

Aus der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin

DISSERTATION

Die Bedeutung früher Trennungsergebnisse  
im Hinblick auf psychogene Erkrankungen im Erwachsenenalter  
bei türkischen Patientinnen

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae ( Dr.med. )

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin

von

Dieter Schmidt

aus Leipzig

Gutachter/ in: 1. Priv.-Doz. Dr. med. W. Köpp  
2. Prof. Dr. med. A. Heinz  
3. Priv.-Doz. Dr. med. Y. Erim

Datum der Promotion: 19. November 2010

## EINLEITUNG

Anlass für die vorliegende Untersuchung war die Beobachtung, dass die gängigen Begründungen psychischer Erkrankungen von Migranten für die türkischen Patientinnen, die sich in der Ambulanz des Institutes für Psychotherapie e.V. Berlin im Zeitraum von 1997 bis 2006 zur Diagnostik vorgestellt hatten, im Erleben der Patientinnen nicht zutrafen. Entfremdungserlebnisse durch den Migrationsprozess, d.h. Trennung von Eltern und Geschwistern, häufiger Wechsel von Bezugspersonen, etc. wurden von den Patientinnen ebenso wenig vorrangig als krankheitsverursachend erlebt, wie etwa fremdenfeindliche Tendenzen der einheimischen Bevölkerung, deren Existenz andererseits nicht zu übersehen war.

Eine Durchsicht der klinisch orientierten Migrationsliteratur erschien für eine weitere Klärung insofern problematisch, als statistisch erfasste Risikofaktoren tendenziell mit Krankheitsursachen gleichgesetzt wurden, während gleichzeitig bedauert wurde, dass qualitative Daten im Hinblick auf eine tiefergehende Verallgemeinerung nicht vorlagen. Umgekehrt stellte sich die Situation für klinische Einzelfallstudien dar. Differenzierte psychologische Beobachtungen wurden in Ermangelung einer breiteren Datenbasis theoretisch-systematisierend generalisiert (Literatur s. u. S. 2 ff). Auch wenn in der Abfolge von Migrantengenerationen die aktuelle Situation zunehmend durch Integrationsprobleme der 3. Generation bestimmt ist, verspricht die Auswertung des Materials, selbst wo es von der demographischen Wirklichkeit überholt zu sein scheint, wissenswerte Erkenntnisse für die aktuelle klinische Praxis: Tiefgreifende sozio-kulturelle Veränderungen manifestieren sich oft erst als klinische Spätfolgen. Nicht zuletzt dienen die Ergebnisse der Arbeit aber auch der Darstellung der Situation einer bestimmten Zeitspanne in der demographischen Entwicklung Deutschlands, sei es, um die Ergebnisse einmal mit späterem Material vergleichen zu können, sei es, um besser vorbereitet zu sein für den Fall, dass es durch eine Aufnahme der Türkei in die EU (spätestens 2015) zu einem Einströmen einer großen Zahl von Migranten kommt, die z.Zt. das Gros der in den Randgebieten (Gececondus) der Großstädte lebenden, arbeitslosen Männern und Frauen im Alter von 20 – 40 Jahren ausmachen (2015 etwa 15 Millionen), und die in ähnlicher Weise noch traditionell gebunden sind, wie die Migranten der 1. und 2. Generation (Akkaya,C.et al.,1998; <http://www.hips.hacettepe.edu.tr>).

