

SEMINAR

Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens

Leid hat viele Gesichter

Jan Ilhan Kizilhan

Menschen aus verschiedenen Kulturen unterscheiden sich häufig in ihrem Schmerzerleben. Das betrifft sowohl die Art, wie Schmerzen ausgedrückt werden, als auch die Erklärungsmodelle der Patienten für ihre Beschwerden. Um den Betroffenen gerecht zu werden, ist bei Ärzten und Therapeuten ein kultursensibles Vorgehen gefragt.

— Infolge der zunehmenden Immigration von Menschen aus anderen Kulturen, in den letzten Jahren vor allem von Geflüchteten, haben Ärzte und Therapeuten die Erfahrung gemacht, dass beispielsweise Patienten aus dem Nahen

und Mittleren Osten häufiger über Schmerzzustände klagen als deutsche Patienten [1, 2]. Mögliche psychische Faktoren, die das Schmerzerleben bedingen könnten, wie beispielsweise Flucht, Krieg und Traumata, werden von den Betroffenen häufig verneint.

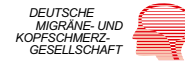
Lieber körperlich als psychisch krank

Die Psychotherapie ist in den traditionellen familienorientierten Gesellschaften noch nicht angekommen und wird als stigmatisierend erlebt. Es wird hier eher davon ausgegangen, dass allein durch Medikamente oder „Ruhe des Körpers“, z. B. im Bett liegen, die Schmerzen wieder zurückgehen. Medikamente oder sogar ein operativer Eingriff werden als die geeignete Behandlungsmethode erachtet [3].

Eine körperliche Erkrankung ist, im Gegensatz zu einer psychischen, „erlaubt“, weswegen sowohl körperliche als auch psychische Beschwerden über den Körper zum Ausdruck gebracht werden. Ob es sich tatsächlich um eine körperliche oder um eine psychische Erkrankung handelt, oder sogar um beides, ist zu Beginn der Untersuchung schwierig zu unterscheiden [3, 4]. Bei der Diagnostik wie auch bei der Beziehungsgestaltung und schließlich der gesamten Behandlung ist für diese Klientel eine kultursensible Vorgehensweise und das



Prof. Dr. Dr. Jan I. Kizilhan
Baden-Württemberg Co-operative State University,
Villingen-Schwenningen



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Section of the International Association for the Study of Pain (IASP)

Schmerztherapie in der Praxis
Regelmäßiger Sonderteil der MMW, betreut von der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) und der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Verantwortlich: Prof. Dr. med. A. Straube;
Prof. Dr. med. T. R. Tölle, beide München

Wissen über kulturelle Spezifika notwendig.

Kultur und Schmerz

Jede Kultur hat bei körperlichen Schmerzen spezifische Bewältigungsstrategien entwickelt, die ihren eigenen Werten und Normen entsprechen: So sollen sich z. B. die Iren bei Schmerzen eher zurückziehen, weil sie es als unfein betrachten, Schmerz zu äußern. Nordamerikaner suchen häufig so früh wie möglich den Arzt auf und schildern ihm die Beschwerden ohne emotionale Regung, damit er möglichst sofort eine rationale Behandlung einleiten kann. Südländer sollen Schmerzen laut und deutlich äußern, damit ihnen familiäre Anteilnahme zukomme. Philippinos fügen sich oft fatalistisch in ihr Schicksal [4].

Schmerzen als Zugang zu psychischen Beschwerden

Psychische Beschwerden äußern sich u. a. durch der kulturellen Prägung entsprechende, körperliche Beschwerden [3]. So berichten Nigerianer bei Angst und Depressionen über ein „Hitzegefühl“ im Kopf, „Wurmkriechen“ sowie „beißende Sensationen“ im ganzen Körper [4]. In psychiatrischen Kliniken in China wird über „Nervenschwäche“,



© MidoSemsan / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)

Tab. 1 Kulturspezifische Syndrome in familienorientierten Gesellschaften (mod. und erweitert nach Petersen 1995)

