

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätskrankenhaus Eppendorf

Direktor Prof. Dr. Naber

**Psychische Befindlichkeit bei Patienten in einer internistischen Praxis:**

**Vergleich von Patienten iranischer und deutscher Herkunft**

**Dissertation**

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Noushin Ali Akbar Foroutan

aus Hamburg

Hamburg 2006

Angenommen von dem Fachbereich Medizin

Der Universität Hamburg am:

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches

Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in:

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in:

## Inhaltsverzeichnis

### **1 Einleitung**

- 1.1. Mein Zugang zum Thema dieser Dissertation

### **2 Forschungsstand**

- 2.1. Begriffserklärung
  - 2.1.1. Migration
  - 2.1.2. Integration
  - 2.1.3. Akkulturation und Akkulturationsstress
  - 2.1.4. Psychosoziale Folgen der Migration
- 2.2. Psychische Störungen bei iranischen Migranten
  - 2.2.1. Depression
  - 2.2.2. Somatoforme Störung
  - 2.2.3. Anpassungsstörung
- 2.3. Der Iran
  - 2.3.1. Geographie und Bevölkerung
  - 2.3.2. Geschichte
  - 2.3.3. Kulturelle und Religiöse Hintergründe
  - 2.3.4. Politische Einflüsse

### **3 Fragestellung**

- 3.1. Hypothesen

### **4 Methodik der Untersuchung**

- 4.1. Probanden der Stichprobe
- 4.2. Erhebungsbogen
- 4.3. Self-Report-Symptom-Inventory (SCL-90-R)

4.4. Hamilton Depression Skala (HAMD)

4.5. Akkulturation-Stress-Index (ASI)

4.6. Datenschutz

## **5 Ergebnisse**

5.1. Soziodemographische Daten

5.2. Migrationspezifische Aspekte

5.3. Gesundheitszustand der gesamten Patienten

## **6 Diskussion**

6.1. Anmerkungen zur Methodik und der Stichprobe

6.2. Diskussion der Ergebnisse

6.2.1. Diskussion der soziodemographischen Daten

6.2.2. Diskussion der migrationspezifischen Aspekte

6.2.3. Diskussion des Gesundheitszustandes der gesamten  
Patienten

6.3. Kasuistiken

## **7 Zusammenfassung**

## **8 Literaturverzeichnis**

## **9 Anhang**

# **1. Einleitung**

## **1.1. Mein Zugang zum Thema dieser Dissertation**

Während meiner verschiedenen Famulaturen in den Krankenhäusern in Hamburg wurde ich sehr oft zu Patienten (auch aus anderen Abteilungen) gerufen, um zu übersetzen. Da ich Medizin studierte, habe ich auch viele Bekannte meiner Eltern, die nicht gut deutsch sprechen, zu den verschiedenen Praxen begleitet.

Mir fiel auf, wie wenig die Kollegen Zeit und Lust hatten, sich mit den psychosozialen Problemen der ausländischen und meist chronisch kranken Patienten mit Mamma-Ca, z. N. Herzinfarkt oder multiplen alten Frakturen unklarer Genese auseinander zu setzen, was fast jeden Arztbesuch zu einem nervenaufreibenden Ereignis für den Betroffenen machte. Oft fühlte ich mich auch überfordert, um zwischen den Fronten zu vermitteln. Die Patienten verlangten viel und die Ärzte konnten wenig Verständnis und Geduld aufbringen.

Dies brachte mich dazu, mich intensiver mit den Problemen der Ausländer, speziell meinen eigenen Landsleuten, in der deutschen Gesellschaft zu befassen.

Der Hauptteil dieser Arbeit befasst sich mit den psychischen Problemen der Ausländer in Deutschland und speziell mit dem Schwerpunkt der Problematik von iranische Migranten.

## 2. Forschungsstand

### 2.1. Begriffserklärung

Nach Angaben des UN- Flüchtlingshilfswerks ist jeder 300. Mensch auf der Welt ein Flüchtling. Wenn man einen Flüchtling als jemanden definiert, der zum Verlassen seines Heimatlandes gezwungen wird, dann hat sich die Lage seit den frühen 90er verbessert. 1980 betrug die Zahl der Flüchtlinge 8,439 Millionen Menschen. 1992 stieg die Anzahl auf 17,798 Millionen an und nahm bis 2002 wieder auf 10,390 Millionen Menschen weltweit ab. Diese Statistik beinhaltet allerdings nicht die Zahl illegaler Einwanderer. Sie werden in der Kategorie organisierte Kriminalität aufgeführt. Aber zwischen Migration und Flucht ist die Abgrenzung ebenso schwer wie zwischen sozioökonomischen und politischen Ursachen (**Johnson 2003**).

Von den Menschen, die weltweit in einem fremden Land Zuflucht suchen, landen nur eine Minderheit als anerkannte Flüchtlinge in den reichen Industrienationen. Die Länder Asiens und Afrikas tragen die Hauptlast von Flucht und Vertreibung. Die meisten Flüchtlinge ziehen bei einem Bürgerkrieg einfach über die Grenze in die Nachbarstaaten. Zum Beispiel leben Millionen Afghanen in Pakistan und Iran, Hunderttausende Burunder sind nach Tansania geflohen oder Angolaner nach Sambia (**Johnson 2003**).

In diesem Abschnitt werden die Begriffe, die sehr oft mit Flüchtlingen in Zusammenhang gebracht werden, wie Migration, Integration und Akkulturation erläutert. Im ersten Abschnitt wird genauer auf den Begriff Migration, seine Ursachen und die Phasenmodelle der Migration eingegangen. Der zweite Abschnitt befasst sich mit dem Begriff Integration, Akkulturation und Assimilation. Im dritten Abschnitt werden die psychosozialen Folgen der Migration ausgeführt.

### 2.1.1. Migration

#### **Definition:**

In der Geschichte der Menschheit hat es immer wieder Ein- und Auswanderungen gegeben. Das lateinische Wort migrare heißt übersetzt wandern. Migration ist ein biologisch soziologischer Begriff, welche die Wanderung von Individuen oder Gruppen im geographischen oder sozialen Raum beschreibt (**Fremdwörterbuch Duden**). Es gibt keine allgemein gültige und eindeutige Definition der Migration. Die Gemeinsamkeit in den Definitionen von verschiedenen Soziologen beinhaltet einen örtlichen Wechsel von Individuen oder Gruppen, so wie es sich in der Beschreibung im Duden wieder findet.

Die Migration wird nach **Treder (1998)** als Krise und Bruch des bisherigen Lebewesens bezeichnet. Dieser Bruch kann sich als eine persönliche Wachstumsphase zeigen oder als eine Steigerung der Anfälligkeiten für psychosoziale und psychosomatische Störungen. Meist ist diese Phase der Anfang einer Krankheitskarriere, die sich über Jahre hinzieht.

In dem letzten Jahrhundert haben sich verschiedenste Wissenschaftsdisziplinen mit dem Thema Migration und seine Auswirkungen auf die Menschheit beschäftigt. Aus soziologischer Sicht wird Migration vor allem im Hinblick auf die Folgen dieser Wanderung für die Migranten selbst und für die aufnehmende Gesellschaft gesehen. Einige Soziologen sehen die Migration als einen wichtigen Faktor für den Fortschritt in den Kulturen.

Der Soziologe **Park (1928)** vertrat die These, dass die Fortschritte in der Geschichte und die Prozesse der Zivilisation nur durch kontinuierliche Wanderungsbewegungen

von Menschen und die dadurch eintretenden Vermischungen von Völkern und Kulturen möglich geworden sind.

**Han (2000)**, ebenfalls Soziologe, ist auch der Meinung, dass Migrationsbewegungen einschneidende Veränderungen und Fortschritte in Kultur und Zivilisation gebracht haben.

Seit dem Ende des zweiten Weltkrieges haben die Migrationsbewegungen weltweit stetig zugenommen. 1995 lebten 2,5 Millionen Menschen außerhalb ihrer Herkunftsländer (**World Bank 1995**).

Wenn man sich die Entwicklung in Deutschland genauer ansieht, kann man feststellen, dass die Zahl von Einwanderern nach Deutschland im Jahr 1992 mit über 1,5 Millionen den historischen Höchstwert erreichte. Dieser Wert betrug im Jahr 2003 erstmals weniger als 800.000. Die hohen Zahlen Anfang der 90er Jahre hängen mit den Umbrüchen in den osteuropäischen Ländern zusammen.

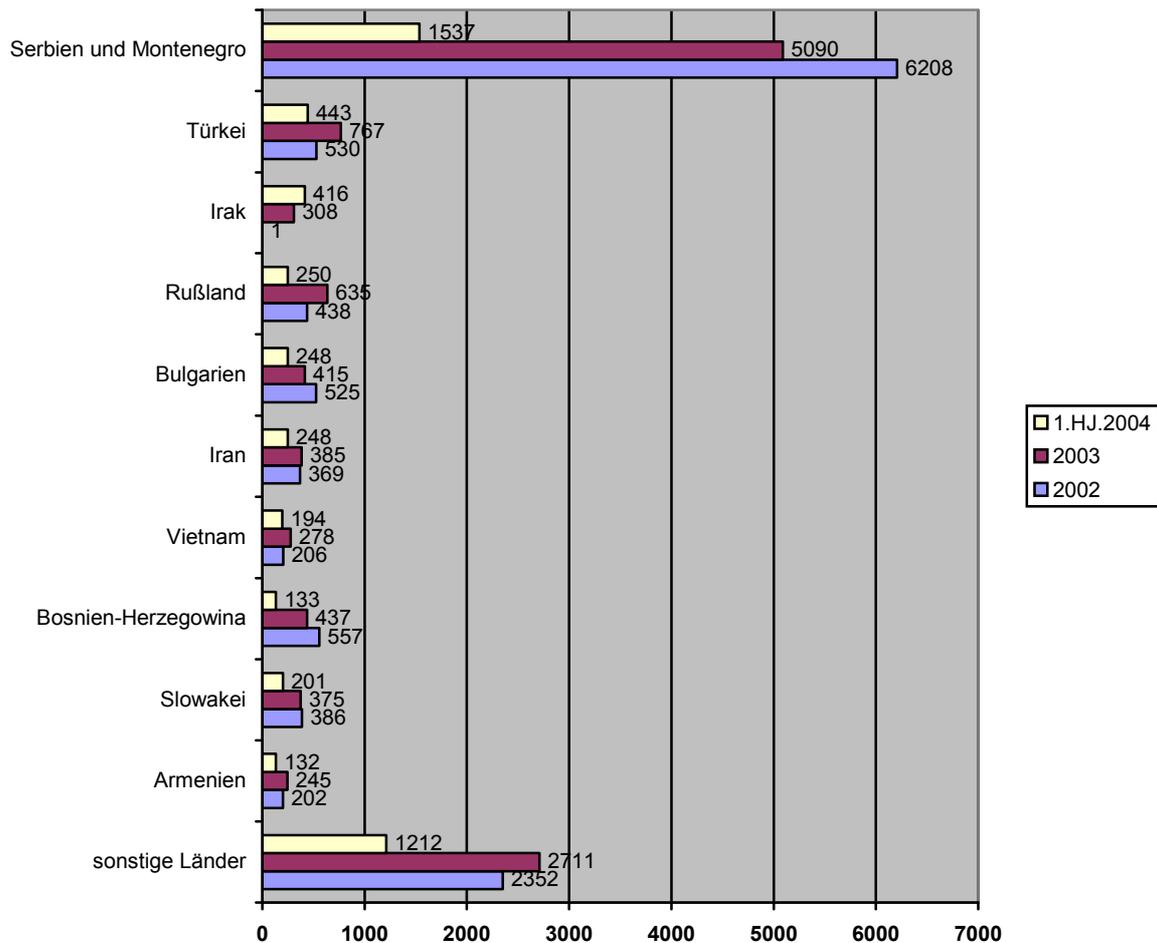
In den letzten Jahren hatten ca. vier Fünftel aller zu- und fortziehenden Personen keinen deutschen Pass. Die Zahl der Fortzüge schwankte seit der Wiedervereinigung zwischen 597.000 und 815.000 jährlich. Die hohen Fortzugszahlen deuten auch darauf hin, dass es sich in vielen Fällen um temporäre Migrationsprozesse handelt (**Jahresbericht 2004 des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge**).

Für einen besseren Überblick über die verschiedenen Gruppen der Menschen, die nach Deutschland (etwa 1,088 Mio.) gezogen sind, soll die nachfolgende Übersicht aus dem **Ausländerzentralregister (2003)** dienen:

- 128.000 Asylbewerber
- 115.000 Asylberechtigte und im Ausland anerkannte Flüchtlinge

- 75.000 Konventionsflüchtlinge (Personen, die Abschiebungsschutz genießen)
- 188.000 Jüdische Emigranten aus der ehemaligen Sowjetunion
- 416.000 De-facto-Flüchtlinge (Personen, denen aus humanitären oder politischen Gründen die Rückkehr in ihr Heimatland nicht zumutbar ist)
- 150.000 Familienangehörige von Asylberechtigten
- 6.500 Kontingentflüchtlinge (Personen, die im Rahmen einer humanitären Hilfsaktion der BRD aufgenommen worden sind.)
- 10.000 heimatlose Ausländer

Wenn man sich die Herkunftsländer, aus denen die Ausländer nach Deutschland kommen, im Zeitraum von 2002 bis 2004 genauer ansieht, kann man feststellen, dass die meisten aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen. An zweiter Stelle kommen die Menschen aus der Türkei und den ehemaligen Ostblockstaaten wie Russland und Bulgarien. Bei den Menschen aus dem Irak kann man einen drastischen Zuwachs im Vergleich von Jahr 2002 zu 2003 feststellen. Die Iraner stehen an 6. Stelle der zehn häufigsten Staatsangehörigkeiten und ihre Anzahl ist mit 389 Personen 2002 und 385 Personen 2003 relativ konstant geblieben. Für einen besseren Überblick dient die nachfolgende Abbildung.



**Abbildung 1: Einreisen nach Deutschland von 2002 bis 1. Halbjahr 2004 nach den 10 häufigsten Staatsangehörigkeiten modifiziert nach Ausländerzentralregister 2004**

### **Auswahlkriterien bei der Migration**

Die Migrationsbewegungen unterliegen einem Selektionsvorgang, der von der aktiven Rolle der Migranten selbst und von den spezifischen Aufnahmekriterien der Zielländer abhängig ist. Wie die Zielländer diesen Vorgang mit beeinflussen, wird aus den Auszügen aus dem neuen **Zuwanderungsgesetz (2004)** der BRD deutlich:

Für Hochqualifizierte wird die Gewährung eines Daueraufenthalts von Anfang an vorgesehen; sie können sofort eine Niederlassungserlaubnis erhalten (§ 19 AufenthG). Mit- oder nachziehende Familienangehörige sind zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit berechtigt (§ 29 AufenthG). Es gilt weiterhin die Beibehaltung des Anwerbestopps für Nicht- und Geringqualifizierte sowie für Qualifizierte. Es gibt Ausnahmemöglichkeiten der Zulassung im begründeten Einzelfall, wenn öffentliches Interesse an Beschäftigung besteht (§ 18 Abs. 4 AufenthG).

In diesem Fall wirbt die BRD einmalig in seiner Geschichte mit einer Gesetzesänderung im Aufenthaltsrecht gezielt qualifizierte Arbeitskräfte aus anderen Ländern ab. Wobei hier auch vermerkt sein soll, dass die Migration von jungen und qualifizierten Arbeitskräften einen wirtschaftlichen Verlust für die Herkunftsländer und Gewinn für die Zielländer bedeutet (**Kruse 1961**).

Weitere Aspekte der Selektion der Einwanderer finden sich insbesondere in der Einwanderungsgeschichte von Australien und USA, welche auf Grund von ethnischen und religiösen Kriterien Einwanderer aus Nordeuropa bevorzugten (**Castles 1990**), dadurch haben sich in Vergleich zu anderen Ländern mehr Migranten aus Europa für eine Auswanderung in diese Länder entschieden.

Die Menschen, die sich zur Migration entschließen, sind überwiegend gesund und mittleren Lebensalter, wobei der Anteil der Frauen stetig steigt, sodass man von einer Feminisierung der Migration sprechen kann (**Castles 1993**).

Der Frauenanteil hat sich laut dem Bundesamt für Migration 1992 von 38,8 % auf 42,9 % im Jahr 2003 erhöht.

## Ursachen der Migration:

Mit den Veränderungen der Lebensbedingungen haben sich auch die Formen der Migration verändert. Die vielfältigen Ursachen für Migration können selten monokausal erklärt werden, denn sie stehen häufig in wechselseitigem Zusammenhang. Allgemein gesagt, werden in den meisten Theorien über die Migrationsgründe die strukturellen und allgemeinen Bedingungen der jeweiligen Gesellschaften beschrieben, die nach **Han (2000)** wie folgt zusammengefasst werden können:

politisch (Verfolgung, Zensur)

soziokulturell (Vorurteile gegenüber Minderheiten und ihre soziale und institutionelle Ausgrenzung)

wirtschaftlich (Arbeitslosigkeit, niedriger materieller Lebensstandard, fehlende soziale Sicherung)

ökologisch (Erdbeben, Überschwemmungen, Dürren, Vulkanausbrüche)

religiös (Verbot freier Religionsausübung, religiöse Verfolgung)

ethnisch (Spannung zwischen ethnischen Gruppen, ethnische Homogenisierungspolitik)

kriegerisch (Bürgerkriege, zwischenstaatliche Kriege)

Die Ziele, welche die Migranten mit ihrer Migration verfolgen, sind sehr unterschiedlich. Nach **Petersen (1958)** lassen sich Migrationsziele zunächst grundlegend in entweder innovative - als Mittel zur Erlangung von etwas Neuem - oder konservierende – als Reaktion auf Veränderungen, um den alten Zustand

wieder herzustellen - unterscheiden. Daraus können fünf Migrationstypen abgeleitet werden:

„Primitive migration“: Unter dem Druck der Natur, ökologischer Druck, ausgelöste Migration beispielsweise bei den Nomaden. Es handelt sich um eine überwiegend konservierende Migration, welche die Beibehaltung alter Lebensgewohnheiten erlaubt.

„Forced and impelled migration“: Hierbei handelt sich um eine durch den Staat und seine sozialen Institutionen ausgelöste Zwangsmigration, welche als veranlasste Migration bezeichnet wird, wobei die Menschen eine gewisse Entscheidungsfreiheit über ihre eigene Migration behalten können. Als Beispiel gelten hier die antisemitischen Gesetze in Nazideutschland, die islamischen Gesetze im Iran nach der Revolution und alle Arten von Flucht. Es handelt sich um eine eher konservierende Migration.

Bei der erzwungenen (forced) Migration fehlt den Menschen jegliche Entscheidungsmacht. Bestimmend für die Zuordnung ist hier die Absicht der machtausübenden Institution. Als Beispiel gilt hier die Verschiffung afrikanischer Sklaven nach Nordamerika unter innovativer Zielsetzung der Betreiber.

Free migration: Bei der freien Migration steht die persönliche Entscheidung als Ausgangspunkt. Als Beispiel gilt die transatlantische Pioniermigration aus Europa nach Nordamerika im 18. Jahrhundert.

Mass migration: Bei dieser Wanderungsform wirkt sich die Migration einzelner auf das Verhalten großer Gruppen aus; es wird ein „Migrationsfieber“ ausgelöst. Migration wird zu einer sozialen Bewegung, bei der die individuellen Motivationen in den Hintergrund treten. Die Angst vor dem Risiko der Migration wird kleiner, wenn viele Menschen einer Region emigrieren. Die transatlantische Massenmigration von Europa nach Nordamerika im 19. Jahrhundert ist hierfür ein Beispiel.

## **Phasenmodelle der Migration:**

Durch die Beschreibung der Phasenmodelle soll ein besseres Verständnis für den Prozess der Migration sowie des physischen und psychischen Befindens der Migrierenden in diesem Prozess geschaffen werden. Die Phasenmodelle erfassen einen zeitlichen Ablauf, welche sich von der Entscheidung zur Migration bis zur Integration hinzieht. Später wird auf die hohe Vulnerabilität des Migrierenden für psychische Erkrankungen genauer eingegangen.

**Han (2000)** beschreibt fünf idealtypische Phasen des Entscheidungsprozesses zur Migration, von der ersten Wahrnehmung negative gesellschaftliche Umstände bis zur endgültigen Entscheidung zur Migration. Er beschreibt diesen Prozess wie folgt:

Die erste Phase entsteht auf Grund der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Umstände, die sich negativ auf die individuelle Lebenssituation des Migranten auswirken. Unzufriedenheit und Unsicherheit lassen eine Drucksituation entstehen. Es ist die Phase des individuell unterschiedlich langandauernden Problemlösungsverhaltens.

In der zweiten Phase entwickelt sich das Motiv zur Migration. Auswanderung wird als realistische und sinnvolle Problemlösung zur Verbesserung der unbefriedigenden Lebenssituation in Betracht gezogen.

Die dritte Phase ist gekennzeichnet durch die Suche nach einem Zielort. Die Informationen werden meist über Familienangehörige oder Bekannte geholt. Die Migranten haben dabei oft Bilder im Kopf, die nicht mit der Realität übereinstimmen und später zu Enttäuschungen und Problemen führen können.

Die vierte Phase geschieht aus der Entwicklung der inneren und mentalen Bereitschaft, das Risiko der Auswanderung auf sich zu nehmen. Diese Phase ist sehr

unterschiedlich ausgeprägt. Sie ist z. B. bei Jugendlichen, die passiv nur aufgrund der elterlichen Entscheidung migrieren, nicht vorhanden und kann später zu Integrationsproblemen führen.

In der letzten Phase wird die endgültige Entscheidung getroffen. Dieser Entscheidungsprozess findet meist mit dem persönlichen Umfeld (Familie, Freunde) statt, welches die nötige emotionale und materielle Unterstützung liefert.

Die Prozesshaftigkeit des Migrationsvorgangs wird in der Migrationstheorie von **Eisenstadt (1954)** stärker unterstreicht. Er betrachtet einen größeren Zeitraum als Han, d. h. von dem Entscheidungsprozess bis zur Phase der vollkommenen Integration des Migrierenden in die Aufnahmegesellschaft.

In der ersten Phase entsteht *die Motivbildung* zur Migration: die momentanen Lebensbedingungen erzeugen Gefühle von Unsicherheit und Unzulänglichkeit; Migration wird immer stärker als Problemlösung für möglich gehalten. In diesem Prozess wird sowohl eine materielle als auch soziokulturelle Verbesserung der Lebensbedingungen im Zielort gedanklich vorgestellt.

Die zweite Phase ist *der Wanderungsvorgang*. Hierbei kommt es zu gravierenden und radikalen sozialen Veränderungen im Leben des Migranten. Die gesellschaftlichen Strukturen verschwinden. Es entstehen existentielle Orientierungsstörungen und eine vorübergehende Strukturlosigkeit des Lebens. Die Unsicherheit der neuen Gesellschaft wirkt noch verstärkend mit der Folge der generellen Angst vor der Zukunft. Die Migranten müssen ihr Selbstkonzept und ihre Wertehierarchie den neuen Gegebenheiten anpassen.

Die dritte Phase umfasst den lang andauernden *Prozess der Integration* in die Aufnahmegesellschaft (*process of absorption*) und wird selbst in 3 Teilprozesse unterteilt:

Zunächst müssen die allgemein gültigen Werte, Normen und Erwartungen der Aufnahmegesellschaft kennengelernt und das eigene Verhalten darauf eingestellt werden, um den Alltag bewältigen zu können. Die logische Konsequenz der allmählichen Institutionalisierung des Verhaltens ist somit die Akkulturation.

Im zweiten Schritt der Anpassung der Immigranten hängt vieles von der Bereitschaft der Aufnahmegesellschaften ab. Der Immigrant muss auch über die Grenzen ihrer verwandtschaftlichen und ethnischen Gruppe hinaus Kontakte pflegen und am öffentlichen Leben teilnehmen. Das Gelingen hängt jedoch davon ab, ob die Aufnahmegesellschaft die Anpassungsbemühungen zulässt. Da die Anpassungsbemühungen oft mit persönlichen Frustrationen verbunden sind, kann es zur verstärkten persönlichen Desorganisation z. B. psychischer Störung, geistiger Krankheit, Kriminalität und Selbstmord kommen.

