

D

Das Festhalten an soziokulturellen Sichtweisen kann zu Verständigungsschwierigkeit und Fehltritten bei der Behandlung ausländischer Patienten führen.

Unterschiedliche Sozialisation bei Schmerzen

Unter Sozialisation verstehen wir Erziehung, Vermittlung von Werten, Normen, Symbolen und Verhalten sowie das Aneignen von Assoziationen aus einem gemeinsamen Erleben gesellschaftlicher Strukturen wie Familie, Freundeskreis und Arbeitswelt. Kommt ein deutsches Kind zu seiner Mutter und klagt über Schmerzen, dann sagt die Mutter: „Ja, wo tut es denn weh?“ – ein logischer Vorgang zur Lokalisation des Krankheitsgeschehens. Kommt ein italienisches Kind zu seiner italienischen Mutter, sagt die Mutter: „Komm zur Mama!“ Sie nimmt es in den Arm und gibt ihm einen Kuss – ein emotionaler Vorgang zur Reduktion des Schmerzerlebens. Kommt ein türkisches Kind zu seiner türkischen Mutter, sagt die türkische Mutter: „Du bist krank, dein Körper ist geschwächt.“ – eine Reflexion auf die verlorene Vitalität und Lebenskraft, auf die Bedeutung des Schmerzes und der Krankheit für den Körper im Ganzen.

Ungleicher Verständnishorizont

Kommt ein deutscher Patient zum deutschen Arzt liegen günstige Verhältnisse vor, weil Untersucher und Informant den gleichen kulturellen Hintergrund und die gleiche Sozialisation haben. Klagt der deutsche Patient beim Arzt darüber, dass

„ihm eine Laus über die Leber gelaufen ist,“ wissen beide um den Sinn der Aussage.

Diese günstigen Verhältnisse finden sich bei der Vorstellung fremdländischer Patienten nicht. Klagt ein türkischer Patient darüber, dass „er seinen Kopf erkältet hat,“ dann weiß der Arzt nicht, dass damit gemeint ist „Ich bin dabei durchzudrehen.“ Meint er, „ihm sei die Gallenblase geplatzt“, heißt das „Ich habe mich erschrocken.“ Auch verstehen Ärzte oft die Reaktion ihrer fremdländischen Patienten auf Krankheit und Schmerz nicht. Fragt der deutsche Arzt den traditionell aufgewachsenen türkischen Patienten: „Wo tut es denn weh?“, dann antwortet dieser „Ich bin krank!“ und meint damit, dass er sich sehr unwohl fühlt. Eine Wiederholung der Frage nutzt in dieser Situation wenig, der Patient wird antworten: „Ich fühle mich schwach, ich kann mich nicht einmal mehr bewegen.“ Der Patient reflektiert die Auswirkungen seiner Krankheit und betont die emotional erlebte Gesundheitsstörung, die ihn belastet, der Arzt will aber den Krankheitsherd lokalisieren.

Erwartungen und Vorurteile: Arzt und Patient

In unserer Kultur wird erwartet, dass die Beschwerden exakt lokalisiert werden können. Und genau das erwartet ein deutscher Arzt auch von seinen ausländischen Patienten. Der traditionelle Heiler in der Türkei oder auf den Philippinen erwartet, dass die Beschwerden im individuellen Umfeld beschrieben werden und das sind zwei grundsätzlich verschiedene und widersprüchliche Erwartungen. Wenn deutsche Ärzte

„Pain“ – Skulptur von Pawel Szydlo



Schmerzäußerung bei fremdländischen Patienten



nun einen traditionell aufgewachsene Patienten aus diesen Kulturkreisen befragen, dann werden diese immer über ihre seelischen Erlebnisse berichten und der Arzt versteht nur schwer, dass er seine Krankheit nicht lokalisieren kann.

Patienten aus unserem Kulturkreis suchen die Krankheitsursache im Somatischen und nicht im Seelischen, während der in traditionellen Kulturen aufgewachsene Patient die Ursache im Seelischen sucht. Entsprechend werden Schmerzen erlebt. Bei Deutschen werden Krankheit und Schmerz an einer bestimmten (lokalisierbaren) Stelle gefühlt. Bei traditionell aufgewachsenen Türken ist aber z.B. nicht ein Organ erkrankt, sondern der ganze Körper, so haben sie es gelernt, so äußern sie es und so wird es erlebt. Schmerzen sind ein emotionales Phänomen und nicht diskriminativ lokalisierbar.

Diese Patienten reflektieren bei jeder Krankheit die Bedeutung von Krankheit: Wie sehr schränken die vorliegenden Beschwerden meine Vitalität und Lebensfreude ein, wie sehr sind meine Bewegungsfähigkeit und Arbeitskraft beeinträchtigt?

Warum Türken den Schmerz nicht lokalisieren können? Das liegt daran, dass diese Patienten ein psychodynamisches Krankheitsverständnis haben, deutsche Patienten haben dagegen ein organpathologisches Krankheitsverständnis. Ärzte, die die individuelle Krankheitsgeschichte erfragen und dem Patienten das Gefühl geben, dass er als individu-

eller Einzelfall gewürdigt und behandelt wird, werden in beiden Kulturen mehr Erfolg haben. Das heißt, man fragt: „Warum fühlen Sie sich nicht wohl?“ und nicht: „Ja, wo tut es denn weh?“

Krankheit ist ein individuelles Geschehen

Viele in fremden Traditionen erzo-gene Patienten erleben ihre Krankheit als ein individuelles Ereignis. Sie verstehen deshalb die Diagnose ihres Arztes nicht: Sie verstehen nicht, dass sie nun eine Krankheit haben sollen, die mit ein und demselben Begriff belegt wird, die auch ihr Nachbar hat. Es ist doch ihre ganz individuelle Krankheit, die sie an einem bestimmten Ort, plötzlich und unerwartet befallen hat. Der Arzt sollte deswegen bei seinen ausländischen Patienten individualisieren und nicht generalisieren.

Individuelle oder familienorientierte Kontrollüberzeugung

• *Warum ausländische Patienten von ihren Familienangehörigen zum Arzt begleitet werden*

Wir unterscheiden zwischen individualorientierten (Deutsche, Briten, Iren, Nordeuropäer und Nordamerikaner) und familienorientierten Gesellschaften (Italiener, Türken, Mittelmeervölker, Asiaten). Familienorientierte Gesellschaften sind überzeugt, Krankheit und Schmerz nur mit Hilfe der Familie bewältigen zu können. Patienten werden



Oben: Der Heiler zieht aus, um die verlorene Seele des Kranken zu suchen

Mitte: Die verlorene Seele wird durch die Glut eines Reisbündels angelockt

Unten: Vogelschau, um zu sehen, ob die verlorene Seele schon gefunden ist

Deutsche Ärzte haben aus ihrer soziokulturellen Sicht eine Vorstellung, welche Schmerzäußerungen und welche Schmerzbewältigungen angebracht und welche unangemessen sind. Ihre Erfahrungen beziehen sich in der Regel aber nur auf ihre Erfahrungen in einer einzigen Ethnie, nämlich die eigene Bevölkerung.

notwendigerweise von vielen Angehörigen begleitet. Sie haben eine hohe externe Kontrollüberzeugung, während Patienten aus individualorientierten Gesellschaften überzeugt sind, sich selbst helfen zu können, indem sie der Vernunft folgend fachärztlichen Rat einholen.

Dies hat entscheidende Bedeutung für die Compliance. Bei Patienten aus familienorientierten Gesellschaften sollte der Arzt rechtzeitig darüber nachdenken, ob die Familie des Patienten in die Behandlungsmaßnahme mit einbezogen werden muss. Der Arzt kann nicht davon ausgehen, dass sein Patient eine teure Therapie oder eine Behandlung, bei der der Ehepartner mit einbezogen werden muss, alleine in seiner Familie durchsetzen kann, insbesondere wenn er (oder sie) keine Vormachtstellung in der Familie hat. Hier wird der Arzt mit der Familie oder besser mit einem besonders einflussreichen Familienmitglied eigene Gespräche führen müssen.