## GLOSSAR

Akkulturation	Kulturanpassung, soziologische, bzw. ethnologische Bezeichnung für das Hineinwachsen einer Person in ihre kulturelle Umwelt. Die Übernahme der Elemente einer fremden Kultur setzt eine Enkulturation voraus (Maehler et al. 2008, S. 32).
Assimilation	„Übernahme der sozialen Wertestandards, Orientierungen und Verhaltensmuster bis hin zu prinzipiellen Lebensinteressen und Wandel des Bewusstseins der Gruppenzugehörigkeit“ (Schrader 1976, S. 64) und setzt eine Akkulturation voraus.
Enkulturation	<i>Primäre soziale Fixierung</i> auf der Basis anthropologischer Vorgaben in der Herkunftskultur. „Emotionale Fundierung des Menschen innerhalb eines präverbalen Dialoges des Gebens und Nehmens“. Zunehmender „Einfluss des familiären (subkulturellen) Milieus führt zur Übernahme fundamentaler, kultureller Elemente und Grundlegung einer basalen Persönlichkeit“ (Schrader 1976, S. 65).  <i>Sekundäre soziale Fixierung</i> durch außerfamiliäre Instanzen (Schule, Beruf, peer-groups)
epigenetisch	In der Entwicklung nachfolgend/ hinzukommend
Es	Psychische Instanz, die den triebhaften Anteil der Psyche (z.B. Hunger, Sexualität) beinhaltet und als Bedürfnis und Affekt unsere Wahrnehmung und unser Handeln beeinflusst (Freud 1923, S. 239 ff.)
Ethnozentrismus	Ausschließliche Beurteilung und Bewertung anderer Kulturen aus Sicht der eigenen Kultur
Frühgenese	Frühes Stadium der psychischen Entwicklung
Integration	Gleichzeitige Bindung an die Kultur der Mehrheits- und der Minderheitsgesellschaft
Mentalisierung	Fähigkeit, Gedanken und Gefühle im Anderen und in der eigenen Person vorauszusetzen und zu erkennen, dass eine Verbindung zwischen diesen und der Außenwelt besteht. Diese Fähigkeit leistet „einen entscheidenden Beitrag zur Affektregulierung, Triebkontrolle, Selbstbeobachtung und dem Erleben von Selbstorganisation“ (Fonagy 2003, S. 175 ff.).
Metapher	Sprachliches Bild, das auf einer Ähnlichkeitsbeziehung zwischen zwei Gegenständen bzw. Begriffen beruht (Bußmann 2008, S. 434). D.h.: Beziehungsübertragung aufgrund gleicher oder ähnlicher Bedeutungsmerkmale.

Metonymie	Ersatz einer Benennung durch eine verwandte Bezeichnung (Bußmann, 2008, S. 436)
paranoid	Reaktiv-wahnhaft erlebnisverarbeitend
primordial	Ursprünglich, von Anfang an; d.h. erstes Auftreten einer späteren Erkrankung im Kindesalter („Krankheitsvorläufer“)
Projektion	Ein Abwehrmechanismus. Unbewusste Unterstellung, dass eigene Impulse, Affekte und Phantasien bei anderen vorliegen
Separation	Selbstgewählte Abgrenzung; hier: gegenüber den Werten der Aufnahmekultur
Segregation	Ausgrenzung; hier: durch die Mehrheitsgesellschaft
restriktiv	Merkmal einer Sprache, die einschränkende Aspekte (u.a. Verneinungen, Verbote, etc.) hinsichtlich der Aussagen ausdrückt (Bußmann, 2008, S. 586)
transgenerational	Generationen übergreifend
Transmission	Weitergabe
Über-ICH/ ICH-Ideal	Psychische Instanz, die alle erzieherisch vermittelten Normen und Werte beinhaltet (Freud 1923, S. 239 ff.)

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

a. k.	anderweitig klassifiziert
AP	Analytische Psychotherapie
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
D.I.E.	Devlet Istatistik Enstitüsü (Staatliches Statistikamt der Türkei)
DJI	Deutsches Jugendinstitut
D.P.T.	Devlet Planlama Teskilati (Staatliches Planungsamt der Türkei)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECCYD	Early Child Care and Youth Development
EMBU	„Egna Minnen Beträffando Uppfostra“ (Meine Erinnerung an die Kindheit)
FEE	Fragebogen zum erinnerten elterlichen Verhalten
ICD-10-1994	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision – (gültig ab 1994)
ICD-10-GM 2005	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Tenth Revision – German Modification (gültig ab 2005)
ISOPLAN	Institut für Entwicklungsforschung, Wirtschafts- und Sozialplanung GmbH
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
NICHD	National Institute of Child Health and Human Development
p (pp)	Seite(n)
psych.	psychisch
SASB	Structural Analysis of Social Behavior

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Stat. Jhrb.	Statistisches Jahrbuch
StBA	Statistisches Bundesamt (Wiesbaden)
Tab. / Tabb.	Tabelle/ Tabellen
TfP	Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie
TÜIK	Türkiye İstatistik Kurumu (Turkish Statistical Institute - Statistisches Landesamt der Türkei, Ankara - ehemals: Devlet İstatistik Enstitüsü D.İ.E.)
ubw.	unbewusst
vs.	versus („im Gegensatz zu“)
ZfTS	Zeitschrift für Türkeistudien

