

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/226998774>

Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen

Article in *Die Psychotherapie* · July 2009

DOI: 10.1007/s00278-009-0656-8

CITATIONS

15

READS

1,145

1 author:



Jan Ilhan Kizilhan

Cooperative State University Baden-Württemberg

80 PUBLICATIONS 502 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Post-traumatic stress disorder among former Islamic State child soldiers in northern Iraq [View project](#)



Aufbau psychotherapeutischer Versorgung in der Region Dohuk, Nordirak [View project](#)

Schmerz
 DOI 10.1007/s00482-016-0127-4
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published
 by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights
 reserved 2016



J. I. Kizilhan

Duale Hochschule Baden-Württemberg, Villingen-Schwenningen, Deutschland

Kulturelle Deutungen des Schmerzes in familienorientierten Gesellschaften

Lange Zeit wurden kulturelle Unterschiede in der Beschreibung und im Erleben von Schmerz sowie dessen Behandlungsmöglichkeiten nur im anthropologisch-medizinischen Kontext diskutiert [11, 15]. Erst in den letzten Jahrzehnten geht die Forschung verstärkt der Frage nach, ob die kulturelle Prägung eines Patienten sein Empfinden von Schmerz und seinen Umgang mit diesem beeinflusst und somit für die Behandlung wichtig ist [16]. Einige US-amerikanische Studien bestätigten dies [20]. Sowohl das Empfinden als auch die subjektive Stärke des Schmerzes sind mit psychologischen Faktoren wie Einstellung und Motivation, aber auch mit dem kulturellen Hintergrund assoziiert [2, 18].

Durch die zunehmende Migration von Menschen aus anderen Kulturen, in den letzten Jahren v. a. Flüchtlinge, berichten Ärzte und Therapeuten, dass z. B. arabisch- und türkischstämmige Patienten aus ländlichen Gebieten häufiger über Schmerzzustände klagen als deutsche Patienten [1, 8]. Sie halten eine Psychotherapie allein für wenig geeignet und glauben, dass eine medikamentöse Therapie oder gar ein operativer Eingriff die bessere Behandlung ist [14]. Begriffe wie der „Morbus Bosphorus“ oder „Mamma-mia-Syndrom“ in der medizinischen Literatur zeigen, wie möglicherweise andere Kulturen Schmerz wahrnehmen und warum sie eine Psychotherapie zur Schmerzbehandlung für nicht geeignet halten [13].

In familienorientierten Gesellschaften kann eine Psychotherapie den Eindruck

erwecken, „verrückt“ zu sein und ausgegrenzt zu werden. Ferner wird die Meinung vertreten, dass eher Medikamente oder „Ruhens des Körpers“ den Schmerz reduzieren können. Ein weiterer Grund, eine Psychotherapie abzulehnen, ist das kollektive Denken, in der die Familie eine übergeordnete Rolle spielt. Deshalb werden persönliche Gefühle und innerpsychische Beschwerden oft nicht geäußert; sich an das soziale Umfeld anzupassen, wird als Zeichen persönlicher Reife verstanden [11]. Dem Körper des Individuums ist allerdings eine Erkrankung „erlaubt“, weswegen beide, körperliche und psychische Beschwerden, über den Körper zum Ausdruck gebracht werden. Ob es sich um eine körperliche oder psychische Erkrankung oder um beides handelt, ist zu Beginn der Untersuchung relativ schwierig zu unterscheiden.

Da die Literatur die Behandlung und die Beziehungsgestaltung von Patienten mit Schmerzstörungen aus familienorientierten Gesellschaften als schwierig beschreibt [8, 13, 21], werden in diesem Beitrag das Schmerzverständnis, die kulturellen Unterschiede bei Schmerzstörungen sowie mögliche neue Behandlungsstrategien diskutiert.

Kultur und Schmerz

In den archaischen und antiken Hochkulturen des Mittleren Ostens (babylonisch-assyrische und altägyptische Medizin) beruhte das Schmerzverständnis auf magisch-religiösen Vorstellungen. So glaubte man, dass z. B. Kopf- und Ge-

sichtsschmerzen durch anthropomorphe Geister verursacht würden bzw. als Strafe für die Beleidigung von Göttern zu deuten seien [12, 14].