Die Krankengeschichte Nonong Escamillians, Bakun, Cordillera Central, Philippinen

Der traditionelle Heiler Colangit geht zum Kranken Nonong und fragt: „Wie geht es Dir?“ Der antwortet: „Ich bin krank, ich habe meine Seele verloren.“ Die Igorot, die in der Cordillera Central, Nordluzon Philippinen, leben, sind überzeugt, dass Seelenverlust zur Krankheit führt. Der Heiler fordert seinen Patienten auf, so genau wie möglich über die letzten Tagen vor seiner Krankheit zu berichten, um herauszufinden, wo und wann er seine Seele verloren hat. Der Patient er-

zählt: „Ich bin über einen Fluss gegangen, dann habe ich an einem Waldrand gestanden und da ist mir auf einmal schwindelig geworden.“ Daraufhin zieht der Heiler mit einem Ritualtuch und mit der rituellen Lanze bewaffnet (Abb. 1) und seinem Adepten aus, um sie verlorene Seele zu suchen. Der Junge hat Bündel von Reisstroh angezündet (Abb. 2), denn man glaubt, durch die Glut des Feuers die Seele anlocken und zurückführen zu können. Dann stellt sich noch die Frage, wann haben wir denn die Seele gefunden? Dazu werden Omen beobachtet, man schaut auf den Vogelzug (Abb. 3); ob ein Vogel von einem höheren auf einen niedrigeren Ast springen, dies gilt als schlechtes Zeichen, oder von einem niederen auf einen höheren, dann hat man die verlorene Seele gefunden und kann sie zum Kranken zurückbringen. Der Kranke fühlt, wie seine Vitalität wieder zurückkehrt und gestärkt wird. Er erlebt die Rückkehr der Lebenskraft als sehr angenehm. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass jede Krankheit ihre individuelle Geschichte hat: ein einzelnes Ereignis an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit hat den Patienten krank gemacht. ●



Dorfspektakel: Afrikanischen Heiler bei seiner Arbeit

INFODOC

Preis für Forschung zur Schmerzwahrnehmung bei Depressionen

Viele depressive Patienten leiden unter Schmerzsymptomen, was oft zu einem Wiederkehren der Depression auch nach erfolgreicher Therapie führen kann. Andererseits leiden ebenfalls viele Patienten mit chronischen Schmerzen häufig an depressiven Phasen. Professor Karl-Jürgen Bär, Universität Jena, konnte nachweisen, dass dies auf einer Wechselwirkung beruht, die zur Verstärkung des Schmerzempfindens bei Depressionen führt.

Für diese Forschungsarbeit erhielt Professor Bär im Dezember letzten Jahres den „Wyeth-Forschungspreis Depression und Angst 2006“. Der Jenaer Psychiater teilt sich den mit 10.000 EUR dotierten Preis mit Dr. Andreas Ströhle von der Berliner Charité, der für seine Erkenntnisse zur anti-panischen Wirkung von Sport ausgezeichnet wurde.

Die ausgezeichnete Studie Professor Bärs liefert wichtige Aussagen zu den Mechanismen der Schmerzwahrnehmung bei depressiven Erkrankungen. Er konnte nachweisen, dass sich bei bestimmten (ischämischen) Schmerzen die Empfindlichkeit im Zusammenhang mit Depressionen massiv erhöht. Solche tiefen Muskelschmerzen wie im Rücken spüren Depressive deutlich stärker als Gesunde. Diese Erkenntnisse sprechen dafür, dass das Zusammenwirken von Depressionen und Schmerzerkrankungen künftig in der Behandlung stärker berücksichtigt werden muss, um evtl. verstärkende Effekte auszuschließen.