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>AUSGANGSLAGE UND FRAGESTELLUNG</b> .....	01
1.1	Ausgangslage.....	01
1.2	Fragestellung.....	04
<b>2.</b>	<b>SOZIOKULTURELLER HINTERGRUND UND THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN</b> .....	05
2.1	Soziokultureller Hintergrund .....	05
2.2	Theoretischer Bezugsrahmen .....	12
<b>3.</b>	<b>MATERIAL UND METHODIK</b> .....	29
3.1	Ablauf der Datenerhebung .....	29
3.2	Methodische Umsetzung und Datenvalidität .....	32
3.3	Erstellung eines Dokumentationsbogens .....	35
3.4	Statistik .....	36
<b>4.</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	40
4.1	Untersuchungskollektiv .....	40
4.2	Sozio-demographische Daten .....	42
4.3	Angaben zu den Herkunftsfamilien der Patientinnen .....	45
4.4	Migrationsspezifische Angaben und Trennungsergebnisse.....	47
4.5	Symptomatik .....	53
4.6	Aktuelle Erkrankungssituation .....	57
4.7	Transgenerationale Prozesse.....	62
<b>5.</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b> .....	71
5.1	Diskussion der Methodik und zum Untersuchungskollektiv.....	71
5.2	Diskussion der Ergebnisse.....	73
5.3	Sozialisationsvariablen und ihre Auswirkungen.....	83
5.4	Folgen der elterlichen Erziehungsvariablen für die Symptomatik .....	94
5.5	Copingstrategien .....	94
5.6	Symptomauslösende Konfliktdynamik aus Expertensicht .....	96
<b>6.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	98
<b>7.</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b> .....	99
<b>8.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	101
<b>9.</b>	<b>PERSÖNLICHE ANGABEN</b> .....	110

# 1. AUSGANGSLAGE UND FRAGESTELLUNG

## 1.1 Ausgangslage

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit richtet sich auf die Bedeutung frühgenetischer, migrationsbedingter Trennungserlebnisse für spätere psychische Erkrankungen. Dabei wird die Kenntnis der neueren europäischen und bundesrepublikanischen Migrationsgeschichte als Hintergrundwissen vorausgesetzt, da diese in allen einschlägigen Publikationen im Sinne einer Heranführung an das Thema ‚Migration‘\* jeweils breit entfaltet wird (Bade 1994, S. 21 ff., Collatz 1995, Esser 1980, Borde 2002, S. 25-29, Koch und Brähler 2008, S. 105).

Migrationsprozesse sind definitionsgemäß Ereignisse in einer zeitlichen, d.h. vertikalen Abfolge, die sich im jeweils aktuellen Moment horizontal abbilden. Da die erste Zeit nach Ankunft im Einwanderungsland als besonders ‚vulnerable‘ Phase betrachtet wird, sind Untersuchungen dazu überwiegend horizontal angelegt. Dabei werden Erkrankungen und die Zuordnung unterschiedlicher, statistischer Variablen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung insbesondere unter dem Aspekt eines erhöhten Erkrankungsrisikos betrachtet (Häfner et al. 1977, Cicek 1989, Köpp und Rohner 1993a, Hahn 2000).

Sozial-ökonomische und sozio-kulturelle Faktoren sind sicher gewichtige Rahmenbedingungen bei der Entstehung seelischer Erkrankungen, andererseits aber so unspezifisch, dass sie keinen tatsächlichen Einblick in psychopathogenetische Vorgänge ermöglichen. Insgesamt wird die Datenlage in dieser Hinsicht daher auch als schlecht bezeichnet. Es wird nicht nur das Fehlen von breit angelegten Prävalenz- und Inzidenzstudien beklagt (Möske et al. 2008, S. 181), sondern auch eine Beschränkung der Gesund-

---

\* Entwicklung der Migration in der BRD:

1961 Vereinbarung zwischen der BRD und der Türkei über die Anwerbung von Arbeitskräften (sog. ‚Gastarbeiter‘). 1964 Neufassung der Vereinbarung von 1961 mit Aufhebung der 2-jährigen Aufenthaltsbeschränkung. 1973 Anwerbestopp; Phase des ‚Familiennachzuges‘ (§17-23 Ausländergesetz). Aus Arbeitsmigranten bzw. ‚Pendelmigranten‘ mit Rückkehr in das Herkunftsland, wurden Migranten mit Daueraufenthalt und Einbürgerung. Neuregelung des Aufenthaltsgesetzes (§ 27-36) seit 1. Januar 2005 (Migrationsbericht / Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2005, S. 34) - ‚Kettenmigration‘ bezeichnet den Nachzug von Familienangehörigen. Mit dem Anwerbestopp endete der Gastarbeiterstatus mit unbeschränkter Zuzugs/ - und Rückkehrmöglichkeit. Neu Zuziehende bekamen einen Migrantenstatus.

heitsberichterstattung auf das Differenzierungsmerkmal der Staatsangehörigkeit (Weilandt et al. 2003). In neueren Arbeiten wird jedoch unter der Bezeichnung „türkischstämmig“ unabhängig von der Nationalität auf den Migrationshintergrund abgehoben (Erim 2009, S. 81).