Die Babylonier glaubten, dass Schmerz an bestimmten Körperstellen die Folge einer moralischen Verfehlung sei, wofür die Gottheit diesen Körperteil fordere. Religiöse Waschungen, Gebete, Besuche von Heiligtümern und Opfergaben ergänzten die magischen Handlungen, um die Götter zu besänftigen. Deswegen spezialisierten sich die sog. Priesterärzte oder Wunderheiler nicht nur auf magische Rituale, sondern auch auf spezielle Therapieverfahren (medikamentöse Behandlung, Massagetechniken, Verzehr von bestimmter Nahrung etc.).

» Heiler sind im Herkunftsland und in der Migration noch aktiv

Diese Medizin findet sich noch heute in traditionellen Teilen der nahöstlichen Gesellschaften, aber auch in großen Städten. Heiler sind daher sowohl im Herkunftsland als auch in der Migration noch aktiv. Knochenheiler werden z. B. bei Verspannungen, Verrenkungen und vermeintlichen oder tatsächlichen Knochenbrüchen aufgesucht. Daneben gibt es religiöse Heiler als Magier oder Zauberer, arabische Ärzte in der Tradition der „Viersäftelehre“, Pflanzenheiler und heilkundige Frauen, die besonders bei gynäkologischen und geburtshilflichen Problemen zurate gezogen werden [9].

Diese Heiler gelten als befähigt, magische Einflüsse wie den „bösen Blick“, böse Geister oder schwarze Magie als Ursache für eine Erkrankung zu erkennen. Heiler werden u. a. auch wegen Ganzkörper-, Rücken- und Bauchschmerzen aufgesucht und behandeln diese mit Gebeten (Meditation), Amuletten zur Abwehr erneuter Schmerzen, Massagetechniken und heißen Tellern oder verordnen Kräuter und Säfte, um die Schmerzen zu lindern [9].

Jede Kultur hat bei Körperbeschwerden im Zusammenhang mit Schmerzen Bewältigungsstrategien entwickelt, die ihren eigenen Werten und Normen entsprechen: So zogen sich die Iren bei Schmerzen eher zurück, weil sie es als unfein betrachten, Schmerz zu äußern. Nordamerikaner suchten so früh wie möglich den Arzt auf und schilderten ihm die Beschwerden ohne emotionale Regung, damit er sofort eine rationale Behandlung einleiten könne. Südländer äußerten Schmerzen laut und deutlich, damit ihnen familiäre Anteilnahme zukomme. Philippiner fügten sich fatalistisch in ihr Schicksal [14].

» Psychische Probleme äußern sich in unterschiedlichen Körperbeschwerden

Psychische Beschwerden äußern sich u. a. durch der kulturellen Prägung entsprechende Körperbeschwerden [3]. So berichten Nigerianer bei Angst und Depressionen über „Hitzegefühl“ im Kopf, „Wurmkriechen“ sowie „beißende Sensationen“ im ganzen Körper [4]. In psychiatrischen Kliniken in China werden „Nervenschwäche“, einhergehend mit Müdigkeit, Kopfschmerz, Schwindel und gastrointestinalen Beschwerden, genannt [12]. Auf psychische Belastungen reagieren viele Menschen aus Südamerika und dem Mittelmeerraum mit Kopf- und Muskelschmerzen, Hitzegefühlen und Kribbeln an den Füßen, Herzproblemen sowie Magenbeschwerden [5]. In einigen Teilen Indiens und des Mittleren Ostens werden rheumatische und rheumaähnliche Schmerzen als Windschmerzen bezeichnet. Berichtet wird aber auch von Wanderschmerzen, die

jeden Tag in unterschiedlichen Körperbereichen auftauchen.