*Dispersion* schließlich beschreibt den Prozess der Eingliederung, in dem die Immigranten in die verschiedenen institutionellen Bereiche der Aufnahmegesellschaft eindringen und damit verschmelzen, was zum Verlust der ethnischen Gruppenidentität und zur vollständigen Absorption führt.

Die Dispersion ist für die Aufnahmegesellschaft wichtig, um die Entstehung von Parallelgesellschaften zu vermeiden. Für den Migrant bedeutet es aber auch, dass er sich in einer Lebensbedingung befindet, wo er zurecht kommt und seinen Migrationsprozess abgeschlossen hat.

### 2.1.2. Integration

Das Wort Integration kommt aus dem lateinischen und bedeutet Vervollständigung. Im **Duden** Fremdwörterbuch wird es als Verbindung von Personen und Gruppen zu einer gesellschaftlichen Einheit beschrieben. Aus soziologischer Sicht wird es als Eingliederung einer Minderheit in einen Staat definiert. In diesem Fall, wie auch bei dem Wort Migration, gibt es keine einheitliche Definition. Integration bedeutet die verhaltens- und bewusstseinsmässige Eingliederung und Angleichung von Personen oder Gruppen an Wertestrukturen und Verhaltensmuster. Durch den starken Anstieg der Wanderungsbewegungen von Asylsuchenden und Arbeitsmigranten hat der Prozess der Integration für die Aufnahmegesellschaften an Bedeutung gewonnen **(Hillmann 1994)**.

Das *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* setzt sich als Ziel, die Integration der Zuwanderer zu fördern, um das friedliche Miteinanderleben von Einheimischen und Zuwanderern zu sichern. Für eine erfolgreiche Integration ist es nötig, dass die Zuwanderer sich eigeninitiativ mit der Sprache, Normen und Werten der Aufnahmegesellschaft vertraut machen.

Viele Migranten fühlen sich, gerade nach der Migration, nicht in der Lage sich auf die Bedürfnisse der neuen Gesellschaft einzustellen. Sie können die Hilfsangebote nicht als solche erkennen und wahrnehmen. Die Angebote werden eher als Aufforderung zur Anpassung verstanden. Integration heißt aber nach **Treder (1998)** ein Prozess vom gegenseitigem Geben und Nehmen. Sie beinhaltet die Verbindung von Altem und Neuem, so dass eine reorganisierte Einheit entstehen kann.

**Esser (1980)** unterteilt die Beziehung des Einwanderers zu der Aufnahmegesellschaft in drei Aspekte auf:

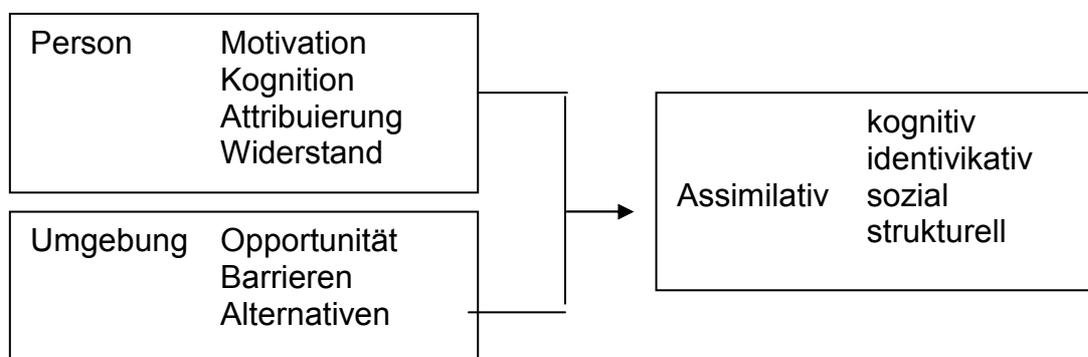
Der erste Aspekt ist die *Akkulturation*. Hierbei findet eine Angleichung statt, in dessen Verlauf der Einwanderer kulturelle Orientierungsmuster, Eigenschaften und Verhaltensweisen aus den Teilbereichen der Aufnahmegesellschaft übernimmt.

Der zweite Aspekt ist die *Assimilation*, welche ein Zustand der Ähnlichkeit in Handlungsweisen und Orientierungen der Einwanderer zu den Teilbereichen der Aufnahmegesellschaft beschreibt. Dabei werden zwischen den absoluten Eigenschaften wie Werte und Bräuche und relationellen Eigenschaften wie Rollenausübungen und Statuseinnahmen unterschieden.

Danach ergeben sich vier verschiedene Assimilationsformen, die sich bezogen auf individuell-absolute Eigenschaften in kognitive Assimilation (Wissen-Dimension) und identifikative Assimilation (Wert-Dimension) sowie bezogen auf die individuell-relationelle Eigenschaften in Soziale Assimilation (Interaktion-Dimension) und Strukturelle Assimilation (Institution-Dimension) unterteilen lassen.

Zum besseren Verständnis des Assimilationsmodells nach Esser soll die unten aufgeführte Tabelle dienen.

**Tabelle 1: Grundmodell der Assimilation von Wanderern nach Esser (1980)**



Aus der Tabelle des Grundmodells nach **Esser** kann man erkennen, dass der Erfolg der Assimilation abhängig ist einerseits von dem Migranten mit seiner Motivation, Kognition, sein Widerstand im Bezug auf den geschätzten Aufwand und Nebenfolgen seines Handelns sowie sein Vertrauen in die Wirksamkeit seinen eigenen Tuns (Attribuierung) und andererseits von der Umgebung in der er sich befindet mit Bedingungen, die eine assimilative Handlung unterstützen (Oppurtunität) oder dem entgegenstehen (Barrieren, z. B. Diskriminierung) und die Alternativen, die er dazwischen hat.

Der dritte Aspekt in der von Esser beschriebenen Theorie ist die *Integration*. Es handelt sich um einen Zustand des Gleichgewichts für den Einwanderer, ein Zustand der Orientierung in Relation zu beliebigen Bezugspunkten der Aufnahmegesellschaft, die in drei Arten der Integration unterschieden werden:

Die Personale Integration wird als Gleichgewicht zwischen den empfundenen Bedürfnissen und Ansprüchen sowie den vorhandenen Möglichkeiten der Problemlösung erlebt und bringt die psychische Stabilität im Sinne einer stabilen personalen Identität.

Die Soziale Integration liegt vor, wenn sich die sozialen Beziehungen der Person zu anderen Personen im Gleichgewicht befinden. Das heißt, dass der Einwanderer gemäss den Normen und Erwartungen der Gesellschaft „normal“ funktioniert.

Die Systemische Integration beschreibt das Gleichgewicht im Makrosystem. Die Untereinheiten des Systems stehen in einem spannungsarmen Verhältnis zueinander.

Zum besseren Verständnis der Beziehung und Interaktion des Einwanderers mit der Aufnahmegesellschaft, wie es oben nach Esser beschrieben wurde, folgt nachfolgend eine Übersichtstabelle:

**Tabelle 2: Begriffliche Dimension der Eingliederung von Wanderern nach Esser (1980)**

Begriff	Dimension	Bezug		
		Individuell absolut	Individuell rational	kollektiv
<b>Akkulturation</b>	Prozess	Prozess des Erwerbs üblicher Eigenschaften (kognitiv, identifikativ)	Prozess der Aufnahme interethnischer Beziehungen, Status-einnahme	Prozess der kulturellen Homogenisierung von Kollektiven
<b>Assimilation</b>	Zustand	Ähnlichkeit in Fertigkeiten, Orientierungen, Bewertungen kognitive und identifikative Assimilation	Ausübung interethnischer Rollen, Status-einnahme, soziale und strukturelle Assimilation	kulturelle Einheitlichkeit eines Kollektivs bei Geltung institutionalisierter Differenzierung
<b>Integration</b>	Zustand	Gleichgewicht und Spannungsfreiheit des personalen Systems	Gleichgewicht und Spannungsfreiheit relationaler Bezüge	latentes Gleichgewicht eines Makrosystems

Aus dem oben genannten wird ersichtlich wie vulnerabel der Prozess zur endgültigen Integration sein kann, da individuelle Prozesse bei dem Migranten und gesellschaftliche Prozesse zusammen wirken müssen. Störungen führen zu Stressreaktionen bei dem Migranten mit körperlichen und psychischen Symptomen und erschweren den Integrationsprozess.

In dem nachfolgenden Kapitel wird genauer auf dem Akkulturationsprozess und den damit verbundenen Akkulturationstress für den Betroffenen eingegangen.

### 2.1.3. Akkulturation und Akkulturationsstress

**Han (2000)** bezeichnet die Akkulturation als einen Prozess, wobei die Einwandererminderheit in die Kultur des Aufnahmelandes langsam eingeführt wird. Dabei unterscheidet Han zwei unterschiedliche Formen der Akkulturation:

Eine externe Akkulturation, d.h. typische Verhaltensweisen und Umgangsformen der neuen Kultur werden übernommen, aber die ethnischen Orientierungen bleiben im privaten Bereich erhalten.

Die andere Form ist die interne Akkulturation, wobei die Wertvorstellungen der neuen Gesellschaft als selbstverständlich in Haltungen und Verhaltensweisen übernommen werden.

Nach **Schmitz (2001)** ergibt sich Akkulturation aus Veränderungen, die aus dem Kontakt zwischen zwei Kulturen resultieren. Sie lässt sich definieren als ein „Phänomen, das Gruppen oder einzelne Individuen erfahren, wenn sie mit Veränderungen in ihrem kulturellen Umfeld konfrontiert werden.“ Sie beinhaltet eine aktive Auseinandersetzung mit der neuen Kultur und bedeutet eine soziale und psychologische Herausforderung für das Individuum.

Der Stress, den ein Individuum während des Akkulturationsprozesses erfährt, wird als Akkulturationsstress bezeichnet und kann bei einigen Migranten zu sozialen und psychologischen Problemen führen.

In Tabelle 3 werden die Auswirkungen einer schlecht gelungenen Akkulturation auf somatischer und psychischer Ebene und auf sozialem Interaktionsverhalten beschrieben.

**Tabelle 3: Merkmale, die mit einer schlecht gelungenen Akkulturation einhergehen (Schmitz 2001)**

<b>Befinden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unbehagen</li> <li>- Passivität</li> </ul>
<b>Soziale Verhaltensprobleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolation und Kontaktschwierigkeiten</li> <li>- Aggressivität und Feindseligkeit</li> </ul>
<b>Beeinträchtigung des Leistungsverhaltens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulleistung</li> <li>- Beruflicher Misserfolg</li> </ul>
<b>Normabweichendes Verhalten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alkoholmissbrauch</li> <li>- Drogenkonsum</li> <li>- Suizid (Versuch)</li> <li>- Strafdelikte</li> </ul>
<b>Neurotische Störungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phobien</li> <li>- Zwänge</li> <li>- Ängste</li> </ul>
<b>Psychopathologische Störungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen wie Alkohol, Drogen</li> <li>- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen</li> <li>- Affektive Störungen wie Dysthymie und Depression</li> <li>- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wie paranoide PS, dissoziale PS, soziopathische und psychopathische PS, asoziale und antisoziale PS</li> </ul>
<b>Psychosomatische Störungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiple Beschwerde Syndrom</li> </ul>
<b>Somatische Erkrankungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kardiovaskuläre Erkrankungen</li> <li>- Krebserkrankungen</li> </ul>

Als Grundlage vieler psychologischer Akkulturationsforschungen dient **Berrys** Modell (**Berry, 1985**) der Akkulturationsstile nach den Beziehungen der Migranten zum Gastland und zur eigenen ethnischen Gruppe.

Dabei können zwei Dimensionen unterschieden werden:

Bei der ersten Dimension wird die eigene kulturelle Identität und das eigene Handlungsmuster als erhaltenswert eingestuft.

Bei der zweiten Dimension wird der Grad der erwünschten Kontakte mit den Menschen aus dem Aufnahmeland als wertvoll betrachtet und es stellt sich die Frage wie stark diese gepflegt werden sollen.

Wenn beide Dimensionen verfolgt werden, dann wird es als *Integration* bezeichnet; D. h. Beibehalten der eigenen kulturellen Identität und enger Kontakt mit der Aufnahmegesellschaft.

*Assimilation* wäre hingegen ein Aufgeben der eigenen kulturellen Identität. Stattdessen werden enge Kontakte zu den Menschen aus dem Aufnahmeland geknüpft. Integration und Assimilation stellen für den Migranten die gesündeste Form der Akkulturation dar, vorausgesetzt sie werden in der Aufnahmegesellschaft akzeptiert.

Als weniger erfolgreiche Formen können zum einen die Segregation und die Marginalisierung betrachtet werden.

*Segregation* liegt vor, wenn der Migrant sich bewusst für die kulturelle Identität entscheidet und auf Beziehungen zu der Aufnahmegesellschaft verzichtet. Die Beziehung zu der Aufnahmegesellschaft wird als negativ eingestuft, das bedeutet kontinuierlicher Stress und kann sich langfristig in Form von Krankheiten manifestieren.

Und als *Marginalisierung* wird das Aufgeben der eigenen kulturellen Identität bezeichnet, wobei auch kein Interesse besteht Kontakte zu anderen Gruppen aus der Gesellschaft aufzubauen. Auf lange Sicht gesehen führt diese Form des Akkulturationsstils zu schweren psychosozialen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen.

Je nachdem für welche dieser Akkulturationsstile sich der Migrant entscheidet und in wie weit er dabei von der Aufnahmegesellschaft und/oder der eigenen Gruppe unterstützt wird, ist er unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt, die zu bestimmten Krankheiten wie Allergien, psychische Labilität oder kardiovaskulären Erkrankungen führen können.

#### **2.1.4. Psychosoziale Folgen der Migration**

Die Migration wird oft metaphorisch als Entwurzelung dargestellt, die einen Hinweis auf die existentielle Instabilität durch die Aufgabe des bisherigen Bezugssystems für die Migranten bedeutet. Die Radikalität und Totalität dieses Vorganges wird hier mit dem Herausreißen einer Pflanze verglichen, der die Lebensgrundlage entzogen wird.

**Handlin (1953)** betrachtet die Entwurzelung unter dem Aspekt des Entfremdungsprozesses, der durch den Bruch mit der bisherigen Lebensumwelt eintritt, und unter dem Zustand der fehlenden gesellschaftlichen und sozialen Integration innerhalb des neuen Bezugssystems.

Hier setzt die psychotherapeutische und soziologische Forschung an, sich mit den Folgen der Migration für den Migranten und nicht mehr mit dem Vorgang der Migration zu beschäftigen. Zunächst kommt es durch verlassen des Herkunftslandes zur Verhaltensunsicherheiten. Die gelernten sozialen Handlungen, die den Migranten bisher bei der Interaktion, Selektion und Erlebnisverarbeitung Orientierung gegeben haben, werden grundlegend erschüttert, bis eine Orientierung im neuen sozialen System statt findet. Die Sprache als das wichtigste Kommunikationsmittel, um sich mit Menschen über ihre Erfahrungen, Erlebnisse, Erkenntnisse und Wissensbestände auszutauschen, stellt meist besonders in der Anfangsphase für die

Migranten ein sehr großes Problem dar. Eine Sprache gibt meist aus gemeinsamen gesellschaftlichen Lebensbedingungen und sozialen Erlebnissen ein Zugehörigkeitsgefühl, das die Menschen nicht nur miteinander verbindet, sondern ihnen auch soziale Sicherheit gibt.

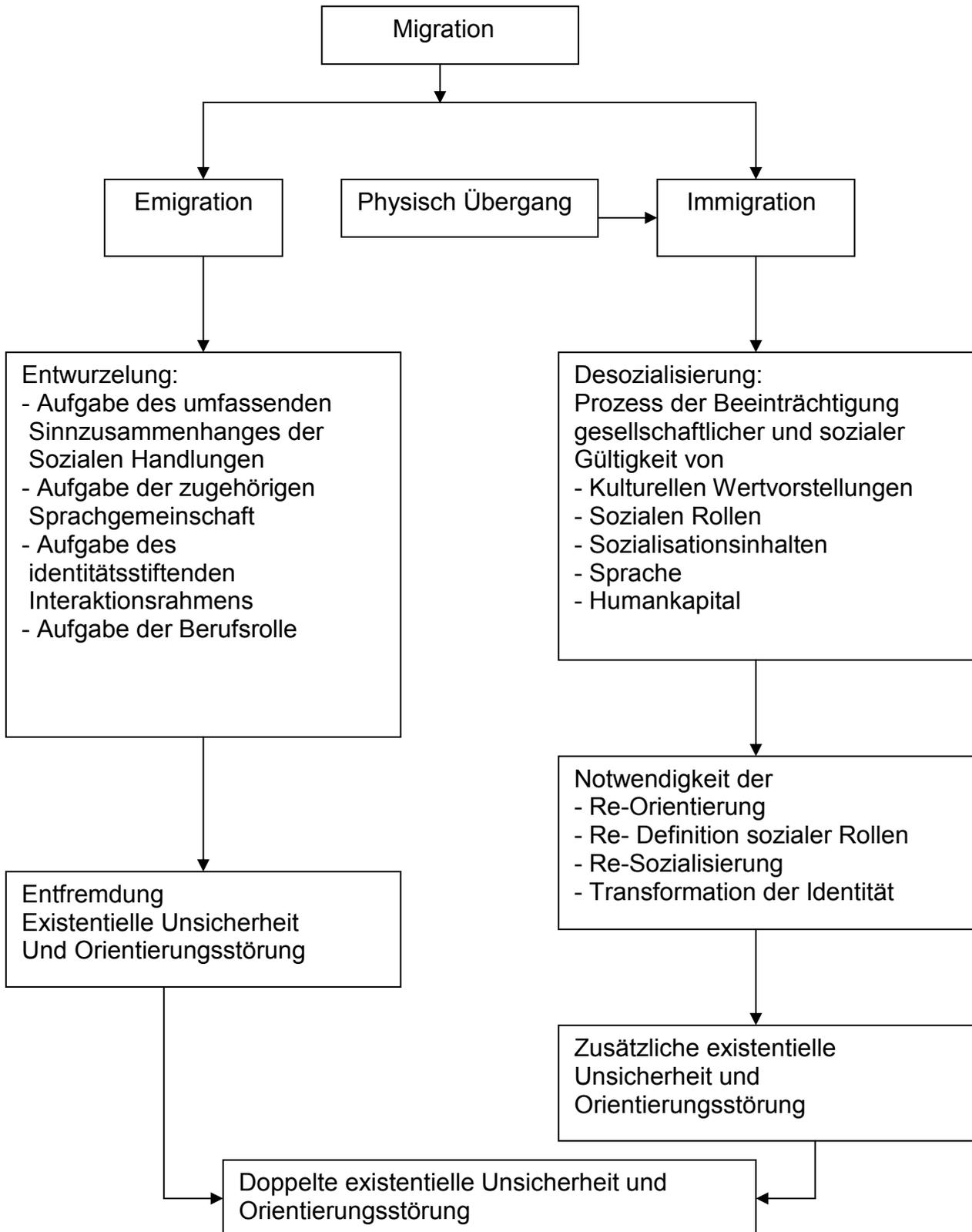
Das Bewusstsein, Selbstbewusstsein und die Ich-Identität der Menschen sind Ergebnisse der Beziehung der Einzelnen zu ihrer Gesellschaft (**Mead 1991**).

Eine neue Gesellschaft mit widersprüchlichen Erwartungen bedeutet für den Migranten eine unvermeidbare psychosoziale Instabilität.

Weiterhin ist zu bedenken, dass in der heutigen „modernen“ Gesellschaft der Beruf eine große Rolle für den gesellschaftlichen Status, Lebensstandard, sozialer Geltung und Selbstwertgefühl spielt. Durch die Migration geben die Migranten zwangsläufig ihren Beruf und damit die Grundlage ihres Selbstwertgefühls ab. Dies kann wiederum zu psychosozialer Instabilität führen, weil der Beruf als die wichtigste Stütze der sozialen Identität fehlt.

In Tabelle 4 wird versucht, eine übersichtliche Darstellung von den Folgen der Migration zu geben. Durch die Aufteilung dieses Prozesses in Emigration und Immigration soll die doppelte Belastung auf den Migranten durch die Entwurzelung und Desozialisierung verdeutlicht werden. In dieser Phase der existentiellen Unsicherheit und Orientierungsstörung besteht für den Migranten die Gefahr, je nach kulturellem Verständnis für somatische und psychische Beschwerden, psychosomatische Krankheitsbilder zu entwickeln.

**Tabelle 4: Existentielle Unsicherheit und Orientierungsstörung als Folgen migrationsbedingter Entwurzelung und Desozialisierung nach Han (2000)**



**Faltermaier (2001)** beschreibt in seinen salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektiven drei unterschiedliche Einflussbedingungen, die mit dem Gesundheitsprozess und Gesundheitskontinuum bei der Migration zusammenhängen:

Die erste Einflussbedingung ist die „Ethnie und kulturelle Identität“. Sie zeigt sich in Gemeinsamkeiten einer Kultur wie z. B. in der Geschichte, Sprache und Religion. Es gibt religiöse Überzeugungen, die den Gläubigen bei der Abweichung von der Norm auch Ängste und Schuldgefühle vermitteln können. Auch der Umgang mit Belastungen und der Einsatz von Bewältigungsstrategien, werden in einem kulturell geprägten Deutungssystem gelernt und entsprechend eingesetzt. Lebensstile, Gewohnheiten, Ernährung, Hygiene und Missbrauch von Genussmitteln sind meist sehr eng mit den kulturellen und religiösen Überzeugungen eines Menschen verknüpft. Auch das Krankheits- und Gesundheitsverständnis, das in einer Kultur vermittelt wird und die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern beeinflussen, in großem Maße die Inanspruchnahme von Angeboten bei Krankheit in der neuen Gesellschaft. Eine gesundheitliche Gefährdung bei psychischer Belastung besteht, wenn die Migranten auf gesundheitlich riskante Bewältigungsversuche wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum zurückgreifen, da ihre Bewältigungsressourcen in der neuen Situation nicht ausreichen.

Die zweite Einflussbedingung sind die „Migrationsprozesse“. Der Migrant nimmt eine „Hypothek an Belastungen“ d. h. die Migrationsursachen (Flucht, Verlust von zurückgelassenen Angehörigen und Freunden,...) mit; dazu kommt die Migration als ein einschneidendes Lebensereignis. In dem Aufnahmeland muss er sich an die fremde Gesellschaft anpassen. Er hat an sozialem Status eingebüßt. Er muss eine neue Sprache erlernen sowie neue Lebensstile, Gewohnheiten, soziale und gesellschaftliche Normen verstehen. Je nachdem, wie offen sich die Gesellschaft

dem Migranten gegenüber verhält, wird er Erfahrungen mit offenen und verdeckten Diskriminierungen machen. Das führt alles zu noch mehr Belastung, welche psychische und körperliche Spuren hinterlassen können.

Die dritte Einflussbedingung, welche erschwerend dazu kommt, ist die „soziale Lage“ des Migranten. Sie besitzen meistens wenig materielle Ressourcen, dazu kommen aufgrund des niedrigen beruflichen Status schlechtere Arbeits- und Wohnverhältnisse. Daraus folgt, dass die Migranten sich meist in den unteren sozialen Schichten befinden, welche aus epidemiologischen Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaft mit einer höheren Prävalenz von Krankheiten verbunden ist. Außerdem müssen neue soziale Beziehungen aufgebaut werden. Dies kann z. B. innerhalb einer Familie zu Spannungen führen, denn es muss die Frage geklärt werden, in wie weit diese neuen Beziehungen herkunftsorientiert oder aus der fremden Kultur sind. Die aus dieser Übergangsphase entstandenen Belastungen können bei mangelnden sozialen Ressourcen die gesundheitlichen Risiken verstärken.

Daraus können sich verschiedene Arten der gesundheitlichen Gefährdung für den Migranten ergeben. Durch den Kontrollverlust und die Hilflosigkeit können depressive Störungen mit psychosomatischen Symptomen entstehen oder es können Erkrankungen im Herz-, Kreislaufbereich und Bewegungsapparat entstehen, wenn versucht wird, durch extreme Leistungsorientierung einen schnellen sozialen und materiellen Aufstieg zu erreichen.

