

Brücken & Hürden in der Versorgung von türkeistämmigen Patienten bei Depression

Selver Temur-Erman, Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité

Deutschland steht mittlerweile an dritter Position der Empfängerländer für Migranten weltweit, mit einer Zahl von geschätzt 7.3 Millionen Migranten (Global Commission on International Migration, 2005; United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2003). Es handelt sich bei dieser Zahl nur um diejenigen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft haben. Dem Mikrozensus zufolge lebten 2005 in Deutschland bereits 15.3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2006). Der Grossteil der Einwanderer in Deutschland kommt aus den ehemaligen russischen Teilstaaten, der Türkei, Serbien, Montenegro und Rumänien (World Bank, 2007).

Migration kann ein sehr einschneidendes und belastendes Ereignis für eine Person und deren Familie darstellen. Menschen mit Migrationserfahrung haben ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen (Carballo, 2005). Vor allem sind Störungen aus dem affektiven Formenkreis unter den psychischen Erkrankungen häufig vertreten (Zeeb & Razum, 2004). Untersuchungen in Deutschland haben unter anderem gezeigt, dass junge Türkinnen ein erhöhtes Suizidrisiko zur deutschen Vergleichspopulation haben (Razum, 2004). Des Weiteren stellen 45- bis 54-jährige Frauen fast die Hälfte der ausländischen Patientinnen der stationären psychosomatischen Rehabilitation für Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung (Brucks, 2004). In den in Deutschland angewandten Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-IV) werden Störungen des Affekts, des Verhaltens, sowie somatische Beschwerden als zentrale Symptomkategorien der Depression angesehen. Es konnte aber gezeigt werden, dass bei der Präsentation einer Depression kulturelle Unterschiede bestehen

(Kirmayer, 2001). Neben psychischen Beschwerden, wie z.B. hypothymem Affekt, bilden bei der Depression auch somatische Beschwerden, die die Diagnosestellung erschweren können (Tylee, 1995), eine kulturübergreifende Symptomkategorie (Kessler et al., 1999, Gureje et al., 1997, Kirmayer & Young, 1998). Mehrere Autoren weisen darauf hin, dass kulturelle Unterschiede betreffend der initial bei Konsultation geäußerten Beschwerden bestehen, wobei in nicht-westlichen Kulturen das initiale Berichten von somatischen Beschwerden überwiegt (Bhui et al., 2004, Wilson & MacCarthy, 1994). Daher können bei Diagnostik und Verlaufsbeurteilung Verständigungsprobleme entstehen, wenn Behandelnde und Patienten einen unterschiedlichen kulturellen Hintergrund aufweisen.

Darüber hinaus liegen Probleme bei der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsstrukturen bei Migrantinnen vor. Ten Have et al (1999) und Iversen et al (2003) konnten in ihren Untersuchungen zeigen, dass Migrantinnen im Bezug auf ihren Anteil an der weiblichen Gesamtbevölkerung psychiatrische Einrichtungen signifikant weniger nutzen als die Frauen der einheimischen Vergleichsgruppe. Das Zusammenspiel von einer Reihe von Faktoren wie z.B. Bildungsniveau, Grad der Akkulturation, soziale Rahmenbedingungen, mangelndes Wissen über Hilfseinrichtungen (Lay et al, 2006; Barry et al, 2002) oder mangelnde Kommunikation (Have et al, 1999) und Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen (Grüsser & Becker, 1999), determinieren, inwiefern psychiatrische Versorgungseinrichtungen von Migranten überhaupt genutzt werden.

Kulturelle Unterschiede in der Attribuierung von Krankheitssymptomen beeinflussen so auch die Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen (Kirmayer & Looper, 2006; Kleinman, 1980, Penka et al, 2003) und gestalten daher vor allem die Versorgung von Migrantengruppen schwierig. Aktuelle Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Mensch mit Migrationshintergrund bei emotionalen Problemen vermehrt in Primärversorgungseinrichtungen bzw. bei Hausärzten (Fenta, 2007) Hilfe suchen.

Für eine optimale Behandlung ist wichtig, dass Behandelnde den kulturellen Hintergrund ihrer Patienten bei Diagnostik und Therapie beachten. Die Entwicklung von kulturadäquaten Behandlungskonzepten und Versorgungsstrukturen

erfordert die Kenntnis über Unterschiede in der Symptompräsentation und deren kulturelle Bedeutung (Littlewood, 1998). Darüber hinaus ist für die Einrichtung von kulturadäquaten Versorgungseinrichtungen und –angeboten ein Verständnis der Barrieren wie auch fördernder Faktoren notwendig. Insbesondere für Menschen mit Depression, die aufgrund ihrer Erkrankung häufig Schwierigkeiten haben, Zugang zu psychiatrischer Hilfe zu suchen, erscheint es essentiell, Versorgungsstrukturen bzw. deren Zugang den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechend zu modulieren, um frühzeitig zu behandeln

Ziele der Studie:

In dieser Studie sollen die Symptomausprägung und initiale Präsentation depressiver Erkrankungen bei türkeistämmigen Patienten dargestellt und der Zusammenhang zwischen kulturgebundenen Symptomen und der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungssysteme untersucht werden.