Beschwerde	Ätiologie	Beschwerdebild	Therapie	Assoziationen
Nabelfall	Schwer heben, in die Höhe springen, schwere Arbeit, schweres Leben, Stress	Bauch- und Magenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit	Bauch- und Rückenmassage, heiße Teller, Ziehen des Nabels an den richtigen Ort, anschließend Ruhe	Schweres Leben, Verlust der Mitte
Brennende Leber	Traurigkeit, Sorgen, schweres Leid	Leberschmerzen, Oberbauchschmerzen	Rezitationen aus dem Koran, Einnahme von Kräutern und Säften	Kummer, Trauer, Sehnsucht, Verlust oder Liebeskummer
Rückenschmerzen	Familiäre Konflikte, Sorgen, Rollenproblematik, schwere Arbeit	Stechende und ziehende Rückenschmerzen, kaum in der Lage, sich zu bewegen oder etwas zu heben und zu tragen	Massagen, wenig Bewegung und Ruhe	Halt, Sitz von Stärke und Ausdauer bei Männern, geschwächte „männliche Identität“ (Libidoverlust)
Wanderschmerzen/ „Windschmerzen“	Kummer, Sorgen, Konflikte, Sehnsucht	Müdigkeit, Schwäche, Antriebslosigkeit, jeden Tag befinden sich die Schmerzen an einer anderen Stelle des Körpers	Massage, Ruhe, keine Belastung	Wenig Akzeptanz in der Familie oder Gemeinde, schweres Leben
Beklemmungsgefühl	Kummer, Sorgen, Schuldgefühle, Sehnsucht, Ärger	Kopf- und Halsschmerzen, Engegefühl, Globus- und Erstickungsgefühl, Kurzatmigkeit	Hodcha, Arzt, Benutzung von „Schutzamuletten“	Ängste, Unsicherheit

einhergehend mit Müdigkeit, Kopfschmerz, Schwindel und gastrointestinalen Beschwerden, berichtet [5]. Viele Menschen aus Südamerika und dem Mittelmeerraum reagieren auf psychische Belastungen mit Kopf- und Muskelschmerzen, Hitzegefühlen und Kribbeln an den Füßen, Herzproblemen sowie Magenbeschwerden [6]. In einigen Teilen Indiens und des Mittleren Ostens werden rheumatische und rheumähnliche Schmerzen als „Windschmerzen“ bezeichnet. Berichtet wird aber auch von „Wanderschmerzen“, die jeden Tag in anderen Körperbereichen auftreten (s. auch Tab. 1).

Die Betroffenen sprechen über alle Beschwerden so, als seien sie rein körperlich, sie scheinen in einer archaischen Vorstellung von Krankheit verhaftet zu sein. Das subjektive Leiden kann über den Körper symbolisch mit Müdigkeit, Weinen, Laufen mit Gehhilfen etc. ausgedrückt werden. Die Patienten zeigen sich als gebrochene, schwache Menschen. In der Regel halten sie diese regressive und appellative Haltung konsequent durch, sodass sie auch in ihrem häuslichen Umfeld nicht mehr aktiv werden. Diese starke Fixierung auf Ganzkörperschmerzen, deren Ursache oft schwer zu eruieren ist, führt häufig

zu Schwierigkeiten bei der Diagnose und Behandlung [4].

Problematik bei der Diagnostik und Behandlung

Kulturelle Spezifika von Patienten aus traditionellen Kulturen sind deren Wissensdefizite, was die Anatomie und Funktionsweise des eigenen Körpers betrifft, sowie ihre Vorstellungen von Schmerzen und deren Ursachen (Magie, Fluch, Bestrafung etc.). Das Schmerzerleben beschränkt sich nicht auf einen Teil des Körpers, sondern wird auf den gesamten Körper bezogen wahrgenommen. Bereits bei der Erfassung der Schmerzproblematik, d. h. bei der Lokalisation, dem Einordnen der Qualität, des zeitlichen Musters und der Ursachen des Schmerzes, werden andere Angaben gemacht, als wir es von nordeuropäischen Patienten gewohnt sind [3]. So sehen z. B. türkischstämmige Patienten im Unterschied zu deutschen eher das Schicksal oder externe Umweltfaktoren als Ursache für ihre Erkrankung an. Einige Geflüchtete sind neben der Kriegstraumatisierung so verbittert, dass sie versuchen, die Verarbeitung der erlebten Ungerechtigkeit durch den körperlichen Schmerz, als eine Art Regression, zu vermeiden [3, 5]. Die Art und Weise, wie die

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

Kultursensibles Behandlungssetting

Eine psychologische Schmerztherapie zielt darauf ab, die Beeinträchtigung des Patienten zu mindern, was in der Regel zu einer Verringerung der subjektiven Schmerzstärke führt. Weil Patienten aus traditionellen Gesellschaften über ein auf die somatischen Einflussgrößen reduziertes Schmerzmodell und ein spezifisches Anatomieverständnis verfügen, muss das Behandlungssetting für sie etwas modifiziert werden. Einfache biomedizinische Annahmen, die noch aus der arabisch-griechischen Medizin der „Viersäftheorie“ entstammen, und magische Vorstellungen bestimmen beispielsweise zum Teil ihre Kausal- und Kontrollattributionen [6].

Passive Schonhaltung

Insgesamt scheint das Aktivitätsspektrum bei einer großen Zahl von Patienten aus traditionellen familienorientierten Gesellschaften erheblich einge-

Hier steht eine Anzeige.



schränkt zu sein, sodass ihr Leben nur noch um den Schmerz kreist; er wird zum Zentrum ihres Denkens und Verhaltens [7, 8]. Ihre Annahme, dass der Körper bei Schmerzen ruhen müsse, führt zu einer passiven Schonhaltung.