## 2.2. Psychische Störungen bei iranischen Migranten

Der Umgang mit Krankheiten, und damit auch der Umgang mit psychischen Störungen, unterliegen kulturspezifischen Bewertungen. Verschiedene soziokulturelle Faktoren beeinflussen die Vorstellung über die Ursache, Verlauf und Behandlung von Krankheiten (**Zarifoglu 1992**). Psychische Beeinträchtigungen gelten auch als eine wichtige Determinante für Verlauf und Ergebnisse somatischer chronischer Erkrankungen (**Gerdes 2000**).

Bei der Untersuchung depressiver Störungsbilder bei den iranischen Migranten in den USA und in der Stadt Maragahah im Iran zeigten **Good et al. (1977)**, dass Herzbeschwerden (*narahytiye qalb*) als ein kulturgebundenes Krankheitskonzept auftreten. Die physischen Symptome wie Herzklopfen und Herzflattern werden mit Ängsten, sozialem Stress und Unglücklichsein gepaart. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Oft bestehen die Beschwerden in Zusammenhang mit familiären Konflikten oder sie treten bei sozialen Brüchen wie der Geburt eines Kindes, Tod von Verwandten oder Unfruchtbarkeit auf.

Traurigkeit wird in der iranischen Kultur mit der eigenen Tiefe in Verbindung gebracht. Eine traurige Person gilt als denkende Person, die seine Kindlichkeit unter Kontrolle hat (**Sardashti 2000**).

Bei der Untersuchung von 94 iranischen Migranten in Deutschland zeigten **Haasen & Sardashti (2000)**, dass die Betonung somatischer Symptome bei den Probanden nur mäßig ausgeprägt waren und die psychischen Beschwerden wie depressive Verstimmungen, stark im Vordergrund standen. Trotz der Hochschätzung der Traurigkeit in der iranischen Kultur stand aber die depressive Stimmung genauso im Vordergrund wie bei den „westlichen“ Probanden.

Nachfolgend werden die psychischen Störungen Depression, somatoforme Störung, sowie Anpassungsstörung in Anlehnung an das internationale Klassifikationssystem für psychische Störungen (ICD-10) genauer erläutert, da sie bei den untersuchten Probanden am häufigsten vorlagen.

### **2.2.1. Depression**

Depressive Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten psychiatrischen Störungen. Die Wahrscheinlichkeit an einer depressiven Störung zu erkranken ist insgesamt als hoch einzuschätzen. Frauen sind häufiger als Männer von dieser Erkrankung betroffen.

Bei einer depressiven Störung handelt es sich um eine ernstzunehmende Erkrankung. Nach **Kasper et al. (1997)** unternehmen etwa 20-60 % der depressiv Erkrankten einen Suizidversuch und etwa 40-80 % der Erkrankten leiden an Suizidideen.

Als Ursachen einer Depression können hirnorganische Krankheiten, genetische Vererbung, die persönliche Vulnerabilität und psychosoziale Faktoren wie Verlusterlebnisse und Traumata gesehen werden. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass multikausale Faktoren für depressive Störungen verantwortlich sind.

**Fernando (1986)** beschreibt den depressiven Menschen als jemand, der sein Ich als wertlos, die Welt als sinnlos und die Zukunft als hoffnungslos erlebt.

Um zwischen einer normalen Traurigkeit und pathologischen Depression unterscheiden zu können sind unterschiedliche diagnostische Instrumente und Systeme entwickelt worden.

In dem internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen **ICD-10 (Dilling et al. 1993)** werden depressive Störungen in leichte, mittelgradige und schwere Episoden unterteilt. Die betroffenen Personen leiden vor allem unter den folgenden Symptomen:

- gedrückte Stimmung
- Interessenverlust
- Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs
- Verminderung von Konzentration und Aufmerksamkeit
- Verminderung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens
- Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit
- Suizidgedanken.

Von einer leichten depressiven Episode spricht man, wenn mindestens zwei der oben genannten Symptome und zwei der Kernsymptome (depressive Stimmung, Verlust von Interesse, Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit) für mindestens 2 Wochen bestehen.

Bei einer mittelgradigen depressiven Episode sind mindestens zwei, der bei einer leichten Episode genannten Kernsymptome, und mindestens drei der oben

aufgezählten Symptome vorhanden. Einige Symptome sind in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt oder durchgehend vorhanden.

In einer schweren Episode ohne psychotische Symptome müssen mindestens vier der oben genannten Symptome und alle bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden typische Kernsymptome vorhanden sein. Einige der Symptome sollten besonders ausgeprägt sein.

Von rezidivierenden depressiven Störung spricht man, wenn es zu wiederholten depressiven Episoden kommt.

Nach **Papassoitriropoulos et al. (1999)** erreicht eine unterschwellige depressive Störung die diagnostischen Schwellen der ICD-10 aufgrund der Qualität, Quantität und zeitlichen Dauer der Symptome nicht. Sie führen aber zu einer Reduktion der Lebensqualität sowie zu verminderter Arbeitsfähigkeit (**Helmchen et al. 2000**). Eine subklinische depressive Störung tritt mit der Lifetimeprävalenz von 23,1 % relativ häufig in der Bevölkerung auf (**Johnson, 1992**) .

Bei vielen Patienten in der Primärversorgung werden Depressionen nicht richtig erkannt oder nicht konsequent behandelt. Weniger als 10 % der depressiv Erkrankten bekommen eine angemessene Behandlung (**Ballenger et al. 2000**).

### **2.2.2. Somatoforme Störung**

Körperliche Symptome mit ausschließlich psychischen Ursachen sind in allen Ländern der Erde und in allen Kulturen häufig (**Gureje et al. 1997**).

Bei somatoformen Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome und die Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz negativer Ergebnisse charakteristisch.

Bei der Somatisierungsstörung müssen die Beschwerden mindestens seit 2 Jahren bestehen. Bei den Beschwerden handelt es sich um anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde. Die Betroffenen weigern sich anzuerkennen, dass keine somatische Erklärung vorliegt. Dies führt auch zu einer Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen.

Bei den somatoformen autonomen Funktionsstörungen beschreiben die Betroffenen ihre Symptome so, als läge eine Störung eines Organs vor. Meist handelt es sich um Organe oder Systeme im Körper, welche weitgehend vegetativ kontrolliert und innerviert werden. Am häufigsten betroffen ist das kardiovaskuläre System in Form von Herzneurosen sowie das gastrointestinale System (Magenneurose, nervöse Durchfälle) und das respiratorische System (psychogene Hyperventilation, Singultus).

Auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit andauernden quälenden Schmerzen, welche sich durch eine somatische Störung nicht erklären lassen und in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen verstärkt werden, gehören zu der Gruppe der somatoformen Störungen.

Bei den Patienten, bei denen die Kriterien einer Somatisierungsstörung nicht voll erfüllt sind, aber eindeutig somatoforme Symptome vorliegen, wurde die Diagnose undifferenzierte Somatisierungsstörung eingeführt.

Als Ursachen für somatoforme Störung werden unter anderem genetische und soziodemographische Variablen gesehen (**Rief, 1996**). Die Erkrankung tritt häufiger bei Frauen und in Familien mit Alkohol- und soziopathischen Problemen auf.

Tabelle 5 dient dem besseren Verständnis der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren bei somatoformen Störungen.

**Tabelle 5: Entstehungsrelevante Faktoren bei somatoformen Störungen nach Brähler & Strauß 2000**

	<b>Begünstigende Faktoren</b>	<b>Auslösende Faktoren</b>	<b>Aufrechterhaltende Faktoren</b>
<b>Biologisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genetische Faktoren</li> <li>- Art der Wahrnehmung von Vorgängen aus dem Körperinnere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Traumata</li> <li>-Infektion oder Bagatellkrankheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-psychophysiologische Prozesse: Teufelskreis</li> </ul>
<b>Psychologisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ungünstige Bewertungsmuster und Einstellung</li> <li>-Persönlichkeitsbesonderheiten</li> <li>-frühere Krankheitserfahrung</li> <li>-Belastende Kindheits-erlebnisse</li> <li>-andere psychische St.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-akuter Stressüberforderung</li> <li>-einschneidende Veränderung im Leben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Krankheitsängste und Überzeugungen</li> <li>-unzureichende Problemlösefähigkeit</li> </ul>
<b>Sozial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen und der elterlichen Erziehung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-aktuelle Konflikte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-positive Verstärkung der Krankenrolle</li> <li>-chronischer Stress</li> </ul>

### 2.2.3. Anpassungsstörungen

Bei den Anpassungsstörungen handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, welche nach einschneidenden Lebensereignissen, die sowohl das engere soziale Umfeld (z. B. Todesfall, Trennung, Unfall, Vernachlässigung, chronischer Erkrankung) als auch weitere

soziale Aspekte (z. B. Emigration oder Flucht) betreffen, auftreten und zur Behinderung sozialer Funktionen und Leistungen führen.

Die individuelle Vulnerabilität spielt bei der Entstehung von Anpassungsstörungen eine große Rolle. Es kann aber auch davon ausgegangen werden, dass ohne die Belastung die Krankheit nicht entstanden wäre. D.h. die Patienten erleben Stress über eine subjektiv ertragbare Grenze und erkranken dadurch.

Zu den Symptomen einer Anpassungsstörung zählen: depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, das Gefühl mit der gegenwärtigen Situation nicht zurecht zu kommen, Schlaf-, Appetit- und sexuelle Funktionsstörungen, somatoforme Symptome und Einschränkungen im Alltag (**Dilling & Reimer 1995**).

Bei akutem Verlauf dauern die Symptome nicht länger als 6 Monaten nach Belastungsende. Bei chronischem Verlauf ist die Obergrenze 2 Jahren. Bei länger andauernden Symptomen kommt es zur Chronifizierung und Übergang in eine andere Störungsform. Es existiert eine Komorbidität vor allem mit affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeit (**Forker & Reschke 2002**).

Etwa 5-20 % der Patienten in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung leiden an Anpassungsstörungen (**Faust,1996**). Von einer höheren Dunkelziffer kann ausgegangen werden, da es schwierig ist, in Studien eine Unterscheidung zwischen normalem Alltagsstress und krankhaftem Stress zu treffen und es sicherlich fließende Übergänge gibt.

## **2.3. Der Iran**

Um ein besseres Verständnis für die iranischen Patienten zu bekommen, wird in den folgenden Abschnitten einen kurzen Überblick über das Land, die Geschichte und die kulturellen, religiösen und politischen Hintergründe gegeben.

### **2.3.1. Geographie und Bevölkerung**

Die islamische Republik Iran hat eine Fläche von 1 648 000 km<sup>2</sup> und befindet sich etwa in gleicher Höhe wie Südeuropa und Nordafrika. Es ist ein Land mit hohen Bergen und großen Kies- und Salzwüsten, welches sich zwischen dem Kaspischen Meer im Norden und dem Persischen Golf im Süden befindet.

Iran ist schon seit dem Altertum ein Vielvölkerstaat und ist es bis heute geblieben. Es leben ca. 66 Mio. Menschen dort, davon sind etwa mehr als die Hälfte Perser sowie Aseris, Kurden, Luren, Araber, Belutschen, Kaschkai, Turkemenen und andere.

Es besteht ein Bevölkerungswachstum von 1,8 %. Iran ist ein junges Land, etwa ein Drittel der Bevölkerung ist unter 30 Jahren alt.

Es studieren ca. 1.673.757 Studenten an den Universitäten, davon sind mehr als die Hälfte Frauen.

Die offizielle Landessprache ist persisch (Farsi). Daneben werden vor allem Turksprachen, Kurdisch, Arabisch, Belutschisch und andere gesprochen.

Die Wirtschaft liegt über 60 % in den Händen des Staates und religiöser Stiftungen. Zu den wichtigsten Wirtschaftszweigen Irans zählen die Öl-, Gas-, Petrochemie-, Metall- und Kfz-Industrie sowie die Landwirtschaft. Es herrscht eine hohe

Inflationsrate von 15,8 % und eine hohe Arbeitslosigkeit von ca. 17 % (**Auswärtiges Amt 2004**).

### 2.3.2. Geschichte

Der Name Iran leitet sich von dem mittelpersischen ab, was zu deutsch „Arierland“ heißt. Die iranische Nationalidentität ist geprägt durch das Bewusstsein über eine große Vergangenheit und dadurch entstanden „einem ausgeprägten Überlegenheitsgefühl der Iraner gegenüber anderen Völkern“ (**Gronke 2003**). Aus diesem Überlegenheitsgefühl heraus halten die Iraner an ihren alten vorislamischen Traditionen und an ihre Sprache fest. Persisch konnte sich als einzige Sprache aus den von den muslimischen Arabern eroberten Gebieten im islamischen Kulturkreis behaupten. Die alten Traditionen, wie das Neujahrfest, und die vorislamischen Symbole, haben insbesondere unter der jetzigen islamischen Regierung wieder an Bedeutung gewonnen.

Iran war nie eine Kolonie gewesen, stand aber seit dem 19. Jahrhundert also mit Beginn der Expansion europäischer Staaten unter britischem, russischem und später auch amerikanischem Einfluss. Aufgrund der Konzessionswünsche der Europäer mit dem Ziel das Land ökonomisch abhängig zu machen und wegen ihrer Einmischung in die inneren Angelegenheiten des Landes, was auch ein Zeichen der Unfähigkeit der Kadscharen war, gewann die schiitische Geistlichkeit als Hüter der Belange der iranischen Bevölkerung gegen ausländische Einflüsse und Verwestlichung eine nationale Rolle.

Seit April 1979 besteht die Islamische Republik, nach dem Sturz des Schahs und die von ihm ernannte Übergangsregierung von Bakhtiar.

1980 begann der Iran-Irak Krieg, nachdem der Irak das Abkommen von 1975 über Schatt al-Arab kündigte und Iran militärisch angriff. Der Krieg dauerte 8 Jahre.

Dadurch gab es Tausende von Toten auf beiden Seiten und Millionen Obdachlose. Ganze Provinzen des westlichen Irans wurden verwüstet. Die ökonomischen Kosten werden auf mehrere hundert Milliarden Dollar geschätzt.

Der Krieg und die Revolution mit erheblicher Beschränkung der Meinungsfreiheit lösten die größte Flüchtlingswelle in der iranischen Geschichte aus. Es leben zur Zeit über eine Million Iraner im Ausland.

Der politische Führer ist zur Zeit Khamenei. Der Ex-Staatspräsident war Khatamie. Seit seiner Wahl 1997-2005 begann eine vorsichtige Liberalisierung des Landes. Er besuchte als erster Staatspräsident seit der Revolution die europäischen Staaten. Die konservativen Flügel des politischen Führers Khamenei haben aber die größte Macht im Land, wie es sich bei der letzten Präsidentenwahl im Jahre 2005 zeigte.

Seit dem ist der konservative Ahmadinedjat an der Macht. Seit seiner Machtübernahme sind wieder Einschränkungen der Meinungsfreiheit und die antiwestliche Einstellung (z. B. Verbot von Pop-Musik) an der Tagesordnung. In den letzten Monaten machte der neue Präsident durch seine antiisraelischen Parolen und seine Atompolitik in der Welt auf sich aufmerksam.

### **2.3.3. Kulturelle und Religiöse Hintergründe**

Mehr als 98 % der iranischen Bevölkerung sind Muslime, davon sind 90 % Schiiten und 10 % Sunniten. Die restliche Bevölkerung sind Christen, Zarathustrier, Bahaii und Juden.

Ca. 15 % alle Muslime gehören zu Schia. Die bedeutendste und größte Gruppe ist die Zwölferschia, die heutige Staatsreligion im Iran. Nach dem Tode des Propheten Mohammads im Jahr 632 in Medina bestand ein Konflikt um seinen Nachfolger; zu Schia (arabisch= Partei) gehört die Gemeinde, welche Ali, der Cousin und zugleich Schwiegersohn des Propheten als rechtmäßigen Nachfolger anerkennt. Die andere Partei bilden die Sunniten, welche Ali's Kalifat nicht anerkennen.

Für die Zwölferschia sind die legitimen Nachfolger des Propheten Ali's Nachkommen mit der Tochter des Propheten Fatima. Der elfte Imam (arabisch = Führer) starb um das Jahr 874 mit 30 Jahren ohne Nachkommen. Allerdings ist die Kinderlosigkeit des elften Imams umstritten. Die Zwölferschia glaubt das ein zwölfter Imam, mit dem Namen Mahdi, im Jahr 869 geboren wurde und durch ein Wunder von der Erde verschwunden sei. Eines Tages wird er nach einer Reihe himmlischer Vorzeichen als Erlöser zurückkommen und die Erde von der Tyrannei befreien. Es wird dann ein Paradies auf Erden herrschen.

Alle elf Imame sind unschuldig eines gewaltsamen Todes gestorben. Deren Martyrium wird jedes Jahr feierlich „lebendig“ gehalten.

Das traurige Schicksal von Ali's jüngstem Sohn Hossein (3. Imam) prägt am stärksten die Zwölferschia. In einer Schlacht in der Nähe von Kerbela, heute ein wichtiger Wallfahrtsort, wurde Hossein von kufischen Schiiten im Stich gelassen und mit allen seinen Begleitern von dem Sohn eines Kalifen (Sunniten) ermordet. Es handelt sich um einen Kampf ungleicher Gegner, da die Getreuen des Imams Hossein 72 Personen waren, die Tausenden sunnitischen Soldaten gegenüber standen. Dieser Tag im Iran, Aschura (=der zehnte) genannt, ist der Tag des Martyriums Hosseins. Hier zeigen sich die für die Zwölferschia typischen religiösen Züge der Buß- und Trauerrituale. Jedes Jahr wird in den ersten 10 Tagen des Monats Muharram dem Tod des Hosseins gedacht. In dieser Zeit sind im Iran

jegliche öffentlichen oder privaten Feste verboten. Es werden öffentlich Klagelieder vorgetragen, Prozessionen begangen und Passionsspiele als Trauerbekundungen aufgeführt. Die in dieser Zeit vollzogenen Rituale sind nicht nur Trauerbekundungen über das Martyrium, das Hossein unschuldig erlitten hat; „Es sind Rituale der Buße, durch die der Gläubige seine Schuld am Schicksal des dritten Imams abzutragen versucht.“ (**Gronke, 2003**). Im Jahr 685 ziehen eine Gruppe von Büßern nach Kerbela und werden tatsächlich von den dortigen Truppen getötet. Seitdem gehört die Bereitschaft zum Selbstopfer in Verbindung mit der Klage über das Schicksal Imam Hosseins zu den wichtigsten Eigenheiten der Zwölferschia und damit zu der iranischen Kultur und Mentalität.

Eine übliche Floskel in der persischen Sprache beinhaltet das Wort „opfern“ und man meint sich aus Höflichkeit für den anderen opfern zu wollen.

Von der Regierung wird diese Trauer über das Schicksal Hosseins sehr unterstützt. Es werden Parallelen zu den aktuellen politischen Situationen gezogen. Die Gegenspieler Hosseins sind in diesen Fällen Amerika, Israel und während des Golfkrieges Saddam Hussein gewesen.

Die schiitischen Gelehrten sehen sich als die stellvertretende Regierungsgewalt in der Abwesenheit des zwölften Imams (**Gronke 2003**).

Der Buß- und Trauerkult der schiitischen Religion ist keine bloße Trauer, er ist die Vergegenwärtigung des eigenen Versagens und des Versagens der schiitischen Gemeinde, die ihren Imam im Stich gelassen haben. Sie ist selbst bei nicht religiösen Iranern zu beobachten. Das Opfer, das Martyrium, das Leid und die Tränen sind in der schiitischen Religion positive gesetzte Attribute. Die Wehklagen über das Martyrium des Imams werden in Form von rhetorischen Fragen, wie warum...? weshalb...? laut vorgetragen, dabei wird rhythmisch auf die Brust geschlagen, so

dass eine melodische Wehklage entsteht, die besonders während der jährlichen Trauerfeier in Aschura das Leben im Iran prägen.

In der iranischen Kultur wird Dysphorie in religiös motiviertes Leid umgewandelt. Traurigkeit wird als ein normaler hochgeschätzter Affekt verstanden. Auch in den iranischen Märchen und Poesie ist Traurigkeit und Verlust tiefverwurzelt (**Good et al 1985**).

#### **2.3.4. Politische Einflüsse**

Im Iran herrscht eine politisch und wirtschaftlich deprimierende Gegenwart. Wenn man sich die Ereignisse der letzten 30 Jahren vor Augen führt, wird man erkennen, dass die Iraner eine Fülle von historischen Ereignissen ausgesetzt waren.

Dazu gehört eine große Revolution, die zu einer Umkehr von politischen, sozialen und gesellschaftlichen Verhältnissen und Wertevorstellungen geführt hat, einem Krieg der acht Jahre dauerte und eine Million iranischer Opfer gefordert und große Teile des Landes verwüstet hat. Es gab eine große Reihe an Terroranschläge mit vielen zivilen Opfern, sowie große Naturkatastrophen wie das Erdbeben 1990 und 2003 bei denen Tausenden von Menschen starben. Dazu kommt noch eine Wirtschaftskrise, welche die Existenz vieler Menschen bedroht. Die großen Flüchtlingsströme aus Afghanistan und dem Irak nach Iran haben diese Wirtschaftskrise noch verschärft. Flüchtlingsströme aus den Iran haben das Land intellektuell ruiniert.

**Kermani (2001)** beschreibt in seinem Buch „Die Revolution der Kinder“, was die iranische Bevölkerung besonders geprägt hat, nämlich die kollektiven Grenzerfahrungen der iranischen Gesellschaft, als die Erfahrungen des Todes und

die Verzweiflung über seine Sinnlosigkeit. „Auf Demonstrationen und auf dem Schlachtfeld selbst haben viele Menschen dem Tod, dessen Allgegenwart der Schmerzenkult der schiitischen Volksfrömmigkeit noch intensiviert, ins Auge gesehen. Praktisch jede Familie hat Märtyrer zu beklagen, Märtyrer des Krieges, Märtyrer des Widerstandes gegen das revolutionäre Regime, Märtyrer des Kampfes gegen die Konterrevolution.“

**Kermani** stellt dann auch die Frage, welche sich viele Iraner in Rückblick auf ihr Leben in den letzten Jahren stellen. Nämlich wofür das alles? Das Lebensgefühl der Iraner ist eher „umsonst all das Blut, umsonst die Opfer, umsonst gerannt, umsonst gekämpft, umsonst gelebt“, denn den meisten Menschen geht es weder wirtschaftlich besser noch fühlen sie sich gesellschaftlich freier als vorher.

Dazu kommt noch der Schmerzen- und Bußkult der schiitischen Religion. Diese Leidensideologie wurde noch durch die islamische Regime bekräftigt, indem nach der Revolution Tanzmusik, Volks- und Familienfeste sowie jegliche Freudenausbrüche verboten wurden. Schwarz wurde fast zur national Farbe. Die Schuluniformen durften nur in dunklen Farben wie schwarz, dunkelbraun, dunkelgrau und dunkelblau getragen werden. Bis man vor ein paar Jahren im Schulministerium zu der Erkenntnis kam, dass die Kinder depressiv wurden und in der Grundschule auch andere Farben erlaubt wurden.

Die Kinder sind auch auf eine andere Weise betroffen. Im Iran herrscht eine starke Doppelmoral. Da der Staat sich auch stark ins Privatleben einmischt, lernen die Kinder, die ihre Eltern und Lehrer als Vorbild haben, sehr schnell zu lügen und sich zu verstellen, da sie auch zwischen den öffentlichen und privaten Leben, Werte und Verhaltensweisen unterscheiden und mit dieser Doppelmoral leben müssen.

Viele Menschen haben sich ins Privatleben zurückgezogen, sind aus dem Land geflohen oder sich dem Rausch der Drogen sowie Konsumgüter hingegeben.

Erschreckend sind auch die Zahlen, die von den offiziellen Stellen des Irans bekannt gegeben wurden. Danach gibt es etwa zwei Millionen Drogenabhängige, zwölf Millionen psychisch Kranke und die Zahl der Suizidtote ist im Jahr 1998 zum Jahr 1999 um 109 Prozent gestiegen (**Kermani 2003**).

### **Aktuelle politische Situation**

Die politische Situation im Iran befindet sich seit der Revolution vor 26 Jahren in einer sehr instabilen Lage. Sie hat dazu geführt, dass Millionen von Iranern seit 1979 aus dem Land geflüchtet oder ausgewandert sind. Die meisten leben im Exil vor allem in den Vereinigten Staaten von Amerika, Europa, Australien und in Japan.