Insbesondere soll geklärt werden, inwieweit die bestehenden Versorgungsstrukturen durch türkeistämmige Personen/Menschen mit Migrationshintergrund, die an einer Depression leiden, genutzt werden, und welche Faktoren die Betroffenen als Barrieren bzw. Unterstützung für eine Nutzung wahrnehmen. Dabei sollen in zwei Phasen zunächst die Hauptbeschwerden von Menschen mit Migrationshintergrund bei der initialen Vorstellung in einer psychiatrischen Einrichtung erfasst und folglich die Faktoren, die mit der Nutzung von psychiatrischen Versorgungsstrukturen assoziiert sind, untersucht werden.

Hypothesen:

Im Rahmen dieser Studie soll untersucht werden, ob bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Rahmen einer Depression andere

(1) Symptomkategorien, spezifisch mehr somatische Symptome, initial in den Vordergrund treten als bei einheimischen deutschen Patienten, und ob

(2) mit der spezifischen somatischen Symptomatik vermehrt wahrgenommene Barrieren bei der Inanspruchnahme und Versorgung einer Depression einhergehen.

Ein- und Ausschlusskriterien:

- Alter von 18 bis 65 Jahre
- keine komorbide Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, Demenzerkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und schwere somatische Erkrankungen

Stichprobe

- Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (N= 95)
- parallelisierte Vergleichsgruppe von einheimischen deutschen Patienten (N= 95) (Geschlecht, Alter und Sozialstatus)
- in psychiatrischen Ambulanzen von Versorgungskliniken bei depressiver Symptomatik
- Untersuchungszeitraum 12 Monate
- Untersuchungen durch eine muttersprachliche (bilingualen) Untersucherin

In einem ersten Schritt sollen die Befragten zweier Gruppen mittels Beck-Depressions-Inventar (**BDI**), Montgomery Asperg Depression Rating Scale (**MADRS**), Symptom Checklist

nach Derogatis (**SCL-90**) und dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (**SKID**) untersucht werden. Zusätzlich werden spezifische somatische Symptome mittels Screening für Somatoforme Störungen (**SOMS-2**) erhoben. Darüber hinaus werden mittels Kurzfragebogen soziodemographische Variablen und der Zuweisungsweg erhoben. Als allgemeine soziodemographische Variablen werden Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf, Einkommensniveau, Anzahl Kinder, Heirat (vermittelt, Partner selbst ausgesucht, verheiratet worden, Verwandtschaftsehe) und die zuhause gesprochene Sprache erhoben. Des Weiteren werden folgende migrationsspezifische Variablen erfasst: Dauer des Aufenthalts in Deutschland, Aufenthaltssituation, Grund der Migration, Jahr der Migration, Alter bei Migration, Erfahrung als Migrationswaisen, Geburtsland, Herkunftsregion ländlich/städtisch, selbstdefinierte Ethnie / kulturelle Zugehörigkeit, Rückkehridee bzw. -vorstellung oder -pläne und Teilung der Familie.

In einem zweiten Teil der Untersuchung soll nur mit der Gruppe der Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ein zweiteiliges semi-strukturiertes Interview durchgeführt werden, in dem Barrieren und fördernde Faktoren bei der Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsstrukturen identifiziert und die subjektive Bedeutung der geschilderten Symptomatik erfragt werden. Dieses Interview wird sich auf das Explanatory Model Interview Catalogue (**EMIC**) (Weiss, 1997) stützen, das bei der Untersuchung von kulturellen Einflussgrößen auf Krankheitserwartung, wahrgenommene Krankheitsursachen und Inanspruchnahmeverhalten Anwendung findet (Weiss, 2001). Das Interview, das quantitative und qualitative Teile enthält, ermöglicht die Darstellung von kulturgebundenen Erklärungsmodellen depressiver Symptomatiken. Der erste Teil des Interviews ist der Darstellung der Krankheitswahrnehmung und Bedeutung im kulturellen Kontext des Untersuchten gewidmet und zielt darauf ab, die kulturellen Aspekte der Depression aufzuzeigen.

Der zweite Teil des Interviews wendet sich dem Thema der Faktoren zu, die als Barrieren oder auch als Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen wahrgenommen werden. Die Faktoren, die aus Vorarbeiten als wesentlich für die Inanspruchnahme identifizieren wurden (Scheper, 2000; Penka et al., 2003;), werden gezielt im Interview zuerst angesprochen (Tabelle 1).

Tabelle 1 Barrieren und fördernde Faktoren bei der Inanspruchnahme

Barrieren:

- mangelnde Kenntnis über Versorgungsstrukturen
- Angst vor Verständigungsproblemen (Sprache und Kultur)
- Stigma der Erkrankung
- Tabu über psychische Probleme zu sprechen
- Angst vor Kosten (mangelnde Kenntnisse)
- Nichtwissen, das man krank ist, da dies in der Ursprungskultur anders attribuiert ist
- „Hilfe brauchen nur schwache Menschen“
- Fremdenfeindliche Befürchtungen

Fördernde Faktoren:

- kulturelle Gemeinschaft informiert, ist organisiert
- familiäres Netzwerk
- gute Deutschkenntnisse
- lange Verweildauer in Deutschland
- keine eigene Migrationserfahrung
- Kenntnis über muttersprachliche Behandler
- Kenntnis über Versicherungssystem
- Aufklärung und Informationen in der Muttersprache
- muttersprachliche Medien
- interkulturelle Öffnung der Einrichtungen
- interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter

Darüber hinaus ermöglicht das Interview, weitere Faktoren, die von den Befragten aufgebracht werden, einzubringen