Patienten aus familienorientierten Gesellschaften, v. a. aus der ländlichen Türkei, dem Irak oder Syrien, die in Deutschland leben, führen im Vergleich zu deutschen Patienten deutlich mehr Schmerzstörungen an, was auch die hohe Zahl der Schmerzdiagnosen erklärt [19]. Die Betroffenen sprechen über alle Beschwerden so, als seien sie körperlich, d. h. sie scheinen einer archaischen Vorstellung von Krankheit verhaftet zu sein. Das subjektive Leiden kann symbolisch mit Müdigkeit, Weinen, Laufen mit Gehhilfen etc. ausgedrückt werden. Die Patienten zeigen sich als gebrochene, schwache Menschen. In der Regel halten sie diese regressive und appellative Haltung konsequent durch, sodass sie auch in ihrem häuslichen Umfeld nicht mehr aktiv werden.

Diese starke Fixierung auf Ganzkörperschmerzen, deren Ursache oft schwer zu eruieren ist, führt häufig zu Problemen bei der Diagnose und Behandlung [19].

Diagnostik und Behandlung

Kulturelle Spezifika der Patienten aus traditionellen Kulturen sind deren Wissensdefizite, was die Anatomie und Funktionsweise des eigenen Körpers sowie ihre Vorstellungen von Schmerz betrifft (als Magie, Fluch, Bestrafung etc.). Das Schmerzerleben wird nicht auf einen Teil des Körpers beschränkt, sondern als ganzheitlich körperbezogen gesehen. So werden bereits bei der Erfassung der Schmerzproblematik, d. h. bei Lokalisation, Qualität, dem zeitlichen Muster des Schmerzes und den Schmerzursachen andere Angaben gemacht, als wir es von nordeuropäischen Patienten gewohnt sind [3]. Beispielsweise sehen türkischstämmige im Unterschied zu deutschen Patienten das Schicksal oder externe Umweltfaktoren als Ursache für ihre Erkrankung an. Einige Flüchtlinge sind neben der Kriegstraumatisierung so verbittert, dass sie die erlebte Ungerechtigkeit als eine Art Regression durch den körperlichen Schmerz versuchen zu vermeiden [6, 13]. Die Art und Weise, wie die Menschen über ihre

Schmerzen berichten oder in anderen Fällen nicht darüber sprechen, hat einen wichtigen Einfluss darauf, wie der Behandler eine Anamnese durchführen und entsprechend die Beschwerden richtig diagnostizieren kann.

» Das Verstehen einer Krankheit ist besonders wichtig

Eine Krankheit zu verstehen, ist sowohl für die Diagnose als auch für die Behandlung besonders wichtig. In einer vergleichenden Studie über türkischstämmige und deutsche Patienten in einer psychosomatischen Klinik zeigte sich, dass signifikant weniger türkischstämmige Patienten ihre Krankheit erklären konnten [10]. Die Umstände des ersten Auftretens bzw. einer Aggravation der Schmerzbeschwerden zu analysieren und dabei die individuelle und kollektive Biographie (z. B. Ausgrenzungen aufgrund ethnischer und/oder religiöser Zugehörigkeit im Herkunftsland, Migrationsgeschichte, Kultur- und Generationskonflikte etc.) zu berücksichtigen, ist notwendig, um Hinweise auf auslösende Faktoren zu erhalten. Dabei gilt es herauszufinden, was den Schmerz verringert bzw. verstärkt und welche Beeinträchtigungen dadurch entstehen [2].

Allerdings muss der Schmerzpatient das Gefühl haben, in seinen Klagen und Beschwerden ernst genommen zu werden, andernfalls bricht er die Behandlung ab [8]. Patienten aus traditionellen Gesellschaften stellen ihre Beschwerden i. A. weniger zeitlich aufeinanderfolgend dar, sodass ihre Aussagen zunächst oberflächlich betrachtet in keinem deutlichen Kontext zu ihrer Leidensgeschichte stehen. Dies hat mit der unterschiedlichen Erzählstruktur in familienorientierten Gesellschaften zu tun, bei der z. B. in einem Atemzug über die Schmerzen und die Probleme der unverheirateten Tochter gesprochen wird, was den Behandler verwundern und für ihn unverständlich sein kann. Gibt man den Patienten ausreichend Zeit zu erzählen, so zeigt sich häufig erst zum Schluss der Narration das Gesamtbild ihrer Beschwerden [7]. Hierdurch kann eine zielgerichtete Diagnos-

tik in einem engen Zeitraum schwierig werden.