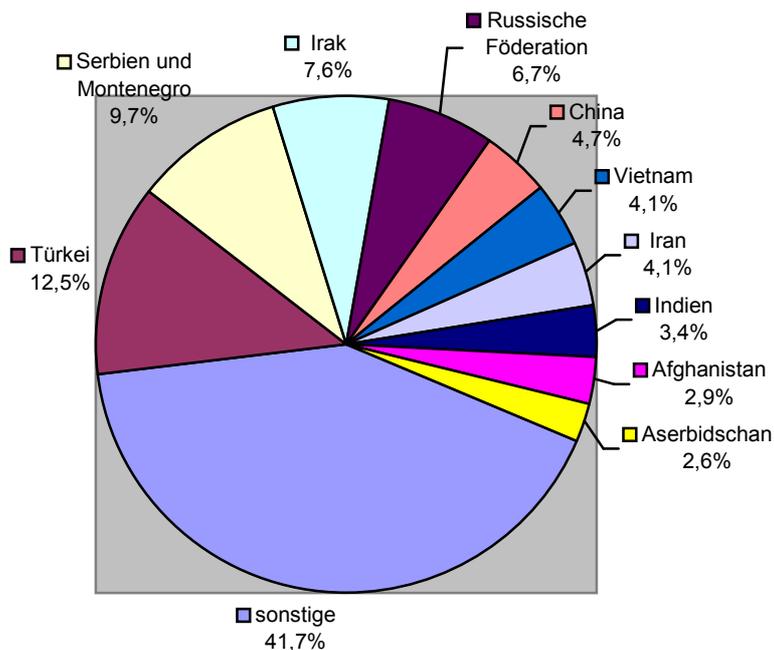
Vor der Revolution stammten die meisten Iranerinnen und Iraner, die sich im Ausland aufhielten, aus dem Mittelstand oder den gehobeneren Gesellschaftsschichten. Sie waren Studenten oder Akademiker. Die Iraner, die nach der Revolution das Land verließen, gehören verschiedenen Berufsgruppen und Schichten an (**Nirumand 2003**).

Zwischen 1995 bis 2003 haben jährlich ca. zwei bis fünftausend Menschen allein aus dem Iran in der BRD einen Asylantrag gestellt (im Jahr 2000 waren es 4878 Menschen).

Bei den asiatischen Staaten waren für den Zeitraum von 1986-1994 Afghanistan, Iran und ab 1995 auch der Irak fast durchgängig unter den Hauptherkunftsländern verzeichnet.

Abbildung 2 zeigt eine Übersicht über die Staatsangehörigkeiten der Menschen, die im Jahr 2003 in Deutschland Asylanträge gestellt haben. Die Iraner waren mit 4,1 % beteiligt (Gesamtzahl: 50563).

**Asylanträge im Jahr 2003**



**Abbildung 2: Asylanträge im Jahr 2003**

Im Jahr 2004 haben etwa 1369 Iraner in Deutschland Asyl beantragt. Das ist ein Rückgang gegenüber dem Jahr 2003 von 33,2 %. Damit liegt der Iran in der Top-Ten Statistik der Herkunftsländer an 5. Stelle.

Zur Zeit gibt es den Konflikt zwischen Iran und den europäischen Staaten aufgrund des iranischen Atomprogramms, womit sich der Uno-Sicherheitsrat befasst. Nach Informationen der internationalen Atomenergie-Organisation arbeitet Iran seit Mitte

der achtziger Jahre an einer nicht nur zivilen Nutzung der Atomenergie. (**Grosser 2004**).

Besonders nach der militärischen Invasion von USA und anderen Staaten in den Nachbarländern Irans wie Irak und Afghanistan stellt man sich die Frage, wie die iranische Führung sich in den außenpolitischen und innen politischen Fragen verhält, vor allem weil die USA einen Militärschlag gegen den Iran nicht ausschließt. Der Erwerb der Atombombe stellt für den Iran eine Frage der nationalen Sicherheit dar, da es sich als einziges schiitisches Land in einer der brisantesten Weltregionen befindet. Nach der Entmachtung von Saddam Hussein befinden sich die amerikanischen Truppen jetzt rund um den Iran. Im Westen im Irak, Kuwait und Saudi Arabien, im Norden in Georgien und Usbakistan, im Osten in Afghanistan und Pakistan (selbst ein Kernwaffenstaat) (**Müller,2004**).

Iran ist an einer stabilen irakischen Regierung sehr interessiert. Für den Iran ist wichtig, dass die politische Macht im Irak die Bevölkerungsverhältnisse wiedergibt, da zwei Drittel der Iraker wie die Iraner Schiiten sind und der Iran während der Golfkriege 1993 und 2003 mit einer großen Welle schiitische Flüchtlinge aus dem Irak Schwierigkeiten hatte.

Iran bemüht sich zur Zeit um eine moderate Außenpolitik um einerseits erst mal stabile Nachbarstaaten zu bekommen und andererseits die innenpolitischen Streitigkeiten zwischen den Reformern und den ultrareligiösen Hardliner um den politischen Führer Khamenei beizulegen. Seit dem Tod Khomeinis 1989 findet im Iran wieder eine Reformbewegung statt, deren Vorreiter die Presse, die Intellektuellen und auch Teile des islamischen Klerus sind. Sie verurteilen die Durchdringung des täglichen Lebens mit islamischen Vorschriften, Zweifeln an der Legimitation der obersten Rechtsgelehrten und befürworten die Vereinbarkeit von Islam und Demokratie. Andere Gruppen fordern den vollständigen Rückzug der

Religion aus der Politik. Wenn der Staat und Islam eine Einheit bilden, dann wird jedes vom Staat verübte Unrecht mit dem Islam identifiziert. Sie sehen hier den Grund für die wachsende Enttäuschung und Abkehr der Bevölkerung von dem Islam. Die Reformbemühungen von Ex-Präsident Khatamie könnten aufgrund der enormen Macht der kleinen Gruppe der Konservativen nicht die erhofften Veränderungen im Land bewirken. Die Folgen sind, dass die große Mehrheit der Bevölkerung vor allem die junge Generation von der Arbeitslosigkeit betroffen ist. Das Phänomen des „brain drain“, der Abwanderung von jungen und qualifizierten Menschen, steht im Iran auf der Tagesordnung. Die Soziale Situation hat sich extrem verschlechtert. Die Schere zwischen Reich und Arm wird immer größer, die Perspektivlosigkeit hat zu einem steilen Anstieg der Drogenabhängigen geführt. Iran gehört zu den Ländern mit der höchsten Quote von Heroinsüchtigen (**Mutschler 2004**).

Wenn man sich die Geschichte Irans ansieht, fällt einem auf, dass die Geistlichen immer dann viel Macht und Anerkennung bekamen, wenn der Staat die Bevölkerung enttäuscht und unterdrückt hatte. Seit der islamischen Revolution suchen sich die Menschen andere Zufluchtsarten wie die Auswanderung oder Besinnung auf die vorislamischen Traditionen.

## 2.4. Zusammenfassung des Forschungsstandes

Seit den 80er Jahren, mit Beginn des Krieges zwischen Iran und Irak und kurze Zeit nach der Revolution im Iran, kam es zunehmend zu einer Verschlechterung der Lebensbedingungen, sowohl wirtschaftlich als auch gesellschaftlich, für die breite Masse der Iraner. Dadurch stieg die Zahl der Menschen, die das Land als Flüchtlinge, Auswanderer oder Migranten verließen. Leider schweigt die iranische Regierung über solche Probleme, so dass es mir nicht möglich war offizielle Zahlen aus dem Iran über die Zahl der Menschen, welche das Land verlassen haben zubekommen.

Da die meisten Iraner das Land aufgrund der sich verschlechternden Lebensbedingungen verlassen haben, kam die Migration ungewollt und unvorbereitet. Dies brachte eine enorme Umstellung mit vielen Stressfaktoren mit sich.

Es gab Probleme mit der neuen Sprache und den neuen gesellschaftlichen Strukturen; unklare Aufenthaltsbedingungen sowie Arbeitslosigkeit und dadurch bedingter sozialer Abstieg erschweren die Integration. Die sprachliche Barriere stellt bei der Inanspruchnahme vom Gesundheitssystem eine schwierige Situation für den Migranten dar.

Es existieren nur wenige Studien über die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und der Akkulturation bei den Iranern.

Bei den bisherigen Untersuchungen über das psychische Befinden von Ausländern in Deutschland und in den USA konnten hohe psychische Belastungen mit überwiegend depressiver Störung und Somatisierung festgestellt werden.

### 3. Fragestellung

Eine relativ geringe Anzahl der Studien in Deutschland beschäftigen sich trotz der steigenden Zahlen von Ausländern innerhalb der deutschen Bevölkerung mit somatischen und psychischen Probleme dieser Gruppe.

Der überwiegende Teil dieser Studien bezieht sich vor allem auf die Situation der Arbeitsmigranten, die seit Anfang der 50er Jahre mit dem Beginn des Wirtschaftswachstums, in großer Zahl nach Deutschland gekommen sind.

Im Jahr 2002 waren allein in Hamburg insgesamt 182 verschiedene Staatsangehörigkeiten (265 347 Personen) vertreten ( **Statisches Bundesamt 2003**). Die Iraner stellten nach den Menschen aus der Türkei, den ehemaligen Jugoslawien, Polen und Afghanistan die fünft größte Staatsangehörigkeit dar.

Das Ziel dieser Studie ist für die relativ kleine Bevölkerungsgruppe der Iraner (3,7 % an der gesamten Ausländerzahl in Hamburg) migrations- und akkulturationsbedingten Zusammenhänge im Vergleich zu einer nach Alter und Geschlecht gepaarten Stichprobe an deutschen Patienten, heraus zu bekommen.

Wie es aus dem Forschungsstand hervorgeht, zeigt sich, dass Migration bei schwieriger Akkulturation zu einer psychischen und somatischen Belastung des Migrierende führen kann. Die meisten Migranten suchen aufgrund der sprachlichen Barrieren häufiger Ärzte aus ihren Herkunftsländern auf. Dies betrifft vor allem die Allgemein- sowie allgemeinärztlich arbeitenden internistischen Praxen. Diese Praxen bieten eine gute Plattform, um sowohl bei ausländischen als auch bei deutschen Patienten, einen Vergleich über das psychische Befinden zubekommen.

### **3.1. Hypothesen**

Folgende Hypothesen sollen anhand der Untersuchung iranischer und deutscher Patienten, die sich in einer internistisch-hausärztlich arbeitenden Praxis in Hamburg vorgestellt haben, überprüft werden:

Hypothese 1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychischer und somatischer Belastung und der Stärke des Akkulturationsstress.

Hypothese 2: Bei dem Anteil der psychischen Störungen sind die Iraner häufiger als die Deutschen von depressiven und somatoformen Störungen betroffen.

Hypothese 3: Bei längerer Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt der Akkulturations-Stress- Index ab.

## **4. Methodik der Untersuchung**

Die in Kapitel 3 aufgeführten Hypothesen werden nachfolgend anhand der Auswertung des Fragebogens überprüft.

Der Erhebungszeitraum betrug ein Jahr ( von Oktober 2001 bis Oktober 2002) und fand in einer internistisch-hausärztlich arbeitenden Praxis in Hamburg statt.

### **4.1. Probanden der Stichprobe**

Die Probanden bestanden aus einer nach Alter und Geschlecht gepaarten Stichprobe aus 50 deutschen und 50 iranischen Patienten. Jede Nationalität setzte sich aus jeweils 32 weiblichen und 18 männlichen Patienten zusammen. Eine der iranischen weiblichen Patientinnen war in Afghanistan geboren und ab dem siebten Lebensjahr im Iran aufgewachsen. Die Probanden waren zwischen 18 und 65 Jahre alt. Das Alter der Probanden wurde nach folgenden Kriterien gepaart: unter 20 Jahren, zwischen 21-25 Jahren, zwischen 26-30 Jahren, usw. bis zwischen 61-65 Jahren.

Das mittlere Alter betrug bei den Iranern 45,9, bei den Deutschen 46,1.

### **4.2. Erhebungsbogen**

Bei dem Erhebungsbogen handelt es sich um verhaltenstheoretisch und kognitiv orientierte Fragebogenverfahren wie SCL 90 (Symptom Checkliste) in deutscher und

persischer Sprache, HAMD (Hamilton Depressions Skala) und ASI (Akkulturation – Stress – Index).

Als Selbstbeurteilungsfragebogen wurde der ASI als problemorientiertes Verfahren zur Beurteilung der Stressfaktoren in Zusammenhang mit der Akkulturation und SCL 90 zur Unterscheidung von subjektiv psychischen und körperlichen Symptomen verwendet. Die iranischen Patienten hatten die Wahl zwischen der deutschen und der persischen Fassung des SCL 90 Items. Da eine validierte persische Fassung des SCL 90 nicht existiert, wurde durch eine unabhängige Übersetzung und Rückübersetzung eine persische Version geschaffen. Die ASI wurde bei den iranischen Patienten auch übersetzt und abgefragt. Als störungsbezogenes Verfahren für Depressionen wurde HAMD gewählt.

Der übersetzte SCL 90 Bogen ist im Aushang dokumentiert.

#### **4.3. Self-Report-Symptom-Inventory (SCL-90-R)**

Die Symptom Checkliste von **Derogatis (1973)** (SCL-90-R) ist eine symptomorientierte Screeningmethode. Sie besteht aus einem 90 Items umfassenden Fragebogen zur Selbstbeurteilung der psychischen Befindlichkeit. SCL-90-R misst die subjektive Beeinträchtigung einer Person innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen. Es werden in 9 Skalen die Symptomfaktoren Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobisches Denken, Paranoides Denken und Psychotizismus hinsichtlich des Vorliegens und Belastungsintensität (5-stufige Skala: überhaupt nicht – sehr stark) erfragt. Neben diesen neun Subskalen gibt es drei globale Kennwerte, die Auskunft über das Antwortverhalten der Patienten über alle Items geben.

Der „global severity index“ (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung. Der „positiv symptom distress index“ (PSDI) misst die Intensität der Antworten. Der „positiv symptom total“ (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome bei denen eine Belastung vorliegt (**Franke 1995**).

#### **4.4. Hamilton Depression Skala (HAMD)**

Hamilton Depressions Skala (**Hamilton, 1977**) ist ein störungsbezogenes Verfahren. Sie besteht aus 21 Items und wird als klinische Fremdbeurteilungsskala zur Diagnostik depressiver Erkrankungen eingesetzt. Auf einer Punkteskala von 0 bis 2 oder von 0 bis 4 wird beurteilt wie schwer ein bestimmtes Symptom ausgeprägt ist. Die HAMD wurde unmittelbar nach jedem Interview ausgefüllt.

#### **4.5. Akkulturation – Stress – Index**

Der Akkulturation – Stress - Index (ASI) besteht aus 20 Fragen, die mit „ja“ und „nein“ beantwortet werden. Die Fragen befassen sich mit den Wohn- und Arbeitsverhältnissen der Migranten sowie mit ihrer finanziellen Situation zu Beginn der Migration. Außerdem beziehen sich die Fragen auf das Verständnis für die deutsche Kultur und die Schwierigkeiten beim Lernen der deutschen Sprache.

#### **4.6. Datenschutz**

Die Erhebungsbogen wurden mit Chiffrenummern und Datum versehen. Die Namen der Patienten wurden nicht erfasst. Eine Identifizierung der Patienten ist an Hand der Chiffrenummern nicht möglich. Alle Patienten wurden über diese Handhabung aufgeklärt und waren damit einverstanden.

## **5. Ergebnisse**

Im Zeitraum von Oktober 2001 bis einschließlich Oktober 2002 wurden insgesamt 100 Interviews vollständig unter schriftlicher Aufzeichnung aller Angaben durchgeführt. Die Interviews wurden mit einem Zahlencode von 1 bis 100 versehen. Alle Personen erfüllen die Teilnahme Kriterien und gehen in die Datenauswertung ein.

### **5.1. Soziodemographische Daten**

Der erste Teil des Interviews fragt nach den soziodemographischen Parametern der Probanden. Erfasst werden das Lebensalter und das Geschlecht, die Herkunftsstruktur sowie psychosoziale Faktoren, wie der Bildungs- und Familienstand, die Kinderzahl, die Wohnsituation, die Schulbildung und berufliche Stellung.

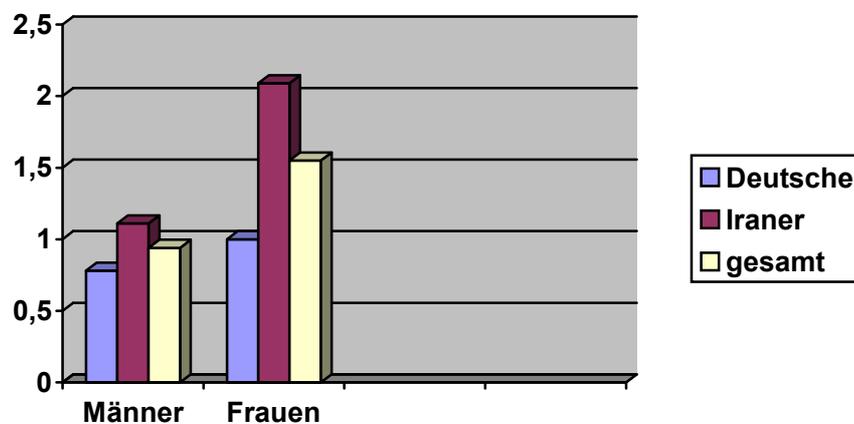
#### **Alter und Geschlecht**

Da es sich um eine nach Geschlecht und Alter gepaarte Stichprobe handelte, fielen die Altersunterschiede sehr gering aus. Bei den 64 weiblichen Patientinnen betrug das Alter im Durchschnitt 46,06 Jahre (Iraner: 46,09 J., Deutsche: 46,03 J.) und bei den 36 männlichen Patienten im Durchschnitt 45,86 Jahre (Iraner: 45,5 J., Deutsche: 46,22 J.)

#### **Familienstand und Kinderzahl**

Die Iraner (n=1,6) hatten signifikant mehr Kinder ( $t=2,3$ ;  $p<0,05$ ) als die Deutschen (n=0,89).

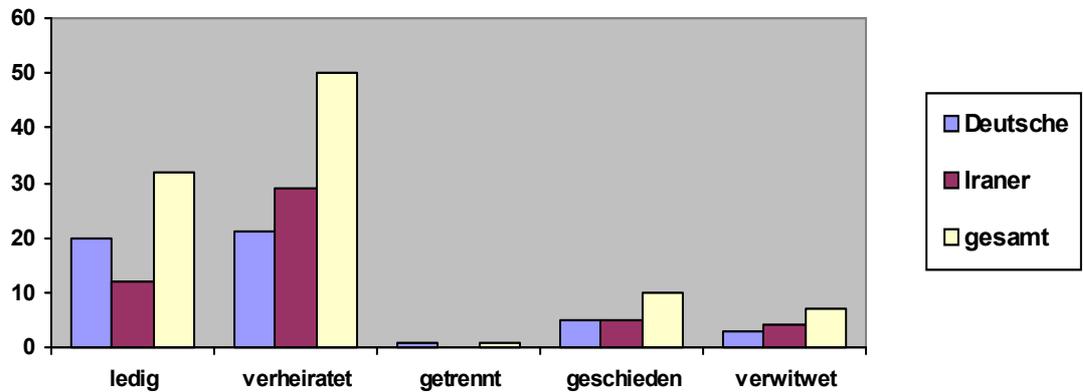
Frauen hatten bei beiden Nationalitäten signifikant mehr Kinder ( $t=2,2$ ;  $p < 0,05$ ) als die Männer (siehe Abbildung 3). Es bestand bei den Deutschen ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und Kinderzahl, bei den Iranern war dieser Zusammenhang hoch signifikant (Deutsche:  $r=0,39$ ;  $p < 0,01$ ; Iraner:  $r=0,59$ ;  $p < 0,0001$ )



**Abbildung 3: Kinderzahl**

Insgesamt gaben 50 der Patienten an verheiratet zu sein. 32 der Patienten waren ledig. 10 waren geschieden, 1 Patient war von dem Partner getrennt lebend.

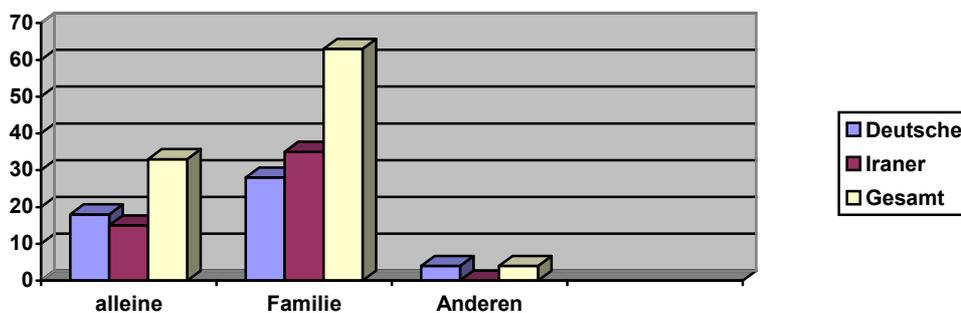
7 der Patienten waren verwitwet. Bei den Iraner gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen ihren Aufenthaltsjahren in Deutschland und ihren Beziehungsstatus. Sie lebten insgesamt häufiger in einer Partnerschaft, aber es gibt insgesamt keine signifikanten Unterschiede zu den deutschen Patienten ( $\chi^2=0,04$ ;  $p > 0,1$ ; s. Abb. 4).



**Abbildung 4: Familienstand**

### Wohnsituation

Hinsichtlich der Wohnsituation zeigte sich, dass 63 der Patienten (56 % der Deutschen, 70 % der Iraner) mit der Familie lebten. 33 der Patienten wohnten allein (36 % der Deutschen, 30 % der Iraner). 4 der deutschen Patienten wohnten in einer Wohngemeinschaft (8 % der Deutschen, keine Iraner). Im Bezug auf das Herkunftsland zeigte sich, dass die Iraner tendenziell häufiger mit der Familie leben ( $\chi^2=5,05$ ;  $p<0,1$ : Tendenz). Es konnte kein Geschlecht spezifischer Unterschied festgestellt werden. (s. Abb. 5)



**Abbildung 5: Wohnsituation**

## Berufliche Situation und Schulbildung

Hinsichtlich der Schulbildung wurden bei den deutschen Patienten folgende Angaben gemacht: 11 der Patienten hatten Hauptschulabschluss, 22 Realschulabschluss und 17 haben das Abitur gemacht. Bei den iranischen Patienten wurden folgende Angaben gemacht: 2 der weiblichen Patienten hatten gar keinen Schulabschluss, 5 hatten einen Hauptschulabschluss, 11 einen Realschulabschluss und 32 Abitur. Wobei aufgrund der verschiedenen Schulsysteme bei den Iranern nach den absolvierten Schulklassen gefragt wurde. Sehr signifikant war der Zusammenhang zwischen Schulbildung und Herkunftsland. Bei den Iranern war die Zahl der Patienten, die keinen Schulabschluss hatten, aber auch von denen, die Abitur hatten, größer als bei den Deutschen ( $\chi^2=12,51$ ;  $p<0,01$ ).

Folgende Tabelle soll zur besseren Übersicht über die Geschlechter spezifische Unterschiede dienen. Die Unterschiede waren für beide Gruppen nicht signifikant.