Den Handlungsspielraum auszuweiten, ist daher eine große Herausforderung, die notwendig ist, um die behavioralen (geringe Bewegung), emotionalen (Depressivität und Hilflosigkeit) und kognitiven (Einengung auf Schmerzen) Einschränkungen des Patienten aufzuheben. Das Vermeidungsverhalten abzubauen, hat bei der Behandlung somit hohe Priorität [9].

Besondere Beziehung zwischen Patient und Behandler

Durch die unterschiedliche Schmerzdarstellung, die passive Schonhaltung, sprachliche Probleme und mögliche ethnisch-kulturell bedingte Verhaltensweisen der Patienten ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung besonders bedeutsam. Bei Patienten aus familienorientierten Gesellschaften wird der Arzt (auch der klinische Psychologe wird als Arzt bzw. „Doktor“ gesehen) traditionell als väterlicher Freund der Familie verstanden [10]. Er stellt eine Autoritätsfigur dar, die einen aktiven, wissenden und beratenden Umgang mit dem Patienten und seiner Familie pflegt. Diese kulturelle Übertragung wird der Behandelnde annehmen müssen, wenn er die Patienten nicht erheblich verunsichern möchte.

Während bei einheimischen Patienten im Vordergrund steht, das eigene Potenzial zu mobilisieren, wird bei den oben erwähnten Patienten mehr Hilfe durch die Autorität erwartet und somit angeboten werden müssen, z. B. durch Medikation [5, 11]. Dies bedeutet aber auch, dass die behandelnde Person ein Bewusstsein für die eigenen kulturellen Vorstellungen von Gebundenheit entwickeln muss und aus dieser Position heraus in der Lage sein sollte, seine (Gegen-)Übertragungen (individuelle und gesellschaftliche Vorurteile und Stereotypen) auf den Patienten zu entaktualisieren, bevor diese in der Behandlung destruktiv wirken. Erst danach ist eine

Bereitschaft des Patienten, sein Verhalten auf psychischer und physischer Ebene zu ändern, möglich.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Edukation des Patienten, der unter Berücksichtigung seines Bildungsniveaus und seiner Sprachkenntnisse über den Zusammenhang von körperlichen und psychischen Prozessen und über Behandlungsmöglichkeiten informiert wird [11].

- **Literatur:** springermedizin.de/mmw
- **Title and Keywords:** Transcultural aspects of experiencing pain: What do I need to know?
Pain / pain perception / culture / migrants / perception of disease
- **Anschrift des Verfassers:**
Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan
Baden-Wuerttemberg Cooperative State University, Head of the Department of Mental Health and Addiction
D-78054 Villingen-Schwenningen
E-Mail: jan.kizilhan@dhbw-vs.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Kultursensibles Vorgehen bei der Behandlung von Schmerzpatienten aus anderen Kulturen ist indiziert,
 - wenn der Patient stark beeinträchtigt ist und medizinische Hilfe benötigt,
 - wenn in der Diagnostik psychologische Einflussfaktoren auf das Schmerzerleben und die Beschwerden festgestellt werden und
 - wenn herkömmliche Therapien aufgrund des unterschiedlichen Schmerzverständnisses nicht ausreichend wirken.
2. Wichtig ist, dass bei einer kultursensitiven Behandlung Schmerzmediziner und Psychotherapeuten mit anderen Berufsgruppen (Sporttherapeuten, Physiotherapeuten etc.) kooperieren und die kulturelle Prägung der Patienten ausreichend berücksichtigen.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Literatur

1. Kizilhan JI (2016) Schmerzdeutung. Schmerz 30: 346-351.
2. Heine P, Assion HJ (2005) Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: Assion J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Berlin, S 29–42
3. Kizilhan JI (2017) Patient form Middle East and the Impact of Culture on Psychological Pain-Treatment. Fibrom Open Access 2017, 2:1
4. Kirmayer LJ (2008) Culture and the Metaphoric Mediation of Pain. Transcultural Psychiatry 45:318-338
5. Lersener U, Kizilhan JI (2017) Lehrbuch der Transkulturellen Psychologie und Psychotherapie, Blaue Reihe des Hogrefe
6. Edigbo P (1986) A cross sectional study of somatic complaints of Nigerian females using the Enugu Somatization Scale. Cult Med Psychiatry 10:167– 186
7. Sleptsova M, Wössmer B, Langewitz W (2009) Migranten empfinden Schmerzen anders. Schweiz Med Forum 9 (17):319–321
8. Gatchel R, Peng Y, Peters M, Fuchs P, Turk D (2007) The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future direction. Psychological Bulletin 133:581-24
9. Schiltenswolf M, Pogatzki-Zahn EM. Schmerz. 2015 Oct;29(5):569-75
10. Machleidt W, Gül K (2010) Kulturelle und transkulturelle Psychotherapie – Tiefenpsychologische Behandlung. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier, München, S 401-413