Eine psychologische Schmerztherapie zielt darauf, die Beeinträchtigung des Patienten zu mindern, was i.d.R. zu einer verringerten subjektiven Schmerzstärke führt. Weil Patienten aus traditionellen Gesellschaften über ein auf die somatischen Einflussgrößen reduziertes Schmerzmodell und ein spezifisches Anatomieverständnis verfügen, muss das Behandlungssetting für sie etwas modifiziert werden. Einfache biomedizinische Annahmen, die noch aus der arabisch-griechischen Medizin der „Vier-säfte-theorie“ entstammen, und magische Vorstellungen bestimmen beispielsweise teilweise ihre Kausal- und Kontrollattributionen. Die Art und Weise der Beschwerdedarstellungen der Patienten aus familienorientierten Gesellschaften mit unterschiedlichen Vorstellungen von Anatomie und deren Funktionen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sind bei der Diagnostik zu berücksichtigen. Folglich muss ein dem Bildungsniveau und den kulturellen Vorstellungen des Patienten entsprechendes Behandlungs- und Erklärungsmodell gemeinsam mit diesem entwickelt werden.

» Das Behandlungssetting muss modifiziert werden

Bei der Untersuchung und Behandlung von Schmerzpatienten aus familienorientierten Gesellschaften sind einige Aspekte zu berücksichtigen, die in **Tab. 1** aufgeführt sind.

Passive Schonhaltung bei Schmerzen

Insgesamt scheint das Aktivitätsspektrum bei einer großen Zahl von Patienten aus familienorientierten Gesellschaften erheblich eingeschränkt zu sein, sodass ihr Leben nur noch um den Schmerz kreist; dieser wird zum Zentrum ihres Denkens und Verhaltens [8]. Ihre Annahme, dass der Körper bei Schmerzen ruhen müsse, führt zu einer passiven Schonhaltung. Den Handlungsspielraum auszuweiten, ist daher eine große Herausforderung, die notwendig ist, um die

Schmerz DOI 10.1007/s00482-016-0127-4
© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2016

J. I. Kizilhan

Kulturelle Deutungen des Schmerzes in familienorientierten Gesellschaften

Zusammenfassung

Patienten aus unterschiedlichen Kulturen, v. a. aus familienorientierten Gesellschaften wie im Nahen und Mittleren Osten, aber auch Südtalien oder Griechenland, haben ein anderes Verständnis von Schmerz und andere Heilungsvorstellungen, auch im Kontakt mit dem Behandler, als z. B. Patienten aus westlichen Gesellschaften. Die modernen multimodalen Therapieansätze berücksichtigen dies bisher nicht ausreichend. Das Schmerzerleben wird nicht auf einen Teil des Körpers beschränkt, sondern ganzheitlich körperbezogen gesehen. Der geringe Zugang der Patienten zu psychischen Beschwerden führt häufig zu chronischen Schmerzen oder anderen körperlichen Beschwerden. In der Behandlung und v. a. in der Therapeut-Patient-Beziehung ist es

notwendig zu verstehen, welche Bedeutung den empfundenen Schmerzen beim Gestalten und Erleben zwischenmenschlicher Beziehungen zukommt. Der erkrankte Körper drückt die soziale, kollektive, ökonomische, migrationsgeschichtliche, psychische und kulturelle Befindlichkeit des Patienten aus. Deshalb ist bei der Behandlung von Patienten aus traditionellen Kulturen ein multimodal-interdisziplinärer und kultursensitiver Ansatz für eine effektive Schmerzbehandlung notwendig.

Schlüsselwörter

Schmerzverständnis · Kulturelle Diversität · Arzt-Patient-Beziehung · Zwischenmenschliche Beziehung · Migranten

Cultural interpretation of pain in family-oriented societies

Abstract

Patients from different cultures, particularly from family-oriented societies, such as the Near and Middle East, southern Italy and Greece, have a different perception of pain and other healing expectations, even in contact with doctors, than for example patients in western societies. This aspect is not sufficiently taken into consideration by modern multimodal therapy approaches. The pain experienced is not limited to one part of the body but needs to be seen holistically in relation to the whole body. The limited access of patients to psychological complaints often leads to chronic pain or other physical complaints. For therapy and the therapist-patient relationship, it is

essential to understand the significance of the pain experienced in the construction and experience of interpersonal relationships. The diseased body is an expression of the social, collective, economic, migrational history, mental and cultural state of mind of the patient; therefore, in the treatment of patients from traditional cultures a multimodal, interdisciplinary and culturally sensitive approach is necessary for effective pain treatment.