**Tabelle 6: Zusammenhang zwischen Schulbildung, Geschlecht und Herkunft**

Abschluß	Iraner		Deutsche	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Kein	0	2	0	0
Hauptschule	1	4	4	7
Realschule	2	9	3	19
Gymnasium	15	17	11	6

Die berufliche Ausbildung, der sich in der Praxis vorgestellten Patienten, stellte sich folgendermaßen dar:

Bei den Deutschen hatten 3 der Patienten keine Ausbildung, eine Patientin war angelernt, 28 der Patienten hatten eine Lehre gemacht und jeweils 4 der Patienten

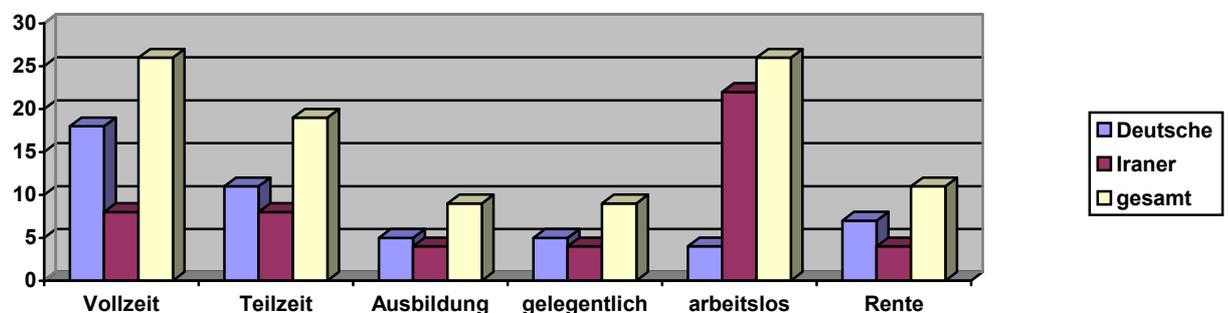
hatten eine Fachschule oder Hochschule besucht. Ein tendenzieller Unterschied stellt sich im Zusammenhang mit der Ausbildungssituation der deutschen Patienten und zwischen dem Geschlecht dar ( $\chi^2=9,3$ ;  $p<0,1$ ); Männliche Patienten hatten tendenziell häufiger keine Ausbildung, aber sie hatten auch tendenziell häufiger eine Hochschule besucht.

Bei den iranischen Patienten gab es unter den Geschlechtern keinen signifikanten Unterschied. Ihre Zahl stellte sich so dar: 6 der weiblichen Patienten hatten keine Ausbildung, 6 der gesamten iranischen Patienten waren angelernt, jeweils 12 hatte eine Lehre gemacht oder eine Fachschule besucht und 14 der Patienten hatten eine Hochschule besucht.

Die berufliche Situation ergab einen sehr signifikanten Unterschied. Es zeigte sich, dass die Deutschen häufiger eine Arbeit haben ( $\chi^2=17,82$ ;  $p<0,01$ ). Außerdem sind sie signifikant häufiger im erlernten Beruf tätig ( $\chi^2=6,61$ ;  $p<0,05$ ).

Insgesamt bejahten 23 der Deutschen und 11 Iraner, die Frage, ob sie im erlernten Beruf tätig sind.

Folgende Abbildung fasst die berufliche Situation der Patienten zusammen:



**Abbildung Nr. 6: Berufliche Situation**

## **Herkunftsstruktur**

Bei der Herkunftsstruktur wurde zwischen Großstadt, Kleinstadt und Dorf/Land unterschieden. Insgesamt stammten 80 Patienten aus einer Großstadt (32 Deutsche, 48 Iraner), 16 aus einer Kleinstadt (14 Deutsche, 2 Iraner) und 4 Deutsche aus einem Dorf. Dies ergab einen hochsignifikanten Unterschied hinsichtlich des Herkunftslandes und der Herkunftsstruktur ( $\chi^2=16,2$ ;  $p<0,001$ )

## **5.2. Migrationspezifische Aspekte**

Der zweite Teil des Interviews fragt nach migrationsspezifischen Aspekten wie Migrationsalter, Migrationsbedingungen und Migrationsgründe sowie nach Aufenthaltsstatus und -dauer, sozialen Kontakten und Sprachkompetenz. Zum Schluss wird an Hand des ASI- Bogens der Akkulturation - Stress - Index erfragt.

### **Migrationsalter**

Das Durchschnittsalter bei der Migration betrug 32,3. Der jüngste Migrant war 10 Jahre alt und der Älteste war 59 Jahre alt. Es bestand kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich des Alters bei der Migration ( $t=0,9$ ;  $p>0,1$ ). Das Durchschnittsalter bei der Migration nach Deutschland betrug 32,8 Jahren und unterscheidet sich nur unwesentlich von dem Durchschnittsalter bei der Migration aus dem Iran.

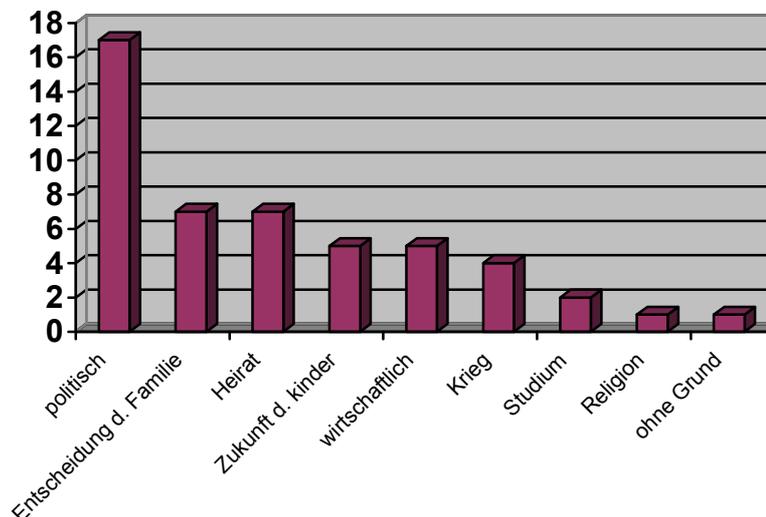
### **Migrationsbedingungen**

19 der Iraner (38 %) migrierten allein (12 Männer, 7 Frauen). 30 (60 %) migrierten mit Familienangehörigen (6 Männer, 24 Frauen). 1 Frau (2 %) migrierte mit anderen

Personen. Dadurch ergibt sich einen sehr signifikanter Unterschied zwischen Geschlecht und Migrationsform ( $\chi^2=9,98$ ;  $p<0,01$ ).

### **Migrationsgründe**

Bei einigen Patienten gab es mehrfach Nennungen von Gründen. Um eine bessere Übersicht zu schaffen, wurden die Patienten zu der als erster genannten Gruppe gezählt. Überschneidungen gab es bei politischen, wirtschaftlichen und die Zukunft der Kinder betreffenden Gründen. 17 der Migranten (34 %) verließen Iran aus politischen Gründen. Jeweils 7 (14 %) aus familiären Gründen oder um zu heiraten. Jeweils 5 (10 %) nannten Zukunft der Kinder oder wirtschaftliche Gründe. 4 (8 %) der Migranten nannten den Iran-Irak Krieg als Ursache. 2 (4 %) sind um zu studieren ausgewandert. Jeweils eine Person (2 %) ist auf Grund ihrer Religion oder ohne Grund ausgewandert. Abbildung 7 soll zur besseren Übersicht dienen.



**Abbildung 7: Migrationsgründe**

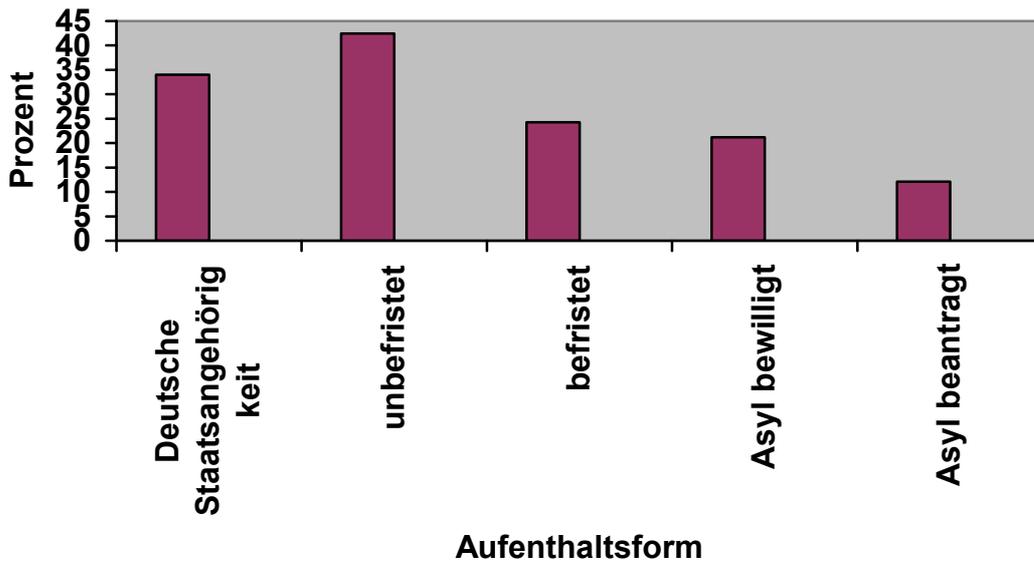
## **Soziale Kontakte und Aufenthaltsdauer**

Bei 74 % der Personen waren freundschaftliche Kontakte eher herkunftsorientiert, 24 % der Befragten hatten gleich verteilte Kontakte und nur 2 % gaben eher freundschaftlichen Kontakt mit den Deutschen an.

Einen signifikanten Unterschied ergibt der Zusammenhang zwischen freundschaftlichem Kontakt und Geschlecht. Männer hatten im Durchschnitt 11,7 und Frauen 6,4 Kontakte angegeben ( $t=2,2$ ;  $p<0,05$ ), obwohl die Frauen im Durchschnitt länger in Deutschland leben (Frauen: 15 Jahre, Männer 11,1 Jahre). Dies ergibt einen tendenziellen Zusammenhang zwischen Aufenthaltsjahre in Deutschland und Geschlecht ( $t=1,7$ ;  $p<0,1$ ). Der Zusammenhang zwischen Jahren in Deutschland und freundschaftlichen Kontakten ist nicht signifikant ( $r=0,2$ ;  $p>0,1$ .)

## **Aufenthaltsstatus**

Von 50 iranischen Patienten hatten 17 die deutsche Staatsangehörigkeit und lebten im Durchschnitt 19 Jahre in Deutschland. Der Zusammenhang zwischen Aufenthaltsjahre in Deutschland und der deutsche Staatsangehörigkeit war hoch signifikant ( $t=4,1$ ;  $p<0,001$ ). Von den 33 Migranten, die keine deutsche Staatsangehörigkeit hatten (Mittelwert Jahre in Deutschland: 10,82), hatten 4 Asyl beantragt, 7 hatten Asyl bewilligt bekommen, 8 hatten befristetes Aufenthaltsrecht und 14 hatten unbefristetes Aufenthaltsrecht. (s. Abb. 8) Es ergab sich kein signifikant geschlechtsspezifischer Unterschied.



**Abbildung 8: Aufenthaltsstatus**

### **Sprachkompetenz**

Hinsichtlich der deutschen Sprachkenntnisse der Patienten ergaben sich folgende Daten: Jeweils 3 (6 %) der Patienten gaben an gar nicht oder fließend deutsch sprechen zu können. 10 (20 %) der Patienten sprachen schlecht, 22 (44 %) mäßig deutsch und 12 (24 %) der Patienten gaben an deutsch gut zu sprechen.

Die persischen Sprachkenntnisse wurden bei 13 der Patienten (26 %) mit gut und bei 37 der Patienten (74 %) mit fließend angegeben. Die Sprache in der Familie war bei 48 der Patienten (96 %) persisch und nur bei 2 (4 %) deutsch. Außerhalb der Familie haben 29 (58 %) der Patienten die Herkunftssprache und 21 (42 %) deutsch gesprochen. Es gab keinen geschlechtsspezifischen Unterschied. Einen sehr signifikanten Unterschied ergab der Zusammenhang zwischen Aufenthaltsjahre in Deutschland und Deutschkenntnissen ( $F=4,6$ ;  $p<0,01$ )

## Auswertung der Akkulturation – Stress - Fragebogen (ASI)

In der folgenden Tabelle werden die Kernaussagen der ASI-Fragebogen in Zusammenhang mit der Häufigkeit der Ja- und Nein - Antworten dargestellt.

**Tabelle 7: Antworten der ASI-Fragebogen**

Frage	Antworten in %	
	JA	NEIN
Schwierigkeiten beim Deutschlernen	64	36
Schwierigkeiten einen zufriedenstellenden Job zu finden	68	32
Schwierigkeiten das Verhalten der Menschen in BRD zu verstehen	46	54
Schwierigkeiten eine passende Wohnung zu finden	50	50
Schwierigkeiten alltägliche Bedürfnisse zu regeln	62	38
Konflikte zwischen typischen Verhaltensweisen in Deutschland und Herkunftsland	52	48
Genügend Geld für die Grundversorgung haben	74	26
Probleme beim Verständnis der Kultur in Deutschland	50	50
Unerwünscht sein /Unsicherheit in d. Nachbarschaft	26	74
Gewöhnung an ein anderes Klima	86	14
Verlust an sozialen Status und Prestige	48	52
Vorurteile und Unfreundlichkeit der Menschen in der BRD	44	56
Unsicherheit beim Verhalten in der Öffentlichkeit	28	72
Probleme im Kontakt mit den deutschen Behörden	42	58
Probleme im Bezug auf das deutsche Schulsystem	12	88
Möglichkeiten sich immer mit geliebten Menschen im Herkunftsland in Verbindung zu setzen	78	22
Erschreckung oder Verängstigung bei Begegnung von Menschen in Deutschland	12	88
Änderung der Rolle in der Familie seit d. Auswanderung	48	52
Schwierigkeiten aufgrund von unterschiedlichen Werten und Normen im Herkunftsland und in Deutschland	30	70
Zeitweise Trennung von d. Familie/wichtige Personen	80	20

Der durchschnittliche Akkulturation – Stress - Index betrug bei den Frauen 9 und bei den Männern 8,22. Es konnte kein signifikant geschlechterspezifischen Unterschied festgestellt werden ( $t=0,9$ ;  $p=0,37$ ). Es konnte auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter ( $r=0,6$ ;  $p=0,67$ ), Migrationsalter ( $r=0,6$ ;  $p=0,66$ ), Aufenthaltsjahre in Deutschland ( $r<-0,001$ ;  $p=0,98$ ) und Anzahl der freundschaftlichen Kontakte ( $r=0,22$ ;  $p=0,13$ ) mit dem Akkulturationsstress festgestellt werden. Ein tendenzieller Zusammenhang bestand zwischen Deutschkenntnisse und Akkulturation – Stress - Index: ASI Mittelwert: 7,6 bei gute Deutschkenntnissen; ASI-Mittelwert: 9,2 bei schlechte Deutschkenntnissen ( $t=1,8$ ;  $p= 0,07$ ).

Der ASI zeigte eine positive Korrelation mit den Globalen Kennwerten (GSI, PST, PSDI), mit der somatischen und psychische Belastung sowie mit der Hamilton Depression Skala (s. Tabelle)

**Tabelle 8: Korrelationen beim ASI und andere Belastungsparameter**

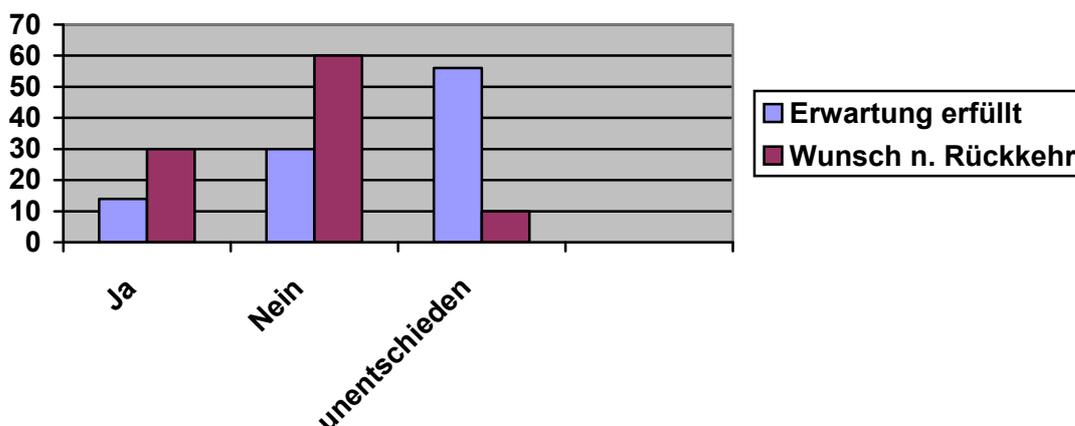
Parameter	Korrelation (r)	Signifikanz (p)
Somatische Belastung	0,4	0,003
Psychische Belastung	0,38	0.006
Hamilton Depression Skala	0,25	0,077
GSI	0,35	0,012
PST	0,41	0,003
PSDI	0,29	0,045

## Erwartungen an Deutschland und Wunsch nach Rückkehr

Bei den 50 iranischen Patienten hatten sich die Erwartungen an Deutschland wie folgt erfüllt: 15 (30 %) gaben an, dass die Erwartungen sich gar nicht oder etwas erfüllt haben, bei 28 der Personen (56 %) haben sich die Erwartungen teils erfüllt und bei 7 (14 %) wurden die Erwartungen sehr oder ganz erfüllt. Es konnte keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden ( $\chi^2=7,2$ ;  $p=0,12$ ).

Die Frage nach dem Wunsch nach Rückkehr in den Iran beantworteten 15 Personen (30 %) mit ja und 30 (60 %) mit nein, 5 Personen (10 %) waren unentschieden. Auch bei dieser Frage konnte kein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden ( $\chi^2=1,2$ ;  $p=0,54$ ).

Um in der folgenden Abbildung einen besseren Zusammenhang zwischen Erwartungen an Deutschland und dem Wunsch nach Rückkehr in den Iran darzustellen, wird die Erfüllung an Erwartungen „gar nicht“ und „etwas“ zu *nein* sowie „sehr“ und „ganz“ zu *ja* zusammengefasst.



**Abbildung 9: Zusammenhang zwischen Wunsch nach Rückkehr und Wunscherfüllung in Deutschland**

### **5.3. Gesundheitszustand der gesamten Patienten**

Im dritten Teil dieses Kapitels werden die Ergebnisse beschrieben, welche die psychischen und körperlichen Beschwerden aller Patienten an Hand der Symptomabfrage in den letzten 30 Tagen und der SCL 90 Fragebogen widerspiegeln. Außerdem wird auf die in der Praxis diagnostizierte Erkrankungen und den Substanzkonsum der Patienten Bezug genommen.

#### **Psychische und somatische Beschwerden**

Bei der Frage nach den Symptomen in den letzten 30 Tagen ergaben sich bei der gesamten Stichprobe folgende Ergebnisse (s. Tabelle 9). Die Patienten konnten die Stärke der Symptome in „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“ angeben.

Es zeigte sich, dass die Iraner signifikant häufiger an somatischen Beschwerden wie Gelenkschmerzen und Taubheit/Kribbeln litten als dies bei Stichprobe deutscher Patienten der Fall war. Bei den psychischen Symptomen zeigte sich, dass die deutschen Patienten tendenziell häufiger Anspannungsgefühle hatten, die iranischen Patienten litten tendenziell häufiger unter Panikanfällen und Einsamkeit:

**Tabelle 9: Beschwerden in den letzten 30 Tagen**

Symptome	Mittelwert		t	Signifikanz
	Deutsche	Iraner		
Appetitlosigkeit	0,84	0,80	0,17	n. s.
Müdigkeit	1,7	1,7	0,0	n. s.
Übelkeit	0,46	0,38	0,5	n. s.
Bauchschmerzen	0,56	0,4	0,87	n. s.
Atembeschwerden	0,38	0,6	-1,34	n. s.
Brustschmerzen	0,22	0,46	-1,35	n. s.
Knochen/Gelenkschmerzen	1,04	1,68	-2,38	signifikant
Muskelschmerzen	0,82	1,14	-1,22	n. s.
Taubheit/Kribbeln	0,44	0,96	-2,39	signifikant
Zittern	0,26	0,4	-0,98	n. s.
Anspannungsgefühle	1,42	1	1,87	Tendenz
Plötzl. Angst ohne Grund	0,32	0,62	-1,61	n. s.
Angstgefühle	0,64	0,78	-0,67	n.s.
Nervösität /innerl. Kribbeln	0,88	0,96	-0,35	n.s.
Panikanfälle	0,04	0,2	-1,98	Tendenz
Hoffnungl. ggü d. Zukunft	0,72	0,96	-1,03	n.s.
Minderwertigkeitsgefühle	0,56	0,48	0,51	n.s
Interesselosigkeit	0,52	0,64	-0,61	n.s.
Einsamkeit	0,76	1,18	-1,73	Tendenz
Suizidgedanken	0,04	0,1	-0,92	n.s.

Insgesamt zeigte sich kein signifikanter Unterschied bei der somatischen ( $t=-1,65$ ;  $p=0,1$ ) und bei der psychischen Belastung ( $t=-0,79$ ;  $p=0,43$ ) hinsichtlich beider Herkunftsländer. Es war auch kein geschlechterspezifischer Unterschied festzustellen. Einen signifikanten Unterschied gab es im Zusammenhang zwischen Alter und psychischer Belastung ( $r=-0,3$ ;  $p=0,03$ ) bei den deutschen Patienten. Bei den iranischen Patienten war der Wert nicht signifikant ( $r=0,03$ ;  $p=0,81$ ).

### **Diagnosen aus der Praxis**

Die Erkrankungen der Patienten wurden zur Vereinfachung der statistischen Auswertung nach ICD-10 klassifiziert. An dieser Stelle folgt eine Übersicht über für diese Arbeit wichtige Erkrankungen:

**A** = Bestimmte infektiöse Erkrankungen

**C** = Neubildungen

**D** = Krankheiten des Blutes und der blutbildende Organe

**E** = Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

**F** = Psychische und Verhaltensstörungen

**G** = Krankheiten des Nervensystems

**I** = Krankheiten des Kreislaufsystems

**J** = Krankheiten des Atmungssystems

**K** = Krankheiten des Verdauungssystems

**L** = Krankheiten der Haut und der Unterhaut

**M** = Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

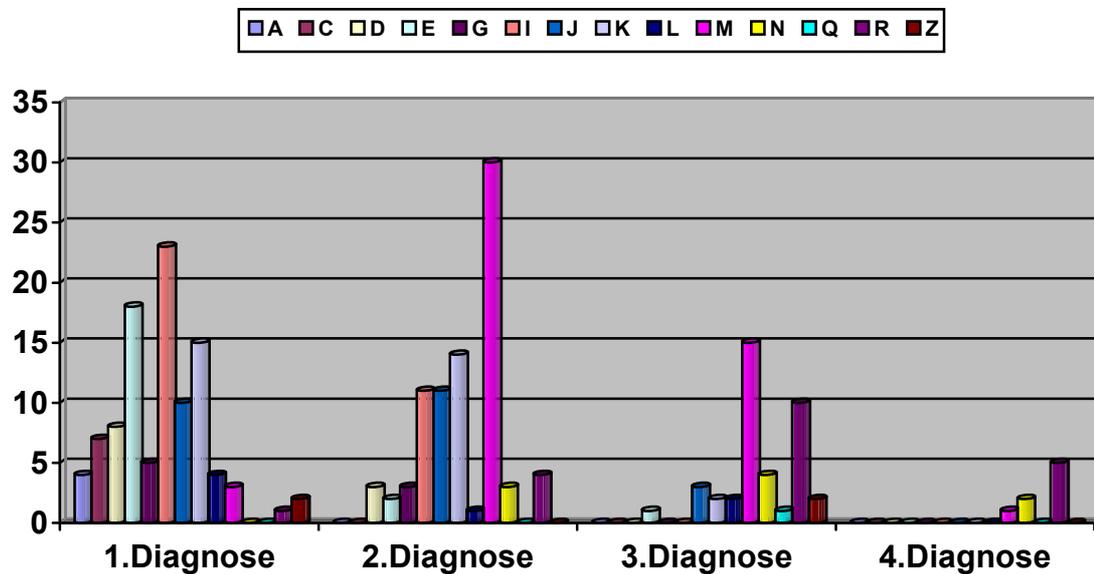
**N** = Krankheiten des Urogenitalsystems

**Q** = Angeborene Fehlbildungen, Chromosomenanomalien

**R** = Symptome und abnorme klinische Laborbefunde

**Z** = Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Die folgende Abbildung dient der besseren Übersicht über die Diagnosenverteilung in der Praxis.

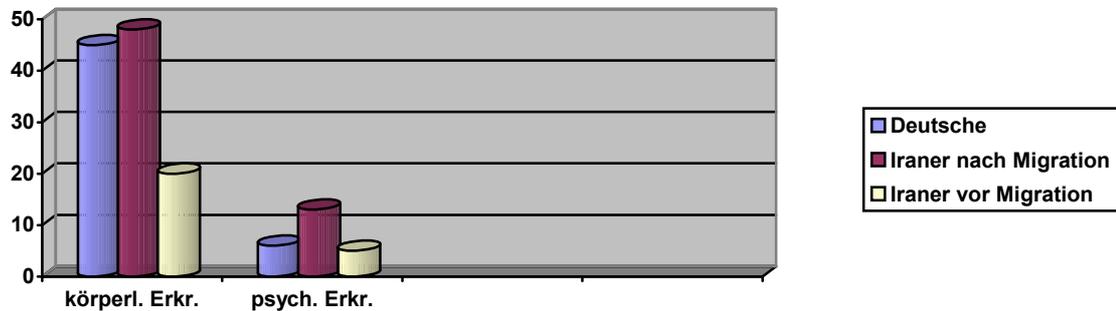


**Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung der somatischen Diagnosen in der Praxis**

20 % der Patienten hatten F-Diagnosen in der Praxis gestellt bekommen. Davon waren 14 (70%) iranische und 6 (30%) deutsche Patienten. Der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung mit HAMD ( $t=7,5$ ), Psychische Belastung ( $t=6,9$ ) und Globalen Kennwerten ((GSI  $t=5,9$ ), (PSDI  $t=5,9$ ), (PST  $t=4,2$ )) war hochsignifikant ( $p < 0,0001$ ). Frauen hatten tendenziell häufiger die Diagnose einer psychischen Erkrankung als Männer ( $\chi^2=2,77$ ;  $p < 0,1$ ).

Insgesamt gaben 20 der Migranten an vor der Migration an seelischen oder körperlichen Beschwerden gelitten zu haben. 5 der Patienten litten vor der Migration an Depressionen oder an depressiver Verstimmungen. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Akkulturations-Stress-Index und einer psychischen Erkrankung gefunden werden ( $t=1,07$ ;  $p=0,29$ ).

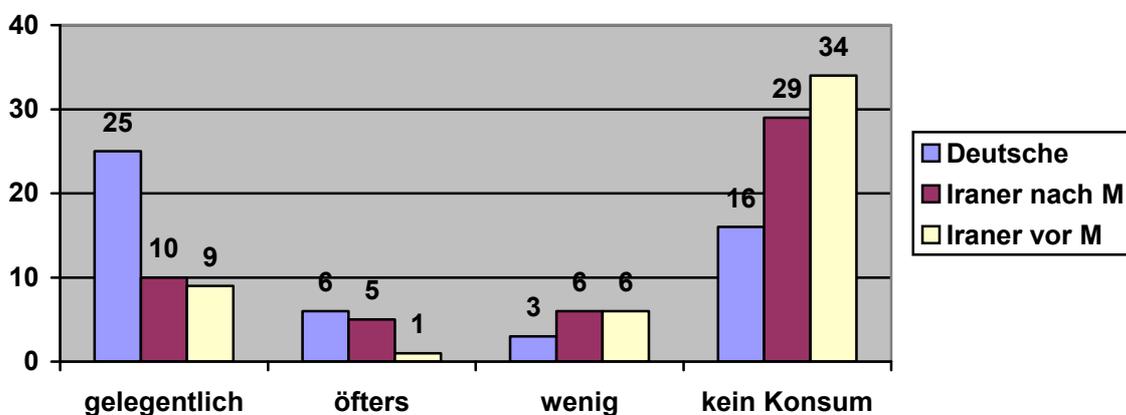
Die folgende Tabelle zeigt die Relation der psychischen und somatischen Erkrankungen zwischen den iranischen und deutschen Patienten.



**Abbildung 11: Relation der somatische und psychische Erkrankungen zwischen deutschen und iranischen Patienten**

### Drogen und Alkoholkonsum

Der Vergleich zwischen den Iranern nach der Migration (42 %) und den Deutschen (68 %) zeigte vermehrten Drogen- und Alkoholkonsum bei den Deutschen. Ein Vergleich bei den Iraner vor und nach der Migration zeigte keinen großen Unterschied im Konsumverhalten (s. Abbildung 12). Für eine bessere Übersicht wurden die Angaben „ab und zu“/ „gelegentlich“, „öfters“/ „regelmäßig“ und „selten“/ „wenig“ zusammengefasst.



**Abbildung 12: Alkohol- und Konsumverhalten**

## Auswertung des Self-Report-Symptom-Inventory (SCL-90-R)

Die Auswertung der SCL-90-R Mittelwerte zeigt, dass die iranischen Patienten in allen Skalen belasteter sind als die deutschen Patienten. Die Belastungen sind in den Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit und Psychotizismus sowie bei dem globalen Kennwert GSI, der die grundsätzliche psychische Belastung kennzeichnet, und PSDI, der die Intensität der Antworten kennzeichnet, hoch signifikant. In den Subskalen soziale Ängste, Depressivität und PST (Anzahl der Symptome bei denen eine Belastung vorliegt) waren die Unterschiede sehr signifikant. Die Belastungen in den Subskalen Aggressivität und Paranoides Denken waren signifikant. In der Subskala Phobische Angst besteht ein tendenzieller Unterschied (s. Tabelle)

**Tabelle 10: Auswertung SCL-90-R**

Subskala der SCL-90	Mittelwert		t	p
	Deutsche	Iraner		
<b>Somatisierung</b>	0,523	0,912	- 3,46	0,001
<b>Zwanghaftigkeit</b>	0,460	0,954	- 3,77	0,0
<b>Soziale Ängste</b>	0,480	0,893	- 3,19	0,002
<b>Depressivität</b>	0,505	0,928	- 3,01	0,003
<b>Ängstlichkeit</b>	0,384	0,576	- 1,65	0,1
<b>Aggressivität</b>	0,373	0,637	- 2,47	0,02
<b>Phobische Angst</b>	0,197	0,357	- 1,90	0,06
<b>Paranoides Denken</b>	0,557	0,960	- 2,90	0,005
<b>Psychotizismus</b>	0,176	0,494	- 3,632	0,0
<b>GS</b>	38,44	70,24	- 3,61	0,001
<b>GSI</b>	0,427	0,780	- 3,61	0,001

<b>PST</b>	24,44	34,40	- 2,99	0,004
<b>PSDI</b>	1,483	1,861	- 3,724	0,0

### Auswertung der Globalen Kennwerte

Bei der Auswertung der globalen Kennwerte sind keine Geschlechterspezifischen signifikanten Unterschiede erkennbar. Insgesamt zeigte sich aber, dass die iranischen Patientinnen am stärksten belastet sind.

**Tabelle 11: Auswertung der Globalen Kennwerte**

Globale Kennwerte	Deutsche Mittelwert		gesamt t / p	Iraner Mittelwert		gesamt t / p
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	
<b>GSI</b>	0,444	0,418	0,23 ; n. s.	0,725	0,812	-0,51 ; n. s.
<b>PST</b>	23,66	24,87	-0,29; n. s.	32,83	35,28	-0,44 ; n. s.
<b>PSDI</b>	1,460	1,495	-0,29; n. s.	1,707	1,948	-1,4 ; n. s.

Der Zusammenhang der Globalen Kennwerte mit anderen Parametern abhängig von dem Herkunftsland der Patienten soll anhand der Tabelle 12 deutlich werden. Der GSI und PST korrelieren hoch signifikant bei beiden Herkunftsländern mit den somatischen und psychischen Belastungen. Der Zusammenhang zwischen GSI und PST mit Kinderzahl und Alter ist nur bei den deutschen Patienten tendenziell gegeben. Bei den iranischen Patienten ist dieser Zusammenhang mit den beiden Parametern nicht signifikant. Der Zusammenhang zwischen PSDI mit den psychischen Belastungen war bei allen Patienten und bei den Iranern auch mit der somatischen Belastung hoch signifikant. Bei den Deutschen war der Zusammenhang

zwischen PSDI und somatischen Belastungen sehr signifikant. Ein tendenzieller Zusammenhang war zwischen PSDI und Kinderzahl bei den Deutschen sowie zwischen PSDI und Alter bei den Iranern zu sehen. Umgekehrt waren die Ergebnisse nicht signifikant.

**Tabelle 12: Zusammenhang zwischen Globalen Kennwerte und andere Parametern in Abhängigkeit von dem Herkunftsland**

Globale Kennwerte	Herkunftsland	Alter		Kinderzahl		Somatische Belastung		Psychische Belastung	
		t	p	t	p	t	p	t	p
<b>GSI</b>	BRD	-0,27	0,06	-0,28	0,05	0,69	<0,001	0,83	<0,001
	Iran	0,00	0,99	-0,06	0,68	0,65	<0,001	0,81	<0,001
<b>PST</b>	BRD	-0,29	0,04	-0,24	0,1	0,73	<0,001	0,85	<0,001
	Iran	-0,08	0,56	-0,14	0,33	0,59	<0,001	0,69	<0,001
<b>PSDI</b>	BRD	-0,03	0,81	-0,27	0,05	0,38	0,006	0,45	0,001
	Iran	0,26	0,06	0,19	0,19	0,55	<0,001	0,72	<0,001

### **Auswertung der Hamilton Depression Skala (HAMD)**

Beim Vergleich von gesamt HAMD, als klinische Fremdbeurteilungsskala zur Diagnostik depressiver Erkrankungen, und Herkunftsland konnte ein tendenzieller Unterschied festgestellt werden ( $t=-1,68$ ;  $p=0,09$ ). Die Iraner hatten einem HAMD-Mittelwert von 8,08. Die Deutschen hatten einem Hamd-Mittelwert von 6,34 und waren damit im Bezug auf die klinische depressive Symptomatik weniger belastet.

Es konnte kein signifikant geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden.

Die Frauen hatten einen HAMD - Mittelwert von 7,76 und die Männer hatten einen

HAMD - Mittelwert von 6,22. In der folgenden Tabelle wird der Zusammenhang zwischen HAMD und anderen Parametern dargestellt.

**Tabelle 13: Zusammenhang zwischen HAMD-Mittelwert und andere Parameter**

<b>Parameter</b>	<b>Herkunftsland</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Alter</b>	BRD	0,06	n.s.
	Iran	0,07	n.s.
<b>Kinderzahl</b>	BRD	0,01	n.s.
	Iran	-0,05	n.s.
<b>Somatische Belastung</b>	BRD	0,65	h.s.
	Iran	0,69	h.s.
<b>Psychische Belastung</b>	BRD	0,66	h.s.
	Iran	0,73	h.s.
<b>GSI</b>	BRD	0,66	h.s.
	Iran	0,71	h.s.
<b>PST</b>	BRD	0,66	h.s.
	Iran	0,71	h.s.
<b>PSDI</b>	BRD	0,39	s.s.
	Iran	0,71	h.s.
<b>Alter bei Migration</b>	Iran	0,10	n.s.
<b>Jahre in BRD</b>		-0,05	n.s.
<b>Anzahl d. Kontakte</b>		-0,50	0,0001 h.s.
<b>ASI</b>		0,25	0,076 Tendenz

Der Zusammenhang zwischen HAMD - Mittelwert mit somatischer und psychischer Belastung sowie GSI und PST war für beide Herkunftsländer hoch signifikant. Bei

dem globalen Kennwert PSDI war der Zusammenhang zum HAMD - Mittelwert bei den Deutschen sehr signifikant und bei den Iranern hoch signifikant.

Bei der Betrachtung migrationsspezifischer Parameter zeigte sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Anzahl der Kontakte und dem HAMD - Mittelwert sowie eine tendenziell positive Korrelation zwischen Akkulturation - Stress- Index und dem HAMDI - Mittelwert.

## 6. Diskussion

Diese Studie beschäftigt sich mit der psychischen Befindlichkeit iranischer Migranten, die sich im ambulanten Bereich in einer hausärztlich-internistischen Praxis vorgestellt haben. Die iranischen Migranten befinden sich in Deutschland in eine Minderheit. Aus diesem Grund gibt es bis jetzt sehr wenige Studien, die sich mit dieser Population beschäftigt haben (**Haasen, Sardashti 1997**).

Aufgrund der politischen Situation im Iran ist es seit dem 80er Jahre zu einer starken Zunahme der Migration besonders in den westlichen Staaten wie Deutschland gekommen. In diese Studie wird versucht, Erkenntnisse über die psychische Befindlichkeit dieser Migrantengruppe im Vergleich zu einer deutschen Vergleichsgruppe zu bekommen.

### 6.1. Anmerkungen zur Methodik und der Stichprobe

In dieser Studie wurden prospektiv 50 Patienten aus dem Iran und 50 deutschen Patienten, die sich in einem Zeitraum von einem Jahr in der hausärztlich-internistischen Praxis vorgestellt haben und sich bereit erklärt haben an der Befragung teilzunehmen, untersucht. Als Teilnahme Kriterium galt, dass die Patienten sich zwischen dem 18. bis 65. Lebensjahr befinden dürften und es müsste sich eine nach Alter und Geschlecht gepaarte Stichprobe zwischen den iranischen und deutschen Patienten ergeben.

Als schwierig erwies sich jüngere deutsche Patienten zu finden, da die Praxis überwiegend von älteren deutschen Patienten in Anspruch genommen wurde.

Dadurch erhöhte sich der mittlere Altersdurchschnitt der Patienten und es kam zu einer Verlängerung des Erhebungszeitraumes.

Aus den oben erwähnten Problemen und der kleine Zahl der Probanden ergibt sich, dass diese Studie nicht den Anspruch einer repräsentativen epidemiologischen Studie erfüllt. Überwiegend die iranischen Patienten, die iranische Ärzte aufsuchen, haben sprachliche Probleme und demgemäss vermehrte Probleme bei der Integration. Demzufolge muss die Repräsentativität des Akkulturation–Stress-Index kritisch hinterfragt werden.

In dieser Studie wurden validierte Fragebögen (SCL-90-R, HAMD) und nicht validierte Fragebögen (migrationsspezifische Anamnese, sozialer Status, Akkulturation-Stress-Index) eingesetzt. Dadurch konnte ein komplettes Bild von den Patienten gewonnen werden. Auf Grund der Befragung der iranischen Patienten auf persisch und die Übersetzung der SCL-90-R in persische Sprache konnten Sprachproblemen minimiert werden. Die psychiatrischen Diagnosen wurden durch den behandelnden Internisten nach der zur Zeit nicht mehr gültigen Klassifikationen gestellt (z. B. reaktive Depression) und wurden von mir nach ICD-10 klassifiziert.

## **6.2. Diskussion der Ergebnisse**

### **6.2.1. Diskussion der Soziodemographischen Daten**

#### **Alter und Geschlecht**

Der mittlere Altersdurchschnitt der gesamten Patienten betrug knapp 46 Jahre und fiel unter Berücksichtigung der Teilnahmebedingung (zwischen 18. -65. Lbj. ) eher hoch aus. 64 % der Teilnehmer waren Frauen und 36 % waren Männer. Im Jahr

2002 betrug laut statistischem Bundesamt die Zahl der Iraner an der gesamten Bevölkerungszahl aus Hamburg 10 262. Der Ausländeranteil betrug 15 %, insgesamt lebten 1 734 083 Menschen in Hamburg.

### **Familienstand, Kinderzahl, Wohnsituation**

Die Iraner waren im Vergleich zu der Stichprobe der Deutschen häufiger verheiratet oder hatten eine Partnerschaft. Sie hatten mehr Kinder und haben häufiger in Familien gelebt. Der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung (GSI) und Kinderzahl war bei den Deutschen tendenziell häufiger zu beobachten, obwohl sie insgesamt weniger Kinder haben. Das könnte mit dem Bild von Familien mit Kindern in den beiden Kulturen zusammen hängen. Im Iran haben die meisten Familien mehr als zwei Kindern. Kinder werden als Bereicherung des eigenen Lebens gesehen, halten aber auch viele Ehen zusammen. Im Ausland erleichtern, besonders kleine Kinder, den Kontakt zu anderen Menschen. Die älteren Kinder müssen sehr oft ihre Eltern in verschiedenen Bereichen im Alltag unterstützen, da sie meistens besser deutsch sprechen können, z. B. beim Arzt oder in den Behörden. D. h. aber auch, dass die Rollen in den Familien sich zum Teil ändern, da die Eltern öfters im Alltag auf die Hilfe ihrer Kinder angewiesen sind, als wie sie es im Iran wären. Sicherlich gibt es auch viel Konfliktpotential aufgrund der verschiedenen Kulturen und verschiedenen Erziehungsmethoden. Trotz allem konnte in dieser Studie kein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung (GSI) und Kinderzahl bei den Iranern festgestellt werden. Es war kein signifikanter Unterschied in den beiden Gruppen bezüglich der Frage nach Konflikte zwischen Eltern und Kindern festzustellen, die Deutschen hatten häufiger diese Frage bejaht.

## **Schulbildung und Herkunftsstruktur**

Die iranischen Frauen hatten im Vergleich häufiger einen Hochschulabschluss als die deutschen Frauen. Dem gegenüber stand, dass zwei der Iranerinnen gar keinen Schulabschluss hatten. Dass die Zahl der iranischen Frauen mit Hochschulabschluss so hoch ist, zeigt wie wichtig Bildung für Frauen in den letzten Jahren im Iran geworden ist. Über die Hälfte der Studierenden an den iranischen Universitäten sind Frauen. Das heißt aber nicht, dass der Anteil der Frauen an dem Arbeitsmarkt später genauso hoch ist. Da im Iran immer noch traditionelle Geschlechterrollen herrschen, sind die Männer nach wie vor für die Ernährung der Familie verantwortlich. Das kann auch der Grund sein, dass die iranischen Männer, welche relativ früh heiraten weniger einen Abschluss haben, da sie z. B. in elterlichen Betrieb arbeiten bzw. eine Ausbildung anfangen, um die Familie zu ernähren. Aus diesem Grund leiden die Männer häufiger unter migrationsbedingter Arbeitslosigkeit als die Frauen. Ein anderer Grund für die hohe Zahl der Iraner mit Hochschulabschluss ist, dass 96 % der Iraner aus einer Großstadt stammen. Bei den Deutschen stammen 64 % der Patienten aus einer Großstadt.

## **Berufliche Situation**

Die iranischen Patienten waren signifikant häufiger arbeitslos als die deutsche Vergleichsgruppe und sie waren signifikant seltener im erlernten Beruf tätig. Die Arbeitslosigkeit hängt auch mit den unklaren Verhältnissen bezüglich Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis zusammen. Die Anzahl der Frauen unter den Arbeitslosen war in beiden Gruppen höher als die Männer. Bei den iranischen Frauen war dies signifikant höher.

## **6.2.2. Diskussion der Migrationsspezifischen Aspekte**

### **Migrationsalter**

Das durchschnittliche Migrationsalter nach Deutschland betrug 32,8 Jahre. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass bei einer früheren Einwanderung die Anpassung an das Gastland leichter ist als bei einer späten Einwanderung. In dieser Stichprobe war aber kein Zusammenhang zwischen Akkulturationstressindex und Alter beim Migration erkennbar. Dies kann mit der Ungenauigkeit der Fragestellung bei der Akkulturationsstressindex zusammenhängen, da die Fragen sich nicht explizit auf die Schwierigkeiten zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland beziehen (siehe Anhang A). Andererseits haben Forschungsergebnisse gezeigt, dass sich Migranten mit höherer Schulbildung und höherem sozialen Status im Einwanderungsland besser anpassen und auch eine bessere Gesundheit haben (**Schmitz 2001**). Wie oben schon erwähnt stammten 96 % der untersuchten iranischen Patienten aus einer Großstadt und 64 % von ihnen hatten einen Hochschulabschluss. Die aktuelle berufliche Situation kann nicht zur Bewertung des sozialen Status im Herkunftsland herangezogen werden, da nur ein geringer Teil der Iraner im erlernten Beruf tätig ist.

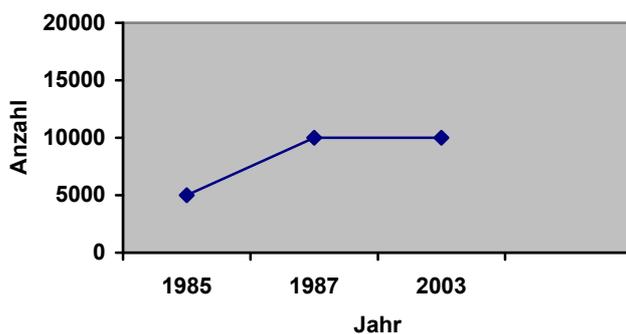
### **Migrationsbedingungen und Migrationsgründe**

60 % der befragten Iraner waren mit Familienangehörigen geflüchtet oder ausgewandert. Insgesamt zeigte sich, dass Männer häufiger als die Frauen das Land allein verlassen hatten.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug ca. 13 Jahre, d. h. die meisten Patienten sind zwischen den Jahren 1988 bis 2002 nach Deutschland gekommen; die meisten aus politischen, wirtschaftlichen Gründen, wegen des Krieges, der 1988

zu Ende war und um eine bessere Zukunft für ihre Kinder zu haben. Das alles ist ein Hinweis auf die schwierige innenpolitische Situation im Iran und zeigt auch, dass die Unzufriedenheit in der Bevölkerung im Iran nicht nur durch den Krieg bedingt war und aus diesem Grund auch nicht mit dessen Ende aufhörte.

Die folgende Abbildung zeigt die Bevölkerungsentwicklung der Iraner in Hamburg seit Beginn der 80er Jahre bis zum Jahr 2003. Es ist eine stetige Zunahme der Auswanderung nach Hamburg zu verzeichnen. In den letzten Jahren sind die Zahlen rückläufig. Ob dies mit der Amtszeit der gemäßigten Ex-Präsidenten Khatamie (bis 2005) oder der Attraktivität anderer Länder für die Auswanderung zusammen hängt, wird Gegenstand anderer Studien sein.



**Abbildung Nr. 13: Bevölkerungsentwicklung der Iraner in Hamburg seit 1980**

### **Soziale Kontakte und Sprachkompetenz**

74 % der iranischen Patienten gaben an, eher herkunftsorientierte Kontakte zu haben. Diese hohe Zahl an herkunftsorientierten Kontakten spiegelt sich auch in den deutschen Sprachkenntnissen wieder, da nur 24 % der Migranten gute deutsche Sprachkenntnisse angeben. 96 % der Befragten gaben an zu Hause persisch zu sprechen. Der Akkulturation - Stress - Index war bei Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen tendenziell höher. Durch die fehlende Möglichkeit zu sprach-

lichem Austausch mit der Umwelt kommt es zu einer sozialen Isolierung und einem verstärkten Entfremdungsgefühl von der Gesellschaft. Dies kann zu vermehrter Fehlwahrnehmung der Umwelt und Diskriminierungserlebnissen führen. Insgesamt berichteten 52 % der in dieser Studie untersuchten Iraner von Diskriminierungserlebnissen, die meisten von ihnen erlebten unabhängig von ihrem Geschlecht Diskriminierung in der Freizeit.

Die Anzahl der freundschaftlichen Kontakte war bei den iranischen Männern signifikant höher als bei den Frauen. Die Anzahl der sozialen Kontakte hängt mit der Persönlichkeitsstruktur der Migranten zusammen und hat großen Einfluss auf das Ausmaß des Akkulturationsstresses. Gute soziale Kontakte ermöglichen bei Konflikten soziale, psychische und materielle Unterstützung. Die Existenz sozialer Netzwerke wie Partnerschaft, Familie und Freundeskreis sind von großer Wichtigkeit für das Wohlbefinden. Frauen erleben meist bei der Akkulturation mehr Stress und Konflikte als Männer. Hierbei spielen Bildungsniveau und Kultur des Herkunftslandes eine entscheidende Rolle bei dem Akkulturationsprozess. In dieser Studie hatte Frauen im Durchschnitt höhere ASI Werte, aber es konnte kein signifikanter Unterschied zu den Männern festgestellt werden. Der Grund könnte einerseits darin liegen, dass die Frauen meist ein gutes Bildungsniveau hatten, wenn man den Hochschulabschluss als Parameter nimmt und andererseits häufig in einer Familie lebten.

### **Aufenthaltsstatus und Arbeitserlaubniss**

Etwa ein Drittel der 50 iranischen Patienten hatte die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein weiteres Drittel hatte eine befristete Aufenthaltserlaubnis und der Rest hatte politisches Asyl beantragt oder bewilligt bekommen. Der Zusammenhang zwischen

Akkulturationsstress und deutsche Staatsangehörigkeit war nicht signifikant und zeigt, dass durch die Einbürgerung der Akkulturationsstress nicht abnimmt.

### **Erwartungen an Deutschland und Wunsch nach Rückkehr**

30 % der Patienten gaben an, dass ihre Erwartungen an Deutschland sich nicht erfüllt haben. 60 % der Patienten äußerten den Wunsch nach Rückkehr, können es aber aufgrund politischer und familiärer Hindernisse nicht in die Tat umsetzen.

### **Akkulturation – Stress - Index**

Bei der Betrachtung der einzelnen Fragen des ASI-Fragebogens fällt auf, dass die meisten Iraner in absteigender Prozentzahl in folgenden Lebensbereichen Schwierigkeiten hatten: 86 % mussten sich an ein neues Klima gewöhnen, 80 % mussten sich von geliebten Menschen trennen, 68 % hatten Schwierigkeiten einen zufriedenstellenden Job zu finden, 64 % hatten Probleme beim Lernen der deutschen Sprache, 62 % hatten Schwierigkeiten den Alltag zu bewältigen. Nur ca. die Hälfte der Patienten hatte Schwierigkeiten die deutsche Kultur und das Verhalten der Menschen in Deutschland zu verstehen und erlebten dadurch Konflikte zwischen den typischen Verhaltensweisen im Iran und hier. Es zeigte sich keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Jahre in Deutschland bzw. Alter bei Migration und ASI. Es könnte auch keinen Geschlechtsspezifischen Unterschied festgestellt werden.

### **6.2.3. Diskussion des Gesundheitszustandes der gesamten Patienten**

#### **Psychische und somatische Belastung**

Bei der Betrachtung der psychischen und somatischen Belastung der letzten 30 Tage und Vergleich der beiden Gruppen zeigte sich, dass die Iraner signifikant häufiger an somatischen Beschwerden wie Gelenkschmerzen und Taubheit/Kribbeln litten als die deutschen Patienten. Bei den psychischen Symptomen zeigte sich, dass die deutschen Patienten häufiger Anspannungsgefühle hatten und die iranischen Patienten tendenziell häufiger unter Panikanfällen und Einsamkeit litten.

#### **Vergleich der Diagnosen aus der Praxis**

Bei der Betrachtung der somatischen Diagnosen zeigte sich, dass die meisten Patienten (23 %; davon 13 Iraner und 10 Deutsche) aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie des Stoffwechselsystems (18 %) sich in der Praxis in Behandlung befanden. Die häufigste Zweit-Diagnose (36 %) betraf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, gefolgt von Erkrankungen des Verdauungsystems (17 %). Fünf der iranischen Patienten hatten vor der Migration eine F-Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen gestellt bekommen. In der Praxis hatten 14 iranische und 6 deutsche Patienten die Diagnose einer Depression bekommen. Eine der deutschen Patienten befand sich zu dem Zeitpunkt in einer psychotherapeutischen Behandlung. Die hohe Zahl der Iraner könnte ein Hinweis auf eine Versorgungslücke in diesem Bereich sein, da die meisten auch aufgrund ihre psychische Verfassung den hausärztlich arbeitenden Internisten aufgesucht hatten. 26 der iranischen und 19 der deutschen Patienten litten nach eigenen Angaben häufiger unter depressiven Verstimmungen.

## **SCL-90**

Die Auswertung des SCL-90 Fragebogens als eine symptomorientierte Screeningmethode zur Selbstbeurteilung der psychischen Befindlichkeit zeigte, dass die iranischen Patienten in allen Subskalen und Globale Kennwerten (GSI, PSDI, PST) belasteter waren als die deutschen Patienten. Die Belastungen waren insbesondere in den Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit und Psychotizismus sowie bei den grundsätzlichen psychischen Belastungen (GSI) und in der Intensität der Antworten (PSDI) hoch signifikant zu erkennen. Auch in den Subskalen Depressivität und soziale Ängste sowie bei dem globalen Kennwert PST (Anzahl der Symptome) waren die iranischen Patienten sehr signifikant stärker belastet als die deutschen Patienten. Signifikante Unterschiede gab es auch in den Subskalen Aggressivität und Paranoides Denken. In Bezug auf Phobische Angst waren auch die iranischen Patienten tendenziell häufiger betroffen. Es zeigte sich auch, dass der Akkulturation – Stress - Index mit den globalen Kennwerten signifikant und positiv korreliert. Daraus kann geschlossen werden, dass migrationsbedingte Schwierigkeiten die Ausprägung von psychischen Belastungen erhöhen.

Ein tendenzieller Zusammenhang zwischen Kinderzahl und globalen Kennwerten war nur bei den deutschen Patienten festzustellen. Dieser Zusammenhang wurde unter dem Punkt soziodemographische Daten diskutiert.

Bei den Iranern war ein tendenzieller Zusammenhang zwischen PSDI und Alter festzustellen, bei den Deutschen ergab der Zusammenhang zwischen GSI und PSI mit dem Alter einen signifikanten Zusammenhang.

## **HAMD**

Die Auswertung der Hamilton Depression Skala zeigte, dass die iranischen Patienten tendenziell depressiver sind als die deutschen Patienten. Es konnte kein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden.

Die Ausprägung der somatischen und psychischen Belastungen sowie die globalen Kennwerte waren für beide Herkunftsländer im Zusammenhang mit dem HAMD-Wert signifikant. Bei der Betrachtung migrationsspezifischer Parameter konnte eine tendenzielle positive Korrelation zwischen Akkulturations-Stress-Index und HAMD-I Mittelwert und eine negative hoch signifikante Korrelation in Bezug auf die Anzahl der Kontakte festgestellt werden.

### 6.3. Kasuistiken

Eine depressive Symptomatik kann verschiedene Ursachen haben. Um den Zusammenhang zwischen Migration und Depressionen klarer hervorheben zu können, werde ich an dieser Stelle exemplarisch auf vier Fälle ausführlicher eingehen. Alle nach folgend beschriebenen Patienten bekamen eine F 32 Diagnose einer depressiven Episode.

#### Fall 1:

Herr K, 30 Jahre alt, verheiratet.

Herr K kam vor 2 Jahren aus dem Iran, nachdem er dort eine in Deutschland lebende Iranerin heiratete. Herr K hatte im Iran in dem Familienbetrieb seiner Eltern gearbeitet, ohne eine richtige Ausbildung zu besitzen. Im Iran genoss er eine gute gesellschaftliche Anerkennung und hatte ein gutes Einkommen.

In Deutschland musste er ganz neu anfangen. Die Hürde, eine fremde Sprache zu erlernen, erschwerten es ihm in einer neuen Umgebung Fuß zu fassen. Da er noch keine Arbeitserlaubnis besitzt, kann er auch keine Ausbildung oder einen Job anfangen. Zur Zeit ist er arbeitslos und finanziell von seiner Frau abhängig, welche die gemeinsame Wohnung unterhält, ihm jedoch keinen Betrag zur freien Verfügung überlässt. Er schämt sich, seine Eltern um Geld zu bitten und fühlt sich als Versager, der sein Leben nicht in den Griff kriegt. Zugleich fehle ihm seine Frau. Nach seinen Angaben lebe sie die meiste Zeit nicht mit ihm zusammen und gehe fremd. Freunde hat er in Deutschland nicht gefunden. Manchmal plagen ihn suizidale Gedanken, weil er zur Zeit keinen Ausweg sieht. Herr K wünscht sich, so schnell wie möglich wieder nach Hause in den Iran zurück gehen zu können, denn für ihn hat sich nichts so entwickelt, wie er es sich vorgestellt hatte. Er weint während des Gespräches und

bezeichnet seine Migration nach Deutschland als den größten Fehler seines Lebens. Herr K klagt seit einiger Zeit über Rückenschmerzen und Schmerzen in der linken Körperhälfte sowie Herzstolpern; er raucht mehr als eine Schachtel am Tag, was er vor 2 Jahren nicht tat. Er berichtet über regelmäßige Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen am Morgen gegen 4 Uhr. Er hat in den letzten Monaten stark an Körpergewicht verloren. Am Anfang des Gesprächs sagt er sofort, dass er depressiv erkrankt ist und ganz froh sei mit jemandem über seine Probleme reden zu können.

### **Diagnostische Einschätzung:**

Bei diesem Patient besteht eine Anpassungsstörung, welche durch die Migration und die Ehekrise ausgelöst worden ist. Der Patient befindet sich außerdem in einer mittelgradigen depressiven Episode gepaart mit einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, da die somatischen Beschwerden kurzdauernd und die Symptomatik weniger auffallend ist.

### **Diskussion:**

Herr K gehört zu den Iranern, die eigentlich keinen politischen oder wirtschaftlichen Grund hatten, um nach Deutschland zu kommen. Er ist sehr stark auf die Unterstützung seiner Frau fixiert und steht in großem Konflikt mit der Rolle, die er in dieser Beziehung spielt. Da er sich in seiner neuen Umgebung überhaupt nicht auskennt, kenne er auch nicht seine Rechte und Pflichten. Mit der neuen Kultur und dem Verlust seines sozialen Status kommt er überhaupt nicht zurecht. Im Iran besaß er als Sohn eines Unternehmers (auch, wenn er keine eigene Ausbildung hat) ein gutes Ansehen. Das zweite Problem bei ihm ist, dass er die neuen sozialen Kontakte im Zusammenhang mit seiner Frau sieht und die Gefühle, welche er ihr gegenüber empfindet, auf diese überträgt und sich überall abgelehnt fühlt. Seinen einzigen Bezug zu seiner Heimat stellt der iranische Arzt dar, welchen er aufgrund seines psychosomatischen Beschwerdebildes immer wieder aufsucht. In der iranischen

Gemeinde in Hamburg hat er keinen Anschluss gefunden, weil er sich schämt seine Lebenssituation zu offenbaren. Die Möglichkeit eine Eheberatung in Anspruch zu nehmen, scheitert an seiner sprachlichen Barriere und dem Wissen, dass so etwas überhaupt möglich wäre.

## **Fall 2:**

Frau A, 56 Jahre alt, verheiratet, 3 Kinder.

Frau A kam vor 18 Jahren aus dem Iran, nachdem sie ihre älteste Tochter 2 Jahre davor zu ihrem in Deutschland lebenden Bruder geschickt hatte. Damals hatte sie noch eine 4-jährige Tochter und gebar in Deutschland noch ein drittes Kind. Frau A war im Iran Lehrerin, wie auch ihr Ehemann. Er hatte auch einen sicheren Arbeitsplatz, so dass sie keine finanziellen Schwierigkeiten hatten.

Frau A kam in den achtziger Jahren nach Deutschland, d.h. in der Zeit, wo viele Iraner das Land verließen. Da es durch die islamische Regierung für die Frauen im Iran immer mehr Schwierigkeiten und Einschränkungen gab, hatte sie sich vor allem eine bessere Zukunft für ihre Töchter in Deutschland gewünscht. Um hier in Deutschland bleiben zu können, hatte sie politisches Asyl beantragt, was auch anerkannt wurde. So versperrte sie sich allerdings auch den Weg zurück in den Iran. Frau A war im Iran an einem benignen Hirntumor operiert worden. Sie wird medikamentös behandelt, da sie anfallsgefährdet ist. Frau A hat hier mäßig gut deutsch gelernt, aber nie wieder gearbeitet. Kurze Zeit hat sie iranische Kinder zu Hause persisch unterrichtet. Sie hat auch versucht das Lehren der persischen Sprache an einer Schule mit vielen iranischen Kindern durchzusetzen ( wie dies auch in polnischer oder russischer Sprache an einigen Schulen stattfindet.) Aber die Schulbehörde wehrte sich dagegen, was dazu führte, dass sie es aufgab und sich ab und zu mal mit Privatunterricht zu Hause zufrieden gab. Zur Zeit leidet sie stark unter

Schlaflosigkeit und einer depressiven Verstimmung. Sie fühlt sich nutzlos. Die Töchter wohnen noch zu Hause. Es kommt immer wieder zu großen Konflikten. Sie wollen sich mit einer Ausbildung zufrieden geben, obwohl sie sich gewünscht hatte, dass diese studieren. Außerdem möchte die jüngste Tochter ausziehen, was auch nicht mit der iranischen Kultur zusammen passt. Manchmal wünscht sie sich nie hergekommen zu sein, denn im Iran hätte sie mehr Einflussmöglichkeiten auf ihre Kinder gehabt. Ihr Mann habe sowieso gar nichts mehr zu sagen. Am Anfang als sie nach Deutschland kamen, hatte sich alles so gut entwickelt. Da die Kinder klein waren, hatte sie durch sie besser deutsch gelernt und mehr Kontakt zu den Nachbarn gehabt. Aber seit dem 11. September spüre sie einen starken Wandel in ihrer Nachbarschaft. Frau A macht einen sehr zurückhaltenden Eindruck; sie überlegt sehr lange bis sie auf die Fragen antwortet und spricht sehr langsam. Die Patientin wirkt sehr erschöpft, berichtet über chronische Schlafstörungen und Appetitmangel. Sie ist in diesen 18 Jahren nie im Iran gewesen und würde gerne mal dort ihre ältere Schwester besuchen.

### **Diagnostische Einschätzung:**

Bei dieser Patientin besteht eine rezidivierende depressive Störung seit der Migration mit einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode, wahrscheinlich ausgelöst durch den bevorstehenden Auszug der jüngsten Tochter.

### **Diskussion:**

Frau A stellt das typische Beispiel für viele iranische Familien dar, die nach der iranischen Revolution 1979 aus gesellschaftlicher und politischer Not und mit der Hoffnung auf Freiheit, insbesondere für ihre Nachkommen ausgewandert sind. Der einzige Kontakt von Frau A zu der neuen Gesellschaft kommt über ihre Kinder zustande. Diese Tatsache ist ihr bewusst und sie klammert sich stärker an die Kinder je älter diese werden, da sie Angst hat, ihre einzige Verbindung zur Außenwelt zu

verlieren. Die natürliche Abnabelung der Kinder vom Elternhaus wird noch schwieriger, da diese in der iranischen Kultur, im Vergleich zu der deutschen, nicht so extrem ist und von der Gesellschaft wenig anerkannt wird. Üblich ist, dass die Kinder bis zu ihrer Heirat zu Hause wohnen, egal wie alt sie sind. Frau A lebt mit ihrer fünf-köpfigen Familie (mit 3 volljährigen Kindern) in einer kleinen 3-Zimmer Wohnung. Die jüngste Tochter, die in Deutschland geboren ist und sich am wenigsten mit der iranischen Kultur identifiziert, möchte ausziehen. Das ist aber für Frau A nicht die Freiheit, weswegen sie her gekommen war. Das Gefühl die Kontrolle über die Kinder zu verlieren und die mangelnde Unterstützung ihres Mannes in der Erziehung ihrer Kinder, gibt ihr ein Gefühl der Machtlosigkeit. Sie überlegt, ob ihre Entscheidung ihre Heimat zu verlassen, richtig war. Sie meint, dadurch dass sie es nicht geschafft hat, ihren gesellschaftlichen Status wie er im Iran war, wieder herzustellen, sie auch an Anerkennung innerhalb ihrer Familie verloren hat. Sie erzählt, dass die Sorge um ihre Familie und das Gefühl allein zu sein, sie nicht zur Ruhe kommen lässt. Sie wird zunehmend trauriger und kann nachts kaum schlafen.

### **Fall 3:**

Herr E, 61 Jahre alt, ledig, keine Kinder.

Herr E kam mit 47 Jahren nach Deutschland. Er war im Iran Buchhalter, hatte aber in den letzten Jahren nicht mehr gearbeitet. Seine Eltern waren relativ früh verstorben. Er hat im Iran keine sozialen Kontakte mehr. Herr E litt im Iran unter Depressionen und hatte versucht sich das Leben zu nehmen. Als Grund für seine Migration gibt er politische Motive an, die er nicht weiter ausführen möchte. In Deutschland hatte er drei Suizidversuche. Das letzte mal vor 3 Monaten, wo er vom Balkon gesprungen ist und ein Polytrauma erlitten hat. Zur Zeit plagen ihn starke Schmerzen. Seine

Depressionen haben sich seit seiner Auswanderung verstärkt, trotzdem möchte er nie wieder in den Iran zurückkehren.

### **Diagnostische Einschätzung:**

Bei Herrn E besteht eine rezidivierende depressive Störung, die vor der Migration schon auftrat, aber seitdem häufiger symptomatisch geworden ist. Eine posttraumatische Belastungsstörung, wahrscheinlich bedingt durch spezielle Ereignisse im Iran sind bei Herrn E nicht auszuschließen, konnten aber in der kurzen Kontaktzeit mit dem Patienten nicht besprochen werden.

### **Diskussion:**

Es ist nicht leicht mit ihm das Interview zu führen. Er möchte sich nicht hinsetzen und ist sehr nervös. Er schaut mich während des Gesprächs kein einziges mal an. Er antwortet in kurzen abgehackten Sätzen und möchte das Interview beenden. Er klagt über starke Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit. Diese Gefühlsbeschreibungen wiederholt er ständig, auch ohne danach gefragt zu werden. Herr E spricht sehr schlecht deutsch und befindet sich in keiner psychiatrischen Behandlung. An seinem Beispiel wird es deutlich, wie schwer es für Patienten mit einer bestehenden psychischen Erkrankung ist, in einer fremdsprachigen Umgebung optimal versorgt zu werden. Die medizinische Versorgung des Patienten erfolgte nur über den hausärztlich arbeitenden iranischen Internisten, wo auch das Interview statt fand.

### **Fall 4:**

Frau M 25 Jahre alt, verheiratet, 3 Kinder.

Frau M ist in Afghanistan geboren und ist als sie sehr jung war mit ihrer Familie in den Iran ausgewandert. Sie hat im Iran einige Zeit im Flüchtlingslager gelebt und ist irgendwann in eine Großstadt gezogen. Vor 7 Jahren ist sie mit ihrem Mann nach Deutschland gezogen und hat hier einen Antrag auf politisches Asyl gestellt. Dadurch

wurde sie auch das erste mal von ihren Eltern getrennt, was ihr sehr schwer gefallen ist. Seit 7 Jahren wohnt sie mit ihrer fünfköpfigen Familie in engsten Wohnverhältnissen in einem Asylantenheim in Hamburg. Die Bearbeitung ihres Asylantrages hat sich in die Länge gezogen. Frau M versucht deutsch zu lernen und möchte gerne eine Ausbildung als Arzthelferin machen. Dies führt zu massiven Problemen mit ihrem Ehemann, da er nicht möchte, dass seine Frau arbeitet. Die Heirat war ein Wunsch der Eltern gewesen, sie fühlte sich mit 17 eigentlich noch zu jung um zu heiraten, wollte aber ihre Eltern nicht enttäuschen. Frau M klagt über chronische Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, gelegentliche Schlafstörungen und das Gefühl sich ständig sorgen machen zu müssen.

#### **Diagnostische Einschätzung:**

Bei dieser Patientin besteht eine mittelgradige depressive Störung, wahrscheinlich ausgelöst durch die perspektivlose Zukunft und Überlastung in der Familie.

#### **Diskussion:**

Frau M möchte in Deutschland bleiben. Die ungewisse Zukunft, da ihr Asylantrag noch in Arbeit ist, macht ihr Angst. Sie wäre gerne in Deutschland zur Schule gegangen, aber als sie herkam, durfte sie es noch nicht. In dieser Zeit ist sie schwanger geworden. Ob ihre Schulbildung hier als Hauptschulabschluss anerkannt wird, weiß sie noch nicht. Solange ihre Aufenthaltssituation in Deutschland unklar ist, wird sie sich wohl den Wünschen ihres Mannes fügen und sich nur um die Kinder kümmern. Sie hat auch Angst sich gegen ihren Mann zu wehren, da es passieren kann, dass die Familie wieder abgeschoben wird und sie im Iran niemanden hätte, der sie unterstützen würde. Sie lebt hier seit vielen Jahren zwischen Hoffen und Bangen und versäumt vielleicht die beste Gelegenheit, um in ihrem Leben etwas zu verändern. Sie erhofft sich in Deutschland viel Freiheit für sich und ihre Kinder.

#### **6.4. Überprüfung der Hypothesen**

Hypothese 1 (bestätigt): Es konnte ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Belastungen mit der Akkulturation – Stress - Index in dieser Studie festgestellt werden.

Hypothese 2 (bestätigt): In diese Studie konnte gezeigt werden, dass die iranischen Patienten signifikant häufiger an depressiven und somatoformen Symptomen leiden als die deutsche Vergleichsgruppe.

Hypothese 3 (nicht bestätigt): Es konnte kein Zusammenhang zwischen Akkulturation-Stress-Index (ASI) und Aufenthaltsdauer gefunden werden. Da der ASI jedoch sich in der Fragestellung nicht auf den Zeitpunkt während der Befragung beschränkt, müsste die Hypothese mit einem spezifischeren Instrument erneut geprüft werden.

## **7. Zusammenfassung**

Über die psychische und somatische Befindlichkeit iranischer Migranten in Deutschland, aber auch in den anderen Ländern, gibt es bis heute ganz wenige Studien. Die meisten Studien in Deutschland beschäftigen sich mit der großen Gruppe der Arbeits-migranten, die in den 50er Jahren nach Deutschland kamen. Seit den 80er Jahren hat es aber eine starke Zunahme an iranischen Flüchtlingen und Auswanderern in andere Staaten und nach Deutschland gegeben. Die meisten Exil-Iraner haben das Land wegen der iranischen Revolution 1979 und dem Iran-Irak-Krieg 1980-1988 unter politischem und wirtschaftlichen Druck verlassen. Unterschiedliche Studien haben gezeigt, dass Migration unter schweren Lebensbedingungen zu psychischen Störungen führen kann. In dieser Studie wurden 50 Patienten aus dem Iran und 50 deutsche Patienten in einer nach Alter und Geschlecht gepaarten Stichprobe in einer hausärztlich-internistisch arbeitenden Praxis untersucht. Es wurden demographische und migrationsspezifische Daten erhoben, psychische Belastungen anhand des SCL-90 R Fragebogens und der Hamilton Depression Skala standardisiert gewertet und der Akkulturations-Stress mit dem ASI gemessen. Die Ergebnisse zeigen, dass psychische Probleme bei den iranischen Patienten in allen Subskalen des SCL-90 R ausgeprägter als bei den deutschen Patienten vorhanden sind. Es konnte ein Zusammenhang zwischen Akkulturations-Stress und psychischer Befindlichkeit hergestellt werden. 28 % der iranischen Patienten hatten in der Praxis die Diagnose einer depressiven Störungen bekommen. 52 % litten vermehrt unter depressiver Stimmung. Insgesamt sollte bei Migranten der Zusammenhang zwischen Akkulturations-Stress und psychischen sowie somatischen Belastungen bei der Diagnosestellung mehr beachtet werden. Und es müssten mehr Möglichkeiten geschaffen werden, um derartigen Versorgungslücken entgegen wirken zu können.

## 8. Literaturverzeichnis

**Amelang, M./ Zielinski W.:** *Psychologische Diagnostik und Intervention.* Springer-Verlag:1997.

**Ballenger, J.C./ Davidson, J.R.T./ Lecrubier, Y./ Nutt, D.J./ Kirmayer, J./ Lepine, J.P./ Lin, K.M./ Tajima, O./ Ono, Y.:** Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from the international Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*, 62, 2001.

**Berry, J.W./ Kim, U. :** *Acculturation and Mental Health.* In: Schmitz, Paul G.: *Akkulturation und Gesundheit. Ein Beitrag in Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien. Band 10,* Universitätsverlag Rasch: 2001.

**Brähler, E./ Strauß, B.:** *Medizinische Psychologie und Soziologie.* Ein praxisorientiertes Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, 2000.

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge** ( Online), letzte Aktualisierung: 2004.

**Castles, S./Miller, M.:** *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World.* London: The Macmillan Press Ltd. 1990.

**Collatz, J.:** *Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration: Auswirkungen der Migrationsbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung,* 1995.

**Christian P., Haas R.:** *Wesen und Formen der Bipersonalität.* Beiträge aus der Allgemeinmedizin. Heft 7. Klett: Stuttgart, 1949.

**Dilling/ Mombour/ Schmidt:** *ICD-10.* Bern: Huber. 1993.

**Dilling, H./ Reimer, Ch.:** *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie.* Springer: Berlin 1995.

**Eisenstadt, Sh. N.:** Analysis of Patterns of Immigration and Absorption of Immigrants. *Population Studies* 7, 1953.

**Eisenstadt, Sh. N.:** *Reference Group Behavior and social Integration: An Explorative study.* *American Sociological Review* 19, 1954.

**Faltermaier, T.:** *Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive.* Ein Beitrag in *Migration und Krankheit.* Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien. Band 10, Universitätsverlag Rasch: 2001.

**Faust, V.:** *Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln.* *Psychiatrie heute.* 1996.

**Fernando, S.:** *Depression in ethnic minorities.* Cox JL *Transcultural Psychiatrie.* Stratton: 1986.

**Fremdwörterbuch Duden**, 3.Auflage, Mannheim: Dudenverlag, 1991  
Dudentaschenbücher 5.

**Franke, G.H.:** *Die Symptom-Check-Liste von Derogatis*. Göttingen: Beltz Test GmbH, 1995.

**Forker, K./Reschke, K.:** Anpassungsstörung- Entwicklung einer evidenzbasierten Therapieempfehlung und eines kognitiv-behavioralen Interventionsansatzes. 2002.

**Fydrich, T.:** Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie.  
Psychologische Diagnostik und Intervention. Springer-Verlag: 1997.

**Gerdes, N. / Weis, J.:** *Zur Theorie der Rehabilitation*. Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer-Verlag: 2000.

**Good, B. et al:** The heart of what's the matter- the semantics of illness in Iran. *Culture Medicine Psychiatry*: 1977.

**Gronke, M.:** Geschichte Irans. Von der Islamisierung bis zur Gegenwart. München: C.H.Beck. 2003.

**Grosser, F.:** Iran nach dem Regierungswechsel im Irak- Neu-Positionierung in verändertem Umfeld?. *Weltpolitik.net. DGAPe.V.*, 2004.

**Gureje, O./ Simon, G.E./ Ustun, T.B./ Goldberg, D.P.:** Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *J Psychiatry*, 1997.

**Han, P.:** *Soziologie der Migration*. Verlag: Lucius & Lucius, Stuttgart 2000.

**Haasen, C./ Sardashti H.:** Zusammenhang zwischen Depression und psychosoziale Belastung bei iranischen Migranten. *Psychiatrie-Praxis*: 2000.

**Handlin, O.:** *The Uprooted*. London: Watts & Co. 1953.

**Helmchen, H./ Linden, M.:** Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artefact, and the double-threshold problem. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 2000.

**Hillmann, H. K.:** *Wörterbuch der Soziologie*. Kröner: Stuttgart 1994.

**Johnson, D.:** *Eine Welt von Flüchtlingen*. In: taz Sonderausgabe Tag der deutschen Heimat, 2. /3. Oktober 2003, S. 4-5.

**Johnson, J./ Weissmann, M./ Klerman, G.L.:** Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992

**Kasper, S./ Möller, H./Müller-Spahn, F.:** *Depression. Diagnose und Pharmakotherapie*. Thieme: Stuttgart 1997.

**Kermanie, N.:** *Iran. Die Revolution der Kinder*. München: C. H. Beck, 2001

**Kermanie, N.:** *Schöner neuer Orient. Berichte von Städten und Kriegen*. München: C. H. Beck, 2003.

**Mead, G. H.:** *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991.

**Müller, H.:** Warum die Bombe? Die nuklearen und Mächtigeren Iran und Nordkorea. Internationale Politik: Berlin. Ausgabe: 1/2004.

**Mutschler, H.:** Stille Wandel oder Stillstand? Die Reformbewegung in der Islamischen Republik Iran. Weltpolitik.net, DGAPe.V. 2004.

**Nirumand, B.:** *Die Heimat bleibt im Kopf*. taz Sonderausgabe Tag der deutschen Heimat, 2. /3. Oktober 2003, S.12.

**Opitz, P.J :** Weltbevölkerung und Weltwanderung. München, C.H.Beck 1994.

**Papassotiropoulos, A./ Heun, R. :***Delection of subthreshold depression and subthreshold anxiety in the elderly*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1999.

**Park, R. E.:** *Human Migration and the Marginal Man*. American Journal of Sociology, 1928.

**Petersen, W. :** *A General Typology of Migration*. American Sociological Review, 1958.

**Rief, W.:** Die somatoformen Störungen- Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. Zeitschrift für klinische Psychologie, 1996/3.

**Schmitz, P. G.:** *Akkulturation und Gesundheit.* Ein Beitrag in Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien. Band 10, Universitätsverlag Rasch: 2001.

**Sluzki, C.E.:** Migration and Family Conflict. 1979

**Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg:** *Bevölkerung Einwohner und Haushalte – Familien und Erwerbstätigkeit.* Band 17 der Reihe Statistik Magazin Hamburg: 2003.

**Treder, A.:** Psychische Aspekte der Migration und ihre Entwicklung im Integrationsprozeß. 1998.

**Zarifoglu F.:** Soziokulturelle und migrationspezifische Aspekte von psychischer Erkrankung bei Flüchtlingen aus dem Nahen und Mittleren Osten. Was macht Migranten in Deutschland krank? EBV Rissen, Hamburg 1992.

## 9. Anhang

### A) Fragebogen

**(FRAGEBOGEN – vom Patienten selbst auszufüllen!)**

**SCL-90-R**

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen 7 Tage** bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.  
Bitte beantworten Sie jede Frage!  
**Beispiel:** Frage: Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?  
Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen 4 „sehr stark“ an.

*(bitte ankreuzen:)*

	Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1.	Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2.	Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3.	immer wieder auftauchenden, unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Dir nicht aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4.	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5.	Verminderung deines Interesses oder Deiner Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
6.	allzu kritischer Einstellung anderen gegenüber	0	1	2	3	4
7.	der Ideen, daß irgend jemand Macht über Deine Gedanken hat	0	1	2	3	4
8.	dem Gefühl, daß andere an den meisten Deiner Schwierigkeiten schuld sind	0	1	2	3	4
9.	Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10.	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11.	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4
12.	Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14.	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
15.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16.	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17.	Zittern	0	1	2	3	4
18.	dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann	0	1	2	3	4

(PATIENTEN-FRAGEBOGEN – Forts.)

		<i>(bitte ankreuzen:)</i>				
	Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
19.	schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20.	Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4
21.	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22.	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24.	Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Du machtlos warst	0	1	2	3	4
25.	Befürchtungen, wenn Du allein aus dem Haus gehst	0	1	2	3	4
26.	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27.	Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28.	dem Gefühl, daß es Dir schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29.	Eisamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
30.	Schwermut	0	1	2	3	4
31.	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33.	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35.	der Idee, daß andere Leute von Deinen geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36.	dem Gefühl, daß andere Dich nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37.	dem Gefühl, das die Leute unfreundlich sind oder Dich nicht leiden können	0	1	2	3	4
38.	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	0	1	2	3	4
39.	Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40.	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
41.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
42.	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
43.	dem Gefühl, daß andere Dich beobachten oder über Dich reden	0	1	2	3	4
44.	Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4

(PATIENTEN-FRAGEBOGEN – Forts.)

		<i>(bitte ankreuzen:)</i>				
	Wie sehr litten Sie unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
45.	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Du tust	0	1	2	3	4
46.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48.	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49.	Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
50.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Du durch diese erschreckt wirst	0	1	2	3	4
51.	Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
53.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3	4
54.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
55.	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
56.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
57.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
58.	Schweregefühl in Armen oder Beinen	0	1	2	3	4
59.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
60.	dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3	4
61.	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Dich beobachten oder über Dich reden	0	1	2	3	4
62.	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Deine eigenen sind	0	1	2	3	4
63.	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
64.	frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65.	zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66.	unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4
67.	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68.	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Dir teilen	0	1	2	3	4
69.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4

(PATIENTEN-FRAGEBOGEN – Forts.)

		<i>(bitte ankreuzen:)</i>				
	<b>Wie sehr litten Sie unter ...?</b>	<b>über- haupt nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>ziem- lich</b>	<b>stark</b>	<b>sehr stark</b>
70.	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71.	einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72.	Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
73.	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74.	der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75.	Nervosität, wenn Du allein gelassen wirst	0	1	2	3	4
76.	mangelnden Anerkennung Deiner Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77.	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Du in Gesellschaft bist	0	1	2	3	4
78.	so starker Ruhelosigkeit, daß Du nicht stillsitzen kannst	0	1	2	3	4
79.	dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80.	dem Gefühl, daß Dir etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81.	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82.	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83.	dem Gefühl, daß die Leute Dich ausnutzen, wenn Du es zulassen würdest	0	1	2	3	4
84.	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Dich sind	0	1	2	3	4
85.	dem Gedanken, daß Du für Deine Sünden bestraft werden solltest	0	1	2	3	4
86.	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87.	dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Deinem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88.	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89.	Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
90.	dem Gedanken, daß irgendetwas mit Deinem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

### TEIL 3: MIGRATION UND PSYCHOSOZIALE SITUATION

#### „AKKULTURATIONS-STRESS-INDEX“

Fragen	Ja	Nein
1 Hatten oder haben Sie beim Lernen der deutschen Sprache Schwierigkeiten?		
2 Hatten oder haben Sie Schwierigkeiten, einen zufrieden stellenden Job zu finden?		
3 Hatten oder haben Sie Schwierigkeiten, das Verhalten der Menschen hier in Deutschland zu verstehen?		
4 Hatten oder haben Sie Schwierigkeiten, eine passende Wohnung bzw. Unterkunft zu finden?		
5 Wußten Sie, wie Sie Ihre alltäglichen Bedürfnisse hier regeln sollten?		
6 Gab es Konflikte zwischen typischen Verhaltensweisen in Ihrem Herkunftsland und Deutschland?		
7 Hatten oder haben Sie genügend Geld für Ihre Grundversorgung?		
8 Haben Sie manchmal Probleme beim Verständnis der Kultur hier in Deutschland?		
9 Leben oder lebten Sie in einer Nachbarschaft, in der Sie unerwünscht wären bzw. sich unsicher gefühlt haben?		
10 Mussten Sie sich an ein anderes Klima gewöhnen?		
11 Haben Sie an sozialen Status und Prestige verloren?		
12 Hatten oder haben Sie das Gefühl, dass die Menschen in Deutschland unfreundlich sind und Vorurteile Ihnen gegenüber haben?		
13 Waren oder sind Sie unsicher, wie Sie sich in der Öffentlichkeit verhalten sollen oder müssen?		
14 Hatten oder haben Sie Probleme im Kontakt mit den deutschen Behörden?		
14a Waren oder sind Sie aufgrund der Abhängigkeit von behördlichen Entscheidungen in Ihren Handlungen und Entscheidungen eingeschränkt?		
15 Hatten oder haben Sie Probleme in Bezug auf das deutsche Schulsystem?		
16 Hatten oder haben Sie immer die Möglichkeit, sich mit Familienmitgliedern und anderen geliebten Menschen in Ihrem Herkunftsland in Verbindung zu setzen?		
17 Waren oder sind Sie erschrocken oder verängstigt, wenn Sie den Menschen hier in Deutschland begegnen?		
18 Hat sich Ihre Rolle in Ihrer Familie wesentlich verändert seit der Auswanderung nach Deutschland?		
19 Hatten oder haben Sie Schwierigkeiten aufgrund von unterschiedlichen Werten und Normen in Ihrem Herkunftsland und in Deutschland?		
20 Sind Sie zeitweise getrennt oder isoliert gewesen von der Familie oder anderen wichtigen Personen?		

لیست زیر شامل مسائل و مشکلاتی است که هر شخص امکان دارد با آنها مواجه باشد.  
خواهشمند است سئوالات زیر را با دقت خوانده و نظر خود را در مورد مسئله‌ای که موجب ناراحتی شما در  
هفت روز اخیر شده است بیان فرمائید.

لطفاً سئوالات را صادقانه و بی‌هیچ غرض و تأملی پاسخ دهید.

در مقابل هر یک از سئوالات زیر جواب مورد نظر را علامت بزنید- بر روی جوابهای نادرست خط پررنگ  
بکشید و علامت را بر روی پاسخ صحیح بزنید.

برای مثال: سؤال: چقدر کمردرد دارید؟

اگر جواب سؤال درد خیلی زیاد است در خانه شماره ۴ علامت بزنید.

آیا در ۷ روز اخیر دارای اینگونه ناراحتی بوده‌اید؟

خیلی زیاد      زیاد      تقریباً      کم      اصلاً  
۴                      ۳                      ۲                      ۱                      ۰

	اصلاً	کم	تقریباً	زیاد	خیلی زیاد	آیا در هفت روز اخیر دارای اینگونه ناراحتی بوده‌اید؟
۱	۰	۱	۲	۳	۴	سردرد
۲	۰	۱	۲	۳	۴	عدم آرامش داخلی و لرزش درونی
۳	۰	۱	۲	۳	۴	مشغولیت دائمی با افکار و اندیشه‌ها یا کلمات آزار دهنده
۴	۰	۱	۲	۳	۴	احساس بیهوش شدن یا سرگیجه
۵	۰	۱	۲	۳	۴	کم شدن علائق (میل) جنسی
۶	۰	۱	۲	۳	۴	نکته سنجی درباره دیگران و گرایش به انتقاد
۷	۰	۱	۲	۳	۴	احساس احاطه و تسلط دیگری بر تو
۸	۰	۱	۲	۳	۴	تخصر شناختن دیگران در مورد گرفتاریهايت و اشکالات مربوط به تو
۹	۰	۱	۲	۳	۴	نارسائی حافظه
۱۰	۰	۱	۲	۳	۴	احساس اضطراب بخاطر بی‌توجهی و یا اهمال کاری
۱۱	۰	۱	۲	۳	۴	احساس به سادگی از کوره در رفتن و عصبی شدن
۱۲	۰	۱	۲	۳	۴	احساس درد در قفسه سینه و ناحیه قلب

آیا در هفت روز اخیر دارای اینگونه ناراحتی بوده‌اید؟	خیلی زیاد	زیاد	تقریباً	کم	اصلاً
داشتن وحشت و اضطراب در فضای عمومی و یا در خیابان	۴	۳	۲	۱	۰
احساس بی‌رمقی و ضعف در مورد افکار و حرکات (آهسته شدن)	۴	۳	۲	۱	۰
اندیشه‌های خودکشی	۴	۳	۲	۱	۰
شنیدن صداهای که توسط دیگران شنیده نمی‌شود!	۴	۳	۲	۱	۰
لرزیدن	۴	۳	۲	۱	۰
احساس عدم اطمینان به دیگران	۴	۳	۲	۱	۰
بی‌اشتهایی	۴	۳	۲	۱	۰
گرایش به گریه	۴	۳	۲	۱	۰
خجالت و کم‌روئی در مقابل جنس مخالف	۴	۳	۲	۱	۰
ترس از غافلگیر شدن	۴	۳	۲	۱	۰
شکه شدن ناگهانی و بی‌دلیل	۴	۳	۲	۱	۰
بروز احساسات ناگهانی بدون داشتن تسلط و کنترل	۴	۳	۲	۱	۰
احساس وحشت از ترک کردن خانه به تنهایی	۴	۳	۲	۱	۰
سرزنش کردن خویش در مورد مسائل معین	۴	۳	۲	۱	۰
کم‌درده	۴	۳	۲	۱	۰
احساس دشواری و تردید در شروع هر کاری	۴	۳	۲	۱	۰
احساس تنهایی کردن	۴	۳	۲	۱	۰
(مالی‌خویشی)	۴	۳	۲	۱	۰
احساس اینکه همه غمها مال شماست!	۴	۳	۲	۱	۰
احساس عدم علاقه و گرایش به هیچ چیز	۴	۳	۲	۱	۰
وحشت‌زدگی	۴	۳	۲	۱	۰
زود رنجی فوق‌العاده در هر نوع احساسی	۴	۳	۲	۱	۰
تصور آنکه دیگران از اندیشه‌های سری تو مطلع هستند	۴	۳	۲	۱	۰

اصلاً	کم	تقریباً	زیاد	خیلی زیاد	آیا در هفت روز اخیر دارای اینگونه ناراحتی بوده‌اید؟
۰	۱	۲	۳	۴	احساس آنکه تو برای دیگران علی‌السویه هستی و تو را درک نمی‌کنند و به تو اهمیت نمی‌دهند.
۰	۱	۲	۳	۴	احساس اینکه دیگران نامهربان هستند و تو را دوست ندارند.
۰	۱	۲	۳	۴	احساس ضرورت انجام کارها به آهستگی بخاطر اطمینان خاطر که هر چه که انجام می‌دهی صددرصد صحیح هست!
۰	۱	۲	۳	۴	تپش قلب
۰	۱	۲	۳	۴	حالت تهوع و اختلالات گوارشی
۰	۱	۲	۳	۴	احساس حقارت در مقابل دیگران
۰	۱	۲	۳	۴	گرفتگی و احساس درد در ماهیچه (درد عضلانی)
۰	۱	۲	۳	۴	احساس می‌کنید که دیگران شما را زیر نظر دارند و در مورد شما صحبت می‌کنند
۰	۱	۲	۳	۴	بدخواهی
۰	۱	۲	۳	۴	وسواس در هر چیزی
۰	۱	۲	۳	۴	عدم توانایی تصمیم‌گیری مشکل
۰	۱	۲	۳	۴	وحشت استفاده از وسایل نقلیه مانند اتوبوس، قطار
۰	۱	۲	۳	۴	اختلالات تنفسی
۰	۱	۲	۳	۴	احساس گرما همراه با لرزش سرما در درون بدن؟ (گر گرفتن یا مورمور شدن)
۰	۱	۲	۳	۴	احساس اجتناب از کاری یا مکانی بعلت وحشت از آن
۰	۱	۲	۳	۴	احساس تهی بودن در سر (بی‌هدف بودن)
۰	۱	۲	۳	۴	بی‌حسی و یا خارش در اعضای بدن
۰	۱	۲	۳	۴	احساس بغض در گلو داشتن
۰	۱	۲	۳	۴	حس یأس و ناامیدی در نگرش به آینده
۰	۱	۲	۳	۴	اشکال در تمرکز افکار

اصلاً	کم	تقریباً	زیاد	خیلی زیاد	آیا در هفت روز اخیر دارای اینگونه ناراحتی بوده‌اید؟	
۰	۱	۲	۳	۴	احساس ضعف و ناتوانی در اعضای بدن	۵۶
۰	۱	۲	۳	۴	احساس هیجان داشتن	۵۷
۰	۱	۲	۳	۴	احساس سنگینی در پا و یا در دست	۵۸
۰	۱	۲	۳	۴	به مرگ و یا مردن فکر کردن	۵۹
۰	۱	۲	۳	۴	میل به خوردن غذای زیاد	۶۰
۰	۱	۲	۳	۴	احساس ناراحتی هنگامی که مردم به شما نگاه می‌کنند و یا در مورد شما صحبت می‌کنند	۶۱
۰	۱	۲	۳	۴	احساس افکاری که ناخواسته به ذهن خطور می‌کند، ولی مال خودتان نیست؟	۶۲
۰	۱	۲	۳	۴	تمایل به زدن، آزار دادن و رنجاندن دیگران	۶۳
۰	۱	۲	۳	۴	بیدار شدن صبحها زودتر از معمول	۶۴
۰	۱	۲	۳	۴	تکرار اجباری کارهای همیشگی مانند لمس کردن، حساب کردن و شستن	۶۵
۰	۱	۲	۳	۴	خواب ناآرام و پر تلاطم	۶۶
۰	۱	۲	۳	۴	میل به شکستن و یا خرد کردن وسایل	۶۷
۰	۱	۲	۳	۴	فکر اینکه دیگران با شما هم عقیده نیستند	۶۸
۰	۱	۲	۳	۴	خجالت و کمرویی زیاد از حد در رابطه با دیگران	۶۹
۰	۱	۲	۳	۴	اجتناب از حضور در اجتماعات بعنوان مثال در فروشگاهها و یا در سینما؟	۷۰
۰	۱	۲	۳	۴	احساس پرزحمت بودن و سخت بودن همه چیزها	۷۱
۰	۱	۲	۳	۴	وحشت و ترس ناگهانی	۷۲
۰	۱	۲	۳	۴	ناراحت بودن در هنگام خوردن و یا آشامیدن در ملاء عام	۷۳
۰	۱	۲	۳	۴	تمایل داشتن به بحث و جدال	۷۴
۰	۱	۲	۳	۴	حالت عصبی وقتی که تنها گذاشته شدید!	۷۵

اصلاً	کم	تقریباً	زیاد	خیلی زیاد	آیا در هفت روز اخیر دارای اینگونه ناراحتی بوده‌اید؟	
۰	۱	۲	۳	۴	عدم پذیرش کارهای تو توسط دیگران	۷۶
۰	۱	۲	۳	۴	احساس تنهایی، حتی در اجتماع	۷۷
۰	۱	۲	۳	۴	احساس ناآرامی شدید، بصورتی که نمی‌توانید آرام بنشینید	۷۸
۰	۱	۲	۳	۴	احساس بی‌ارزش بودن	۷۹
۰	۱	۲	۳	۴	احساس بوقوع پیوستن اتفاق بد و نامطلوبی برایتان	۸۰
۰	۱	۲	۳	۴	احساس نیاز به فریاد زدن و یا اشیاء را پرتاب کردن	۸۱
۰	۱	۲	۳	۴	وحشت از اینکه در ملاً عام بیهوش بشوید	۸۲
۰	۱	۲	۳	۴	احساس اینکه اگر به مردم فرصت بدهید مورد سوء استفاده قرار گرفته می‌شوید	۸۳
۰	۱	۲	۳	۴	افکارات و تصورات جنسی برایتان نامطلوب جلوه می‌دهد	۸۴
۰	۱	۲	۳	۴	احساس اینکه باید برای گناهانت مجازات شوی!	۸۵
۰	۱	۲	۳	۴	افکار و تصورات وحشتناک	۸۶
۰	۱	۲	۳	۴	احساس داشتن عیب در بدن به طور جدی	۸۷
۰	۱	۲	۳	۴	تصور اینکه شما هیچ هنگام نمی‌توانید با شخص دیگری احساس تفاهم و نزدیکی داشته باشید.	۸۸
۰	۱	۲	۳	۴	احساس گناه و تقصیر	۸۹
۰	۱	۲	۳	۴	احساس و تصور اینکه فهم و شعورتان را از دست داده‌اید.	۹۰

## **B) Danksagung**

Bei meinem Doktorvater PD Dr. med. Ch. Haasen möchte ich mich aufrichtig für die freundliche Überlassung des Themas und für seine bereitwillige Hilfe und geduldige Betreuung bei der Durchführung dieser Arbeit bedanken.

Bei Dr. K. Maher und Frau Parvin möchte ich mich herzlich für die großartige Unterstützung in der Praxis und Ihrer Offenheit bedanken.

Auch den Patienten, die an dieser Arbeit mitgewirkt haben, möchte ich meinen Dank aussprechen.

Nicht zuletzt danke ich meinen Eltern, meinen beiden Brüdern und meinem Freund für Ihre moralische und technische Unterstützung und Ihren Beistand, die mir das Studium und diese Arbeit erst ermöglicht haben.

### C) Tabellarischer Lebenslauf

**Name:** Noushin Ali Akbar Foroutan

**Geburtsdatum:** 20.12.1973

**Geburtsort:** Teheran / Iran

**Schulbildung:** 1980 - 1986 Grundschule in Teheran  
1986 - 1989 Realschule Griesstraße in Hamburg  
1989 - 1994 Emil-Krause Gymnasium in Hamburg

**Berufsausbildung:** 1995 - 1998 Heilpraktiker-Fachschule in Hamburg

**Studium:** 1998 - 2004 Medizinstudium an der Universität Hamburg  
Ärztliche Vorprüfung, 07.09.2000  
Erste Staatsexamen, 28.08.2001  
Zweite Staatsexamen, 09.09.2003  
Dritte Staatsexamen, 13.12.2004

**Berufserfahrung** seit 03/2005 Assistenzärztin in Medizinisch-  
Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt

## **D) Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und das Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ich versichere, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.