Ein weiteres Forschungsdefizit wurde im Zusammenhang mit der ‚Gender‘-Forschung insofern deutlich, als bei statistischen Angaben über die Situation von Migranten\* in der Regel keine geschlechtsspezifischen Daten erfasst wurden (Koch 1995, Westphal 2000). Neuere Untersuchungen, die diesem Sachverhalt Rechnung tragen, richten sich entweder eher auf sozialmedizinische Aspekte der Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen (David 2001) bzw. deren Orientierung im Kontext soziokultureller Vielfalt (Borde 2002) oder grundsätzlich auf „Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund (BMFSFJ 2002, Bulut 2002, Tepper 2002).

Des Weiteren finden sich in zunehmender Zahl Aussagen zu psychischen Folgen des Migrationsprozesses basierend auf ambulanten Einzelfallstudien (Grinberg & Grinberg 1990; Günay & Haag 1990, Güc 1991, Kohte-Meyer 1993, Stoikopulou 2001, Gül et al. 2008). Der Darstellung der Krankheitsgenese liegt dabei überwiegend folgendes Erklärungsmuster zugrunde: Der Eintritt in den fremden Kulturraum führt aufgrund unvereinbarer Normen und Werte zu einer Identitätskrise mit einer tiefen Verunsicherung des Selbstgefühls und damit einhergehender ICH-Labilisierung (Erikson 1950, 1953). Ungünstige äußere Rahmenbedingungen, u.a. soziale und juristische Benachteiligung, Schichtzugehörigkeit, Sprachbarrieren, mangelhafte schulische und berufliche Ausbildung, sowie Fremdenfeindlichkeit der einheimischen Bevölkerung führen dann dazu, dass Konflikte teilweise nur durch eine psychische bzw. psycho-somatische Erkrankung zum Ausdruck gebracht werden können. In klinischer Hinsicht beziehen sich die Autoren auf Einzelfallberichte, die in Verbindung mit statistischen Erhebungen eine Krankheit verursachende Benachteiligung von Migranten in Deutschland belegen (z.B. Kremer und Spangenberg 1980; Koch 1995; von der Stein 2006).

---

\* Der Einfachheit halber wurde für die allgemeinen Bezeichnungen Patienten, bzw. Migranten, nur die männliche Form verwendet, außer wenn es sich, bezogen auf den empirischen Teil der Arbeit, explizit um Frauen handelt.

David (2001, S. 160) weist in einer Zusammenfassung verschiedener Modelle zur Erklärung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Migration und psychischen Belastungen bzw. Krankheiten zwar ebenfalls darauf hin, dass Migranten besonders deshalb gefährdet seien, weil lebensgeschichtlich erworbene Bewältigungsstrategien nicht mehr genügten oder neue Bewältigungsmöglichkeiten noch nicht erworben worden seien. Unter Bezug auf Hahn (2000) sowie Zeiler und Zarifoglu (1997) betont er weiter, dass das Verständnis psychischer und psycho-somatischer Erkrankungen eine „nähere Betrachtung des individuellen Akkulturationsprozesses“ voraussetzt und die Wichtigkeit personengebundener Merkmale nicht außer Acht gelassen werden dürfe. Er nennt hier insbesondere „vorbestehende psychische Erkrankungen, prägende Belastungserfahrungen vor der Migration, Bewältigungsverhalten, Erwartungshaltungen und Informiertheit vor der Migration“ (ebd. 2001, S. 163). Gleichzeitig räumt er aber ein, dass es dazu, abgesehen von Einzeldaten, keine gesicherten Daten größeren Umfanges gibt.

Auch Köpp und Rohner (1993b) wenden sich gegen eine „simple Ursachenzuordnung, was einen möglichen Zusammenhang von politisch-ökonomischen Verhältnissen und Erkrankungen betrifft“. Andererseits räumen sie ein, dass „Arbeitslosigkeit (...) mit anderen ungünstigen Faktoren interagieren kann. Es ist vorstellbar, dass bislang latent gebliebene Konflikte vor dem Hintergrