

4 Kultur und Depression

Hans-Jörg Assion und Thomas Stompe

4.1 Depression im Kontext von Migration

Depressive Erkrankungen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und werden bis zum Jahr 2020 auch die zweithäufigste Ursache in Hinblick auf Funktionsbeeinträchtigungen werden (WHO 2007). In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche bevölkerungsbezogene Studien mit dem Ziel durchgeführt, einen besseren Aufschluss über die Häufigkeit, Verteilung und den Verlauf von depressiven Erkrankungen zu bekommen (Lecrubier 2001, 2007; Inaba et al. 2005), darunter auch großangelegte epidemiologische Untersuchungen (Lepine 2001; Wittchen u. Jacobi 2005).

Folgt man der Auswertung des Bundesgesundheits surveys von 1998, so ist von einer Prävalenz von 15% bei den Frauen und 8,1% bei den Männern auszugehen; damit sind Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen (RKI 2006).

Weitgehender Konsens besteht darüber, dass Depression als eine kulturübergreifende Erkrankung zu verstehen ist, die in ihrer Symptompräsentation und Prävalenz kulturspezifischen Besonderheiten und Unterschieden unterliegt. Das zeigt überzeugend die von der WHO in fünf Ländern durchgeführte Studie (Kanada, Indien, Iran, Japan, Schweiz), an der 573 Patienten teilnahmen und aus der deutlich wird, wie die Symptomausprägung in Abhängigkeit von dem kulturellen Kontext variiert. Während z.B. 68% der schweizerischen Bevölkerung über Schuldgefühle berichteten, waren es lediglich 32% im Iran. Hin-

gegen wiesen 57% der befragten Iranis in der Depression Zeichen einer Somatisierung auf, während der Anteil in Kanada lediglich 27% betrug (WHO 1983). Die durch das kulturelle Umfeld bedingte syndromale Variabilität erschwert wiederum die epidemiologische Datenerfassung. Auf die kulturspezifischen Merkmale sollte zwar gebührend eingegangen werden, doch fehlt es bisher an einem entsprechenden, allgemein akzeptierten methodischen Vorgehen. Erhebungsinstrumente wie z.B. die Zung-Selbstbeurteilungsskala, die Hamilton Depressionsskala, das Beck Depression-Inventar oder das standardisierte WHO Schedule zur Erfassung depressiver Störungen (WHO/SADD) u.a. wurden zwar in vielen Kulturen verwendet, haben aber eine begrenzte Validität im Hinblick auf kulturelle Einflussfaktoren und damit ihre Begrenzung bei nicht-westlichen Bevölkerungsschichten.

Vergleichsweise wenige Daten liegen bisher über Migranten und Migrationskontexte vor, was die Prävalenz- und Inzidenzraten oder spezifischen Risikofaktoren für eine Depression betrifft. Die bisher vorhandenen Informationen lassen jedoch darauf schließen, dass neben dem Faktor der Migration oder des Migrationshintergrunds noch weitere peristatische Faktoren eine Rolle spielen (Tinghog et al. 2007). So weisen populationsbezogene Untersuchungen aus den Benelux-Staaten (Levecque et al. 2007) oder den Vereinigten Staaten (Williams et al. 2007) meist auf eine höhere Prävalenz der Major-Depression (MDD) bei Menschen mit Migrationshintergrund hin. Eine metaanalytische Auswertung der Prävalenzraten hingegen erbrachte keinen signifikanten Einfluss des Faktors Migration auf die Häufigkeit von Depression (Swinnen u. Selten 2007). Bedenkt man die jeweils divergierenden Prävalenzraten in den verschiedenen Kulturen, Ländern und Landstrichen, so bleibt ein Rückschluss auf eine andere als die jeweils untersuchte Region oder einen anderen gesellschaftlichen (strukturellen) Kontext auf jeden Fall problematisch.

Wittig et al. (2008) fanden in ihrer Leipziger Untersuchung, in der sie Menschen mit polnischem und vietnamesischem Migrationshintergrund untersuchten, eine im Vergleich zur deutschen Gruppe leicht erhöhte Depressionsrate. Die mit der HADS („Hospital Anxiety and Depression Scale“) erhobenen Ergebnisse wiesen dabei deutlichere Unterschiede für die jüngeren Altersgruppen (18–34 Jahre) nach. In psychiatrischen Institutsambulanzen mit einem speziellen Versorgungsangebot für Migranten ist die Depression eine der am häufigsten gestellten Diagnosen. In einer Auswertung von 250 türkisch-stämmigen Patienten einer universitären Institutsambulanz für Migranten wurde bei 65% aller Patienten die Diagnose einer affektiven Erkrankung vergeben und drei Viertel aller Frauen wegen depressiver Symptome behandelt (Assion et al. 2007). Die Situation stellt sich bei der stationären psychiatrischen Behandlung aber anders dar. Eine bei stationär-psychiatrischen Patienten mit Migrationshintergrund durchgeführte Studie fand keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von depressiven Erkrankungen im Vergleich zu den einheimischen deutschen Patienten. Der Anteil der depressiven Patienten

mit Migrationshintergrund betrug 22,2% und der deutschen Vergleichsgruppe 26,0% (Schouler-Ocak et al. 2008). Dabei weisen einige Untersuchungen daraufhin, dass Migranten bei der Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Versorgungsangeboten unterrepräsentiert sind (Assion 2005). Entgegen der nun naheliegenden Vermutung, dass die psychiatrische Versorgung durch die ambulante Behandlung außerhalb des nervenärztlichen Fachgebiets kompensiert wird, ermittelte eine Studie in Allgemeinarztpraxen in einem Stadtteil von Hamburg eine zu geringe Inanspruchnahme medizinischer Hilfe durch Migranten (Haasen 2000). Die wenigen Untersuchungen dazu lassen aber keine verallgemeinernde Aussage zu.

Ein wichtiger Aspekt mit Blick auf die Symptompräsentation depressiver Störungen sind die begleitenden psychosomatischen Beschwerden. Einer Reihe von Studien zur Folge äußern Menschen mit Migrationshintergrund häufiger als Einheimische solche Beschwerden (Weilandt u. Altenhofen 1997). Dabei sind Körperbeschwerden in vielen außereuropäischen Kulturen eine typische Ausdrucksform depressiver Verstimmung. Je nach Geschlecht, Bildungsstand, sozialem Status und den zugrunde liegenden Krankheitskonzepten werden somatisierte Beschwerden mehr oder weniger stark vorgetragen (Assion 2004).

Allgemeine Schlussfolgerungen sind aus Erhebungen im klinisch-psychiatrischen Setting dadurch limitiert, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund zuerst in anderen Hilfeinrichtungen Unterstützung suchen und die erhobenen Daten somit nur ein eingeschränkt repräsentatives Bild ergeben. Wie heterogen die Situation ist, wobei die jeweilige ethnische Zugehörigkeit und die regionalen Besonderheiten beachtet werden müssen, zeigt die Untersuchung von Bhui et al. (2004). In ihrer Erhebung in allgemeinmedizinischen Praxen in London bei Patienten aus der indischen Region Punjab war die Rate an Depressionen in den Primärversorgungseinrichtungen höher als bei der englischen Vergleichsgruppe.

4.2 Depression und Migration aus der historischen Perspektive

Das euroamerikanische Konzept der Depression und das Vokabular, das zentrale Symptome, wie Schuld, Müdigkeit, Energielosigkeit oder depressive Stimmung beschreibt, ist das Produkt einer Jahrhunderte andauernden Entwicklung der westlichen Kultur (Tellenbach 1960; Jackson 1985; Jahdavi 1996). Im Zeitalter der Globalisierung und der inner- und transkontinentalen Migrationsbewegungen werden wir mit klinischen Bildern von Depressionen konfrontiert, die unsere professionellen Wahrnehmungs- und Denkgewohnheiten zu einer Umorientierung zwingen.

Ganz neu ist die Feststellung, dass die Phänomenologie der Depression in außereuropäischen Kulturen von den traditionellen europäischen Beschreibungen in mancher Hinsicht abweicht, allerdings nicht. Bereits Emil Kraepelin

notierte nach seiner Javareise, bei der er Gelegenheit hatte, malaiische und chinesische Patienten zu untersuchen:

„... auch das Bild des manisch-depressiven Irreseins, obgleich unverkennbar vorhanden, bietet eine Reihe von klinisch wichtigen Abweichungen. Vor allem fehlen fast vollständig ausgeprägte Depressionszustände. Wenn überhaupt, pflegt die Depression nur in leichten Andeutungen und rasch vorübergehend aufzutreten; Versündigungs-ideen wurden niemals geäußert.“ (Kraepelin 1904)

In den Jahrzehnten nach Kraepelins Untersuchungen in Java entwickelten sich in der transkulturellen Psychiatrie zwei Forschungsansätze sowie zwei konkurrierende theoretische Vorannahmen (s. Abb. 18).

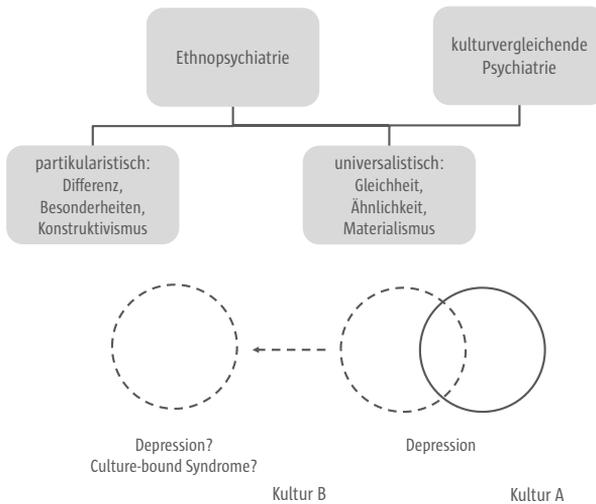


Abb. 18 Methodenwahl und Forschungsperspektiven in der transkulturellen Psychiatrie

Bis in die 1950er-Jahre dominierte in der Erforschung des Einflusses der Kultur auf die Phänomenologie und Psychopathologie der Depression der ethnopsychiatrische Ansatz. In diesen Arbeiten wurden bevorzugt die Ausdrucks- und Erscheinungsformen der Erkrankung in traditionellen Kulturen sowie die sozialen und therapeutischen Umgangsweisen mit den Patienten beschrieben. In den darauf folgenden Jahrzehnten entwickelte sich unter dem Einfluss der transkulturell-psychiatrischen Sektion der McGill Universität in Montreal (Murphy et al. 1967) ein genuin kulturvergleichender Ansatz, der das Ziel hatte, mit einheitlichen Methoden Kranke aus verschiedenen Ethnien zu untersuchen. Der vorläufige Höhepunkt der kulturvergleichenden Depressionsforschung war die Collaborative Study of Depressive Disorder der WHO (Jablensky et al. 1981) Aus der kulturvergleichenden Psychiatrie entwickelte sich die Migrationspsychiatrie, die implizit oder explizit psychische Erkrankungen von Migranten und mit denen der Bevölkerung des Gastlandes, mitunter aber auch mit der Population im Heimatland der Migranten, vergleicht.

Die kulturvergleichende Psychiatrie geht von einem universalistischen Krankheitsverständnis aus. Universalistische Ansätze zielen auf die Herausarbeitung gemeinsamer Muster und Eigenschaften ab. Neben Universalien, die auf der allen Menschen gemeinsamen, biologischen Ausstattung beruhen, können auch kulturelle Universalien beschrieben werden (Antweiler 2007). Die dem Universalismus verpflichteten Forscher halten daran fest, dass es ungeachtet aller kulturellen Unterschiede der Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen, des semantischen Materials, das zur Beschreibung psychischer Leidenszustände verwendet wird und der spezifischen Umgangsweise mit der Erkrankung möglich ist, einen kulturinvarianten Kern herauszuarbeiten, der als Referenzpunkt für fremdethnische Manifestationsformen der Depression dienen kann. Zu vermeiden gilt es allerdings, die in der klassischen europäischen Psychiatrie als typisch angesehenen Beschreibungen als selbstverständliches Referenzsystem für andere Kulturen und Ethnien heranzuziehen. Das häufig nicht explizit dargelegte Ziel des kulturvergleichenden Ansatzes ist es dagegen, mit statistischen oder hermeneutischen Methoden Idealtypen klinischer Bilder herauszuarbeiten, die Nähe und Distanz dieser Idealtypen zu kulturspezifischen Phänotypen psychischer Erkrankungen darzustellen und daraus eine validere Ausgangsbasis für epidemiologische Untersuchungen zu gewinnen.

Auch die frühen ethnopsychiatrischen Studien waren zunächst meist universalistisch orientiert. Bezugspunkt war hier allerdings nicht der direkte Vergleich mit anderen Kulturen oder Ethnien, sondern ein implizites, europäisch geprägtes Krankheitsverständnis.

Unter dem Einfluss der konstruktivistischen postmodernen Ethnologie (z.B. Geertz 1972) wurde schon in den 1970er-Jahren Kritik an der kulturvergleichenden Psychiatrie laut (Littlewood 1996). Von kulturanthropologisch orientierten Psychiatern wurde die Vergleichbarkeit der Manifestationsformen psychischer Erkrankungen aus Kulturen, die sich in ihren Menschen- und Weltbildern erheblich unterscheiden, prinzipiellen Zweifeln ausgesetzt. Zu unterschiedlich und daher nahezu unübersetzbar sei das semantische Material, in das psychische Leidenszustände eingebettet sind, zu wenig vergleichbar die kulturspezifischen Krankheitskonzepte. Unter diesen Rahmenbedingungen könne die Suche nach universell gültigen Aussagen nur zu einer Nivellierung der Unterschiede führen. Die Kritik am partikularistischen Ansatz blieb von Seiten der universalistisch orientierten Psychiatrie allerdings nicht aus. Ohne Referenzsystem sei es nicht möglich, überhaupt von einer bestimmten Erkrankung zu sprechen. Was partikularistisch orientierte Forscher als kulturspezifische depressive Erkrankung bezeichnen, könnte dem allgemein geteilten Depressionsverständnis so fern stehen, dass man eigentlich schon von einem Culture-Bound-Syndrom sprechen müsse. Darüber hinaus würden die konstruktivistisch orientierten Autoren auf Differenzen fokussieren, die sich aus kulturspezifischen Kognitionen ergeben. Das eher kulturunabhängige affektive Ausdrucksverhalten würde demgegenüber ausgeblendet werden. Kleinman

und Good (1985) stellten in einem Sammelband diese unterschiedlichen Positionen der transkulturellen Depressionsforschung einander gegenüber. Diese wissenschaftstheoretische Kontroverse löste sich zwar bis dato nicht in einer Synthese der unterschiedlichen Ansätze auf, zwang aber die kulturvergleichende Richtung zu einer größeren konzeptuellen Klarheit und zu einer behutsameren und ausgewogeneren Interpretation ihrer Forschungsergebnisse.

4.3 Die universalistisch orientierte ethnopsychiatrische Depressionsforschung

In einer zusammenfassenden Betrachtung des Einflusses von Kulturmustern auf die Phänomenologie der Depressionen gilt es, die primäre Symptomatik von sekundären Verarbeitungsprozessen zu trennen. Die primäre Veränderung bei affektiven Erkrankungen vollzieht sich nach Berner (1982) und Janzarik (1987) im Bereich der psychischen Dynamik. Betroffen seien vor allem die Affekte, die Stimmung, der Antrieb und das Leiberleben. Während Depressionen in Europa vorwiegend durch eine traurig-gedrückte Stimmung charakterisiert sind, die in schweren Fällen in ein Gefühl der Gefühllosigkeit übergehen kann (Tellenbach 1960), treten diese Affektqualitäten in Afrika oft hinter einer dysphorischen Stimmung zurück (German 1972; Pfeiffer 1994). Zwar lassen sich Beschreibungen von depressiven Verfassungen bis in die Pharaonenzeit zurückverfolgen, allerdings dominieren auch in Ägypten pseudoneurasthenische Bilder mit wenig ausgeprägtem depressivem Affekt (Okasha 2005). Die kulturellen Varianten der Präsentation affektiver Veränderungen in der Depression sind mannigfaltig. In manchen Ethnien, wie etwa bei den Kaluli auf Papua Neu Guinea, erfolgt der Ausdruck der Affekte expressiv und dramatisch. Im Gegensatz dazu findet bei den Balinesen und den Thai-Lao in der Depression eine Glättung von allen emotionalen Höhen und Tiefen statt (Kleinman u. Good 1985).

Vegetative Störungen, körperliche Missempfindungen, Störungen des Schlafes und des Appetits sowie Tagesschwankungen werden auch in der europäischen Psychiatrie von jeher als charakteristisch für Depressionen angesehen (Berner 1982; Leonhard 2003). Hierdurch erhalten Depressionen häufig den Charakter des Leibhaftigen, sodass Depressionen vor allem in außereuropäischen Kulturen durch die stärkere Fokussierung auf diese somatischen Beschwerden oft als körperliche Erkrankungen imponieren können (Kirmayer 2001). Pfeiffer beschreibt bei indonesischen Patienten vor allem allgemeine Missempfindungen wie Zittern, Steifigkeit und Brennen der Körperoberfläche (Pfeiffer 1994). Ganz zentriert auf die Wahrnehmung von Schwäche und körperliche Missempfindungen waren die von Kleinman (1982, 1986) beschriebenen chinesischen Patienten. Über psychische Beschwerden zu klagen wird mit einer Kritik am familiären Umfeld gleichgesetzt, weshalb ein solches Verhalten in der Konfuzianischen Tradition äußerst stigmatisierend wäre. Darüber hinaus erlauben allerdings die Erschöpfungszustände und die körperlichen

Beschwerden im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes eine gewisse Kontrolle über die psychosozialen Lebensumstände, ein Muster, das sich auch häufig bei türkischen Migranten findet. In anderen Untersuchungen in nicht westlichen Ländern wie Afghanistan (Waziri 1973), Hong Kong (Cheung et al. 1980–81), Irak (Bazzoui 1970), Indien (Sethi u. Gupta 1970; Teja et al. 1971; Rao 1973), Iran (Good u. Moradi 1985), Japan (Ohara 1973; Shinfuku et al. 1973) und Saudi-Arabien (Racy 1980) stehen ebenfalls somatische Beschwerden im Vergleich mit psychischen Symptomen im Vordergrund.

Deutliche Unterschiede zwischen westlichen und traditionellen Kulturen zeigen sich vor allem in den sekundären Verarbeitungsprozessen der primären depressiven Symptomatik. Die Reflexion über die körperlichen Beschwerden führt häufig zu einer hypochondrischen Verarbeitung (Janzarik 1956a). Abhängig vom kulturell gebräuchlichen Medizinsystem wird auf vertraute Krankheitsbilder zurückgegriffen. Glauben depressive Patienten, die in engem Kontakt mit dem westlichen medizinischen System sozialisiert wurden, dass der erlebte Energieverlust auf einen Tumor zurückzuführen ist, so machen Patienten aus nicht-europäischen Kulturen zur Erklärung derselben Beschwerden Gebrauch von lokal vertrauten Krankheitsbildern wie *Susto* (Schrecken, Seelenverlust) in Lateinamerika, *Dhat* (Spermaverlust) in Indien oder *Koro* im chinesischen Raum (Pfeiffer 1994). Voraussetzung für Verarmungsideen ist, dass der Kranke eine Beziehung zu persönlichem Besitz gefunden hat. Entsprechend dem Leitbild einer dem „Realen zugewandten Tüchtigkeit“ (Janzarik 1956b) findet sich Verarmungswahn nicht nur in Europa, sondern auch in indischen oder iranischen Kaufmannschichten. Kontrovers diskutiert wird die Frage des Vorkommens von depressivem Schuldgefühlen in traditionellen Kulturen (Stompe et al. 2001). In weiten Teilen Afrikas scheinen Schuldgefühle zu fehlen (Carothers 1953). Die Beobachtungen von Field (1960) in den Heiligenschreinen der Ashanti belegen allerdings, dass auch in tribalen Ethnien Versündigungserlebnisse durchaus bekannt sind. Allerdings hat das Schuldgefühlen hier sekundären Charakter und ist ein vom sozialen Umfeld an den Kranken herangetragenem Erklärungsmuster für die Ursache des Leidenszustandes. Zwar finden sich depressive Schuldgefühle am häufigsten in Jüdisch-Christlichen Kulturen, sind aber auch in Ägypten (El-Islam 1969), Japan (Kimura 1965) und in Indien (Hoch 1961) verbreitet. Wo Krankheiten und andere negativen Lebensereignisse auf magische Einwirkung zurückgeführt werden, finden sich bei depressiv Erkrankten häufig persekutorische Ideen (Odejide 1989; Pfeiffer 1994).

4.4 Die partikularistisch orientierte ethnopsychiatrische Depressionsforschung

Diese Richtung der transkulturellen Depressionsforschung gründet sich auf ethnolinguistische Theorien sowie auf postmoderne, konstruktivistische Strömungen der Kulturanthropologie. Lutz (1985) etwa kritisiert, dass ethno-

zentristische basale Kategorien der westlichen psychologischen Theorienbildung wie die Dichotomien Emotionen/Kognitionen, subjektiv/objektiv, Körper/Geist in gleicher Weise auf Kranke aus traditionellen Kulturen angewendet werden. Das westliche Konzept der Depression unterscheidet sich fundamental von nicht-westlichen Formulierungen normalen und abnormalen Verhaltens. In einer ethnographischen Untersuchung bei den polynesischen Ifaluk sind Emotionen konzeptionell nicht von Kognitionen getrennt. Depressionen werden nicht in Opposition zu Glück gestellt. In eine ähnliche Richtung verweisen die Forschungen von Schieffelin (1985) bei den Kaluli in Papua-Neuguinea. In der Interpretation der Ergebnisse seiner Feldforschungen folgt Schieffelin dem Konzept des „Ethos“ von Bateson (1958) – dem Stil einer Kultur, Emotionen zu bearbeiten oder auszudrücken. Schieffelin argumentiert, dass affektive Erkrankungen zwangsläufig ein soziales Phänomen sein müssen, da menschliche Affekte im sozialen Feld konstituiert werden. Dass generalisierte Hoffnungslosigkeit gesellschaftlich auch positiv konnotiert sein kann, zeigt Obeyeskere (1985) am Beispiel der fundamentalen Buddhistischen Einsicht über den ephemeren Charakter der Alltagswelt. Im Gegensatz zur gegenwärtigen westlichen Welt, in der Affekte frei flottieren und nicht in einer von allen geteilten sozialen Welt verankert sind, werden in Buddhistischen Gesellschaften private depressive Affekte in Form eines öffentlichen gemeinsamen Idioms artikuliert. Dadurch erfolgt, wie im mittelalterlichen europäischen Konzept der Acedia, eine Transformation von Affekten in Symbole und Bedeutungen. In dieser Bewegung von der privaten Welt über soziale Wertehaltungen zu öffentlichen Symbolen können negative Gefühle bewältigt werden.

Die noch immer nicht zur Gänze aufgearbeiteten Ergebnisse der partikularistischen Richtung der ethnopsychiatrischen Depressionsforschung stellen für die Entwicklung einer neuen transkulturellen Psychiatrie mit einem tieferen Verständnis für deren komplexe Interdependenzen von Kultur, Gesellschaft, dem Einzelnen und den normalen und abnormalen psychischen Phänomenen eine Herausforderung, aber auch eine Chance dar.

4.5 Die kulturvergleichende Depressionsforschung

Die erste große internationale, in dreißig Ländern durchgeführte, kulturvergleichende Untersuchung zur depressiven Symptomantik wurde von der transkulturellen Sektion der McGill Universität organisiert (Murphy et al. 1967). Durch eine Befragung von Psychiatern fanden die Autoren in 21 Ländern die klassischen Zeichen der Depression wie depressive Stimmung, Interesseverlust, Schlafstörungen und Tagesschwankungen. In den anderen neun Ländern, die den nicht-westlichen Kulturen angehören, zeigten sich diese Symptome deutlich seltener. Stattdessen standen somatische Störungen wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme und Libidoverlust im Vordergrund.

Ein Vergleich von englischen und nigerianischen Patienten mit Depressionen ergab, dass in beiden Gruppen gleich häufig über eine depressive Stimmungslage berichtet wurde; Schuldgefühle, Angst und Suizidgedanken fanden sich häufiger im englischen, Somatisierung und Antriebshemmung im nigerianischen Sample (Binitie 1975).

Die bereits erwähnte Studie in vier Ländern (Collaborative Study of Depressive Disorder der WHO: Schweiz, Kanada, Iran, Japan) ergab sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede (Jablensky et al. 1981). Traurigkeit, Freudlosigkeit, Angst, Energielosigkeit, Interesselosigkeit, Konzentrationsstörungen und Insuffizienzgefühle fanden sich bei drei Viertel aller Patienten. Weniger als ein Viertel der Befragten berichtete über Schuld-, Verarmungs- und hypochondrische Wahnideen, Symptome, die vor allem in der Heidelberger Schule als typisch für schwere Depressionen angesehen wurden (Schneider 1950; Janzari 1956a, 1956b, 1957). Psychomotorische Unruhe war häufiger in Teheran, Selbstanklagen dagegen häufiger in Europa anzutreffen.

Bestätigt wurden diese Ergebnisse in einer neueren Untersuchung von österreichischen und pakistanischen Patienten mit Major Depression (Stompe et al. 2001). Schuldgefühle, Suizidideen und Antriebshemmung fanden sich häufiger bei den Österreichern, Angst, Unruhe und somatische Symptome häufiger bei den Pakistanis. In einer Vergleichsuntersuchung von türkischen und deutschen Patienten mit Depressionen zeigte sich, dass somatische Symptome trotz der Häufigkeitsunterschiede auch kulturübergreifend ein zentraler Bestandteil der depressiven Symptomatik sind (Ebert u. Martus 1994), ein Befund der sich in weiteren kulturvergleichenden Untersuchungen bestätigte (Simon et al. 1999).

4.6 Somatisierung und Migration

Das somatische Syndrom findet bei depressiven Störungen seinen Ausdruck in den vielfältigen Klagen über somatische Symptome, die von Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen über Muskelschmerzen oder abdominale Beschwerden reichen. Allgemeine Klagen über körperliche Schwäche, Erschöpfungsgefühle, Beklemmung und Herzrasen gehören gleichermaßen zu dem Symptompektrum. Folgt man den Ergebnissen einer Erhebung über Patienten mit der Diagnose einer Depression, so suchen die meisten von ihnen, nämlich nahezu 70%, zuvor einen Hausarzt wegen körperlicher Beschwerden auf (Simon 1999).

Wie bereits erwähnt, ist das somatische Syndrom kulturübergreifend und weltweit ein zentraler Bestandteil depressiver Symptomatik, gleichermaßen auch in den Gesellschaften westlicher Industrieländer. In Gesellschaften und Ethnien, in denen externe Körperkonzepte tradiert, also Teil eines kollektiven Krankheitsverständnisses sind und zum Erklärungsmodell pathologischer

Prozesse gehören, finden sich körperbezogene Ausdrucksformen von Stimmungs- und Verstimmungszuständen häufiger.

In einer Erhebung, die von v. Ferber (2003) bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (n = 253) im Vergleich zur autochthonen, deutschen Bevölkerung (n = 637) durchführte, wurde nach den Gründen für das Aufsuchen eines Hausarztes im Hinblick auf die subjektive Schmerzwahrnehmung gefragt. Das Ergebnis war nicht weiter überraschend und entsprach bekannten Sachverhalten. Signifikant häufiger war die Schmerzangabe in der Gruppe der türkisch-stämmigen Patienten. In dieser Gruppe war – wie zu erwarten – die Klage über Beschwerden des Atmungssystems am häufigsten. Externale Körperkonzepte gehen bekanntlich davon aus, dass Krankheit „von außen“ kommt, also außerhalb des Körpers durch die Umwelt vermittelt wird. Es liegt daher nahe, dass die Lungen als Eintrittspforten verstanden werden und folglich Krankheitserreger über die Atmung in den Körper eindringen können. Entsprechend dieser Krankheitsvorstellung leitet sich z.B. der Begriff „Malaria“ ab, was soviel wie „schlechte Luft“ (mala aria) bedeutet.

In einer Übersichtsarbeit unter dem Titel „Depression in the Planet's Largest Ethnic Group: The Chinese“ kommen Parker et al. zu dem Schluss, dass in der ethnischen Gruppe der Chinesen depressive Symptome nur unzureichend wahrgenommen bzw. tendenziell verleugnet werden. Die Symptompräsentation der Depression erfolgt auch bei Chinesen typischerweise stark auf körperlicher Ebene. Durch die Öffnung des Landes, auch im Zuge der Globalisierung, ist seit Mitte der 1980er ein Wandel im Sinne der Annäherung an die Symptomdarstellung und Klassifikation westlicher Länder zu erkennen (Parker 2001).

4.7 Suizidalität und Migration

Die bisher publizierten Ergebnisse zur Suizidalität von Migranten sind widersprüchlich und es gibt Hinweise darauf, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund die Rate an Suizidversuchen im Zusammenhang mit Depression erhöht ist. Vorab sollte aber festgestellt werden, dass eine Aussage über die Gesamtgruppe der Migranten zu generell ist. Eine Differenzierung bezüglich unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit ist erforderlich, um zu reproduzierbaren Ergebnissen zu kommen.

Aus den Niederlanden wurde berichtet, dass die Suizidrate unter Kindern von Migranten bis zu fünfmal höher ist, als bei den einheimischen Kindern (De Jong 1994). Insbesondere besteht ein erhöhtes Suizidrisiko in der zweiten Generation der Menschen mit Migrationshintergrund (Hjern u. Allebeck 2002). Im Gegensatz dazu werden geringere Suizidraten von Migranten türkischer oder marokkanischer Abstammung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung berichtet. Die Suizidraten bei Menschen mit surinamischem Migrationshintergrund liegen wiederum deutlich höher (Garssen et al. 2006).

Auch in Deutschland sind die Suizidraten bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung niedriger (RKI 2008). Das gilt aber nicht für bestimmte Risikogruppen wie z.B. pubertierende Mädchen oder junge Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, die eine im Vergleich zu den gleichaltrigen einheimischen Frauen zweifach höhere Suizidrate aufweisen (relatives Risiko von 1,8) (Razum u. Zeeb 2004). In einer Studie mit 7308 Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum darunter 451 Patienten mit einem Migrationshintergrund wurden retrospektiv Risikofaktoren für Suizidalität analysiert. Ethnizität und Alkoholmissbrauch waren statistisch signifikant mit Suizidalität korreliert. Bemerkenswert war das unterschiedliche Risiko für Suizidalität in Abhängigkeit von der ethnischen Gruppe; Patienten mit türkischem Migrationshintergrund hatten eine geringere Suizidrate als die deutsche Vergleichsgruppe, während die Suizidrate bei polnischen und arabischen Migranten statistisch signifikant höher war.

Bisher ist die Datenlage in Bezug auf Suizidalität von Migranten begrenzt und es besteht weiterer Forschungsbedarf. Eine Differenzierung mit Blick auf die jeweilige ethnische Zugehörigkeit und die kulturellen Einflussfaktoren ist in den Untersuchungen zu fordern. Verallgemeinernden Aussagen über die Gesamtgruppe der Migranten führen bei variablem Risikoprofil in verschiedenen Ethnien nur zu begrenzt aussagekräftigen Ergebnissen.

Literatur

- Antweiler C (2007) Was ist den Menschen gemeinsam? Über Kultur und Kulturen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt
- Assion HJ (2004) Behandlungsprobleme bei psychisch kranken Migranten. In: Rössler W, Lauber C Psychiatrische Rehabilitation. Springer Heidelberg
- Assion HJ (2005) Migration und psychische Krankheit. In: Assion HJ (Hrsg.) Migration und seelische Gesundheit. 133–144. Springer Berlin Heidelberg New York
- Assion HJ, Bingöl H, Özguerdal S, Basilowski M (2007) Patienten türkischer Herkunft in der psychiatrischen Institutsambulanz. *MMW* 149 (2), 57–58
- Bateson G (1958) *Naven*. University Press Stanford
- Bazzoui W (1970) Affective disorders in Iraq. *Br J Psychiatry* 117,195–203
- Berner P (1982) *Psychiatrische Systematik*. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Huber Bern Stuttgart Wien
- Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Sauer J, Tylee A (2004) Assessing the prevalence of depression in Punjabi and English primary care attenders: the role of culture, physical illness and somatic symptoms. *Transcult Psychiatry* 41(3), 307–22
- Binitie A (1975) A factor-analytical study of depression across cultures (African and European). *Br J Psychiatry* 127,559–663
- Carothers JC (1953) *The African Mind in Health and Disease. A Study of Ethnopsychiatry*. World Health Organization Geneva
- Cheung FM, Lau BW, Waldmann E (1980–1981) Somatization among Chinese depressives in general practice. *Int J Psychiatry Med* 10, 361–374
- De Jong J (1994) Ambulatory mental health care for migrants in the Netherlands. *Curare* 17, 5–34
- Ebert D, Martus P (1994) Somatization as a core symptom of melancholic type depression. Evidence from a cross-cultural study. *J Affect Disord* 32, 253–256

- El-Islam MF (1969) Depression and guilt: a study at an Arab psychiatric clinic. *Soc Psychiat* 4, 56–58
- Ferber L, Köster I, Celayir-Erdogan N (2003) Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelwartungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen* 65, 304–311
- Field MJ (1960) *Search for security – an ethnopsychiatric study of rural Ghana*. North-Western University Press Evanston
- Garssen MJ, Hoogenbroezem J, Kerkhof AJ (2006) Suicide among migrant populations and native Dutch in The Netherlands. Article in Dutch. *Ned Tijdschr Geneesk* 50, 2143–9
- Geertz CJ (1972) *The interpretation of culture*. Basic Books New York
- German A (1972) Aspects of clinical psychiatry in Sub-Saharan Africa. *Br J Psychiatry* 121, 461–470
- Good B, Moradi R (1985) The interpretation of Iranian depressive illness. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) *Culture and Depression*. 369–428. University of California Press Berkeley Los Angeles
- Haasen C, Boyali A, Yagdiran O, Krausz M (2000) Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten in einer Allgemeinpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 76, 512–516
- Hjern A, Allebeck P (2002) Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 37, 423–9
- Hoch EM (1961) Contents of depressive ideas in Indian patients. *Ind J Psychiatry* 3, 28–36
- Inaba A, Thoits PA, Ueno K, Gove WR, Evenson RJ, Sloan M (2005) Depression in the United States and Japan: gender, marital status, and SES patterns. *Soc Sci Med* 61(11), 2280–92
- Jablensky A, Sartorius N, Gulbinat W, Ernberg G (1981) Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. *Acta psychiat scand* 63, 367–383
- Jackson SW (1985) Acedia the sin and its relationship to sorrow and melancholia. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) *Culture and Depression*. 43–62. University of California Press Berkeley Los Angeles
- Jadhav S (1996) The cultural origins of western depression. *Int J Soc Psychiatry* 42, 269–286
- Janzarik W (1956a) Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depression in ihrer Beziehung zum Krankheitstyp und zur Persönlichkeit. *Arch Psychiat Nervenkr* 195, 351–372
- Janzarik W (1956b) Der lebensgeschichtliche und persönlichkeits-eigene Hintergrund des cyclothymen Verarmungswahnes. *Arch Psychiat Nervenkr* 195, 219–234
- Janzarik W (1957) Der zyklotyme Schuldwahn und das individuelle Wertgefüge. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat* 80, 173–208
- Janzarik W (1987) *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*. Enke Stuttgart
- Kimura B (1965) Vergleichende Untersuchungen über depressive Erkrankungen in Japan und in Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiat* 33, 202–215
- Kirmayer LJ (2001) Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 13, 22–28
- Kleinman A (1982) Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 6, 117–190
- Kleinman A (1986) *Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia and pain in modern China*. Yale University Press New haven CT
- Kleinman A, Good B (1985) Introduction: Culture and Depression. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) *Culture and Depression*. 1–33. University of California Press Berkeley Los Angeles
- Kraepelin E (1904) Vergleichende Psychiatrie. *Zentralbl Nervenheilk Psychiat* 27, 433–437
- Leclercq Y (2001) Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 13, 31–6
- Leclercq Y (2007) Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry* 68 Suppl 2, 36–41
- Leonhard K (2003) *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie*. 8. Auflage. Thieme Stuttgart New York
- Lepine JP (2001) Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 13, 4–10
- Leveque K, Lodewyckx I, Vranken J (2007) Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J Affect Disord* 97(1–3), 229–39
- Littlewood R (1996) Psychiatry's culture. *Int J Soc Psychiatry* 42, 245–268

4.7 Suizidalität und Migration

- Lutz C (1985) Depression and the translation of emotional worlds. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) *Culture and Depression*. 63–100. University of California Press Berkeley Los Angeles
- Murphy HB, Wittkower ED, Chance NA (1967) Crosscultural inquiry into the symptomatology of depression: a preliminary report. *Int J Psychiatry* 3(1), 6–15
- Obeyeskere G (1985) Depression, Buddhism, and the work of culture in Sri Lanka. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) *Culture and Depression*. 134–152. University of California Press Berkeley Los Angeles
- Odejide AO, Oyewunmi LK, Ohaeri JU (1989) Psychiatry in Africa: an overview. *Am J Psychiatry* 146, 708–716
- Ohara K (1973) The socio-cultural approach for manic-depressive psychosis. *Psychiat Neurol Japonica* 75, 263–273
- Okasha A (2005) Mental health in Egypt. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 42, 116–125
- Parker G, Gladstone G, Chee KT (2001) Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry* 158, 857–864
- Pfeiffer WM (1994) *Transkulturelle Psychiatrie*. Thieme Stuttgart New York
- Racy J (1980) Somatization in Saudi Women: a therapeutic challenge. *Br J Psychiatry* 137, 212–216
- Rao A (1973) Depression: A psychiatric analysis of thirty cases. *Ind J Psychiatry* 15, 231–236
- Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. *Nervenarzt* 75(1), 1092–1098
- Robert Koch Institut (2008) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. 95–105. Robert Koch Institut (Hrsg.) Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006) *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut Berlin
- Schieffelin EL (1985) The cultural analysis of depressive affect: an example from New Guinea. In: Kleinman A, Good B (Hrsg.) *Culture and Depression*. 101–133. University of California Press Berkeley Los Angeles
- Schneider K (1950) Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. *Nervenarzt* 21, 193–194
- Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Ozek M, Hauth I, Heinz A (2008) Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry* 23 Suppl 1, 21–7
- Sethi B, Gupta S (1970) An epidemiological and cultural study of depression. *Ind J Psychiatry* 12, 13–22
- Shinfuku N, Karasawa A, Yamada O, Tuasaki S, Kanai A, Kawashima K (1973) Changing clinical pictures of depression. *Psychol Med* 15, 955–965
- Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J (1999) An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 341, 1329–1335
- Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Chaudhry HR, Friedmann A, Wenzel T, Schanda H (2001) Guilt and depression: a cross-cultural comparative study. *Psychopathology* 34, 289–298
- Swinnen SG, Seltens JP (2007) Mood disorders and migration: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 190, 6–10
- Teja JS, Narang RL, Aggarwal AK (1971) Depression across cultures. *Br J Psychiatry* 119(550), 253–60
- Tellenbach H (1960) *Melancholie*. Springer Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Tinghog P, Hemmingsson T, Lundberg I (2007) To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(12), 990–6
- Waziri R (1973) Symptomatology of depressive illness in Afghanistan. *Am J Psychiatry* 130, 213–217
- Weilandt C, Altenhofen L (1997) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten. In: Weber I (Hrsg.) *Gesundheit sozialer Randgruppen*. 76–99. Enke Verlag Stuttgart
- Williams DR, Gonzalez HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, Jackson JS (2007) Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry* 64(3), 305–15
- Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15, 357–376
- Wittig U, Lindert J, Merbach M, Brähler E (2008) Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry* 23, 28–35

4 Kultur und Depression

World Health Organization (1983) Depressive Disorders in Different Cultures. World Health Organization Geneva
World Health Organization (2007) Depression. URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index1.html (abgerufen am 22.07.2014)