Keywords

Pain perception · Cultural diversity · Physician patient relations · Interpersonal relations · Migrants

behavioralen (geringe Bewegung), emotionalen (Depressivität und Hilflosigkeit) und kognitiven (Einengung auf Schmerzen) Einschränkungen des Patienten aufzuheben. Das Vermeidungsverhalten abzubauen, hat bei der Behandlung somit hohe Priorität.

Wegen der unterschiedlichen Schmerzdarstellung, passiven Schonhaltung, sprachlichen Probleme und möglichen ethnisch-kulturell bedingten Verhaltensweisen der Patienten ist eine vertrauens-

volle Beziehungsgestaltung bedeutsam. Bei Patienten aus familienorientierten Gesellschaften wird der Arzt (auch der klinische Psychologe wird als Arzt bzw. „Doktor“ gesehen) traditionell als väterlicher Freund der Familie verstanden [17]. Er stellt eine Autoritätsfigur dar, die einen aktiven, wissenden und beratenden Umgang mit dem Patienten und seiner Familie pflegt. Diese kulturelle Übertragung wird er annehmen

Tab. 1 Interaktion in der Behandlung von Patienten aus familienorientierten Gesellschaften [14]

Kontakt	Freundlich, zugewandt, wartend auf Anweisungen und Vorgaben des Psychotherapeuten
Hierarchie	Konzentriert auf Hierarchie und Status (ein Psychotherapeut hat eine hohe hierarchische Position)
Respekt	Erwarten Intimität bei ausreichender Distanz und Einhaltung kultureller Regeln (z. B. bei Begrüßung von gleichgeschlechtlichen Personen die Hand reichen oder aufstehen, wenn sie in den Raum treten etc.)
Harmonie	In der Beziehung auf Harmonie bedacht. Konflikte und Auseinandersetzungen, Argumentationen werden eher vermieden. Möchten nicht bloßgestellt werden. Widersprechen dem Psychotherapeuten möglicherweise nicht, um dessen Autorität nicht infrage zu stellen
Scham statt Schuld	Vor allem islamisch-familienorientierte Gesellschaften verfügen eher über eine Scham- als über eine Schuldkultur. Daher stehen körperliche Beschwerden, die weniger Schamgefühle erzeugen, eher im Vordergrund als psychische Konflikte
Kollektives Denken	Psychische Konflikte können als eine Schwäche gesehen werden, die wiederum zu einer Ablehnung durch das Kollektiv führen können (<i>die Person ist schwach und für das Kollektiv nicht zu gebrauchen</i>). Körperliche Beschwerden sind aber etwas „Sichtbares“ und werden als Krankheit akzeptiert
Erst der Körper, dann die Seele	In den ersten Behandlungsstunden geht es vornehmlich um körperliche Beschwerden, die auch als indirekte Hinweise auf psychische Konflikte verstanden werden können. Bei ausreichendem Vertrauen und nach Beziehungsgestaltung werden dann mögliche psychische Konflikte und Belastungen thematisiert
Ratschläge und klare Direktiven	Erwarten vom Psychotherapeuten Informationen über die eigene Krankheit, Ratschläge auch in Form von Beratung und klare Direktiven, was sie in der Behandlung zu machen haben (Medikation, Massagen, körperliche Untersuchung)
Die imaginäre Familie in der Einzeltherapie	Beschwerden, mögliche Konflikte und Belastungen in der Einzelbehandlung werden immer in Relation zu der familiären Situation gestellt (<i>Mein Rückenschmerz führt dazu, dass ich nicht arbeiten kann und damit nicht in der Lage bin, meine Familie zu versorgen; meine Kinder verlieren den Respekt vor mir, wenn sie erfahren, dass ich eine Depression habe etc.</i>)
Passives Krankheitsverhalten	Nicht der Einzelne mit seinen persönlichen Merkmalen und eigenen Anteilen, sondern außerhalb des Individuums liegende Faktoren wie familiäre, berufliche oder soziale Bedingungen werden in hohem Maße verantwortlich gemacht (<i>Seit meine Tochter eine Beziehung zu einem Mann hat, ohne verheiratet zu sein, sind meine Schmerzen unerträglich geworden. Wenn sie heiraten würde, müsste ich mich in der Gemeinde nicht so schämen und könnte die Schmerzen besser aushalten</i>)

müssen, wenn er die Patienten nicht erheblich verunsichern möchte.

» Die Therapeut-Patient-Beziehung muss vertrauensvoll gestaltet werden

Während bei einheimischen Patienten im Vordergrund steht, das eigene Potenzial zu mobilisieren, wird bei den oben erwähnten Patienten mehr Hilfe durch die Autorität erwartet und somit angeboten werden müssen [20]. Dies bedeutet aber, dass der Behandler auch ein Bewusstsein für die eigene kulturelle Gebundenheit

entwickeln und aus dieser Position heraus in der Lage sein sollte, seine (Gegen-) Übertragungen (individuelle und gesellschaftliche Vorurteile und Stereotypen) auf den Patienten zu entaktualisieren, bevor diese in der Behandlung destruktiv wirken. Erst danach ist eine Bereitschaft des Patienten, sein Verhalten auf psychischer und physischer Ebene zu ändern, möglich.

Im weiteren therapeutischen Prozess wird es dann um die Abklärung einer etwaigen funktionalen Rolle, die dem Schmerz zukommt, gehen. Diese kann in einer „Belohnung“ von Schmerzverhalten durch die so erlangte Aufmerk-

samkeit der Familie bestehen oder in einer negativen Verstärkung, wenn der Schmerz die Vermeidung aversiver Situationen ermöglicht (Krankschreibung bei Konflikten am Arbeitsplatz). Die Rolle der Familie, im Sinne einer kollektiven Lebensform, ist bei dieser Klientel, v. a. der ersten Generation, zentral und bei der Entwicklung eines Behandlungsplans unbedingt zu berücksichtigen. Dabei muss beim ersten Familiengespräch auf die Hierarchie und Familienkonstellation sowie die im Vordergrund stehende Harmoniebedürftigkeit und Vermeidung von Konfliktverarbeitung geachtet werden. Die Lebenswirklichkeit ist in der Familie immer mit den „anderen“ verbunden; der „kollektive Gedanke“ überwiegt. Konzepte über das „Ich“ sind nicht wie im westlichen Denken individualistisch ausgerichtet. Die Person wird in ihrer Verbindung zu den anderen gesehen und definiert sich über andere. Einstellungen und Verhalten sind somit primär durch soziale Rollen bestimmt. Die Beschwerden des Patienten können aus dem Bedürfnis heraus, die Familie nicht zu belasten, verschwiegen oder, wenn die es nicht mehr möglich ist, sehr stark zum Ausdruck gebracht werden, um zu zeigen, dass man nicht mehr in der Lage ist, die bisherige Rolle in der Familie auszufüllen. Im Gegenzug reagiert die kollektiv denkende Familie, die nur geringe Kenntnisse über die Beschwerden hat, mit übermäßiger Versorgung, wie z. B. mit unnötigen Autofahrten und der Begleitung zum Arzt, mit der ständigen Anwesenheit eines Familienmitglieds während der Krankheit und dem Besuch der „community“ zu Hause oder im Krankenhaus, um Mitgefühl und Solidarität zu bekunden.

» Ein weiteres Behandlungsmodul ist die Psychoedukation

Ein weiteres Behandlungsmodul ist direkt nach der Diagnostik die Psychoedukation. Sie ist ein notwendiger Bestandteil der Therapie und soll die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärken. Dies kann u. a. den Einsatz von Medien wie Selbsthilfebroschüren und Videos in der Muttersprache der Patienten umfassen. Ein

wesentliches Ziel der Edukation besteht darin, dem Patienten die Verschränkung von körperlichen und psychischen Prozessen zu verdeutlichen. Hierbei sind die kulturspezifischen Aspekte und das Bildungsniveau der Patienten zu berücksichtigen.

