 2001; 34: 203–208
9. Haasen C, Yagdiran O, Mass R. Differenzen zwischen der psychopathologischen Evaluation in deutscher und türkischer Sprache bei türkischen Migranten. *Nervenarzt* 2000; 71: 901–905
10. Hassett A, George K. Access to a community aged psychiatry service by elderly from non-English-speaking backgrounds. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 623–628
11. Heise T, Pfefferer-Wolf H, Leferink K, Wulff E, Heinz E. Geschichte und Perspektiven der transkulturellen Psychiatrie und Psy-

12. Hjern A. High use of sedatives and hypnotics in ethnic minorities in Sweden. *Ethn Health* 2001; 6: 5–11
13. Machleidt W. Referat für Transkulturelle Psychiatrie: Ziele und Aktivitäten. *Nervenarzt* 2002; und 73: 485–486
14. Riecken A, Wiedl KH, Weig W. Die Bedeutung der „Deutschkenntnisse“ für die Entwicklung und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 275–277
15. Rodewig K, Tasyürek F, Tietz G. Stationäre Psychotherapie mit Migranten aus der Türkei. In: Rodewig K (Hrsg.). *Identität, Integration und psychosoziale Gesundheit*. Giessen, psychosozial-Verlag, 2000: 183–208
16. Schepker R, Toker M, Eberding A. Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1999; 48: 664–676
17. Schmelng-Kludas C, Boll-Klatt A, Froeschlin R. Türkischsprachiges stationäres Psychosomatisches Heilverfahren. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg.). *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. Freiburg, Lambertus-Verlag, 2000: 80–92
18. Selten JP, Veen N, Feller W et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 367–372
19. Silveira ER, Ebrahim S. Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 801–812
20. Strate P, Koch E. Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg.). *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. Freiburg, Lambertus-Verlag, 2000: 211–227
21. Veen N, Selten JP, Hoek HW et al. Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort: a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 440–443
22. Westman J, Hasselström J, Johansson SE, Sundquist J. The influences of place of birth and socioeconomic factors on attempted suicide in a defined population of 4.5 million people. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 409–614
23. Yagdiran O, Haasen C, Krausz M. Psychotisches Erleben im transkulturellen Spannungsfeld. Eine kasuistische Analyse der Bedeutung der Zweitsprache für den therapeutischen Prozess. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 380–382

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Norbert Hartkamp  
Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Postfach 12 05 10  
40605 Düsseldorf