Fazit

Ein kultursensibles Vorgehen bei der Behandlung von Schmerzpatienten aus anderen Kulturen ist indiziert, wenn der Patient stark beeinträchtigt ist und medizinische Hilfe braucht, wenn in der Diagnostik psychologische Einflussfaktoren auf das Schmerzerleben und die Beeinträchtigung verifiziert werden können und herkömmliche Behandlungen aufgrund des unterschiedlichen Schmerzverständnisses und der -verarbeitung dieser Patienten nicht ausreichend wirken.

Eine interdisziplinäre und kultursensitive Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungsgestaltung zwischen Patient und Behandler ist besonders wichtig, bei der Schmerzmediziner und Psychotherapeuten mit anderen Berufsgruppen (Sporttherapeuten, Physiotherapeuten etc.) kooperieren und die kulturelle Prägung der Patienten als *lege artis* ansehen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. nat., Dr. phil., Dipl.-Psych.

J. I. Kizilhan

Duale Hochschule Baden-Württemberg
Friedrich-Ebert-Straße 30, 78054 Villingen-
Schwenningen, Deutschland
kizilhan@dhbw-vs.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. I. Kizilhan gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Arratow K (1995) Interkultureller Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer Polyarthrit. Europäische Hochschul-

zeitschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 544. Lang, Frankfurt a.M.

2. Bates MS, Edwards TW, Aderson KS (1993) Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain* 52:101–S112
3. Borchert M, Sommerfeld J, Bischoff R (1998) Somatoforme Störungen – Interkulturelle Aspekte von Forschung und Gesundheitsversorgung. In: Gerd R, Peter H (Hrsg) Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Schattauer, Stuttgart, S 249–264
4. Edigbo P (1986) A cross sectional study of somatic complaints of Nigerian females using the Enugu Somatization Scale. *Cult Med Psychiatry* 10:167–186
5. Finerman R (1999) Kulturspezifische Störungen. In: Dillingen H, Freyberger HJ (Hrsg) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F) Forschungskriterien. Huber, Göttingen, S 322–334
6. Franz M, Ljic C, Koch E (2007) Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatr Prax* 8:332–338
7. Gatchel R, Peng Y, Peters M, Fuchs P, Turk D (2007) The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future direction. *Psychol Bull* 133:581–524
8. Glier B, Erim Y (2007) Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) Schmerzpsychotherapie. Springer, Berlin, S 231–243
9. Heine P, Assion HJ (2005) Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: Assion J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Berlin, S 2942
10. Herzer H (2000) Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. *Schweiz Arzteztg* 8(1/47):2668–2672 (11)
11. Kirmayer LJ, Young A (1998) Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 60:420–430
12. Kirmayer LJ (2008) Culture and the metaphoric mediation of pain. *Transcult Psychiatry* 45:318–338
13. Kizilhan JI (2011) Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. *Psychotherapeutenjournal* 1:21–27
14. Kizilhan JI (2012) Kultursensible Psychotherapie. VVB, Berlin
15. Kleinman A (1980) Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. University of California, Berkeley Los Angeles
16. Künzler E (2005) Ethnopsychanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo. Universität Zürich, Studentendruckerei Zürich, Zürich (Dissertation)
17. Machleidt W, Gül K (2010) Kulturelle und transkulturelle Psychotherapie – Tiefenpsychologische Behandlung. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier, München, S 401–413
18. McCracken LM, Matthews AK, Tang TS (2001) A comparison of blacks and whites seeking treatment for chronic pain. *Clin J Pain* 17(3):249–255
19. Slepstova M, Wössmer B, Langewitz W (2009) Migranten empfinden Schmerzen anders. *Schweiz Med Forum* 9(17):319–321
20. Zborowski M (1969) People in pain. In: Burrows GD, Elton D, Stanley GV (Hrsg) Handbook of chronic pain management. Elsevier, Oxford

21. Schiltenswolf M, Pogatzki-Zahn EM (2015) Schmerzmedizin aus einer interkulturellen und geschlechterspezifischen Perspektive. *Schmerz* 29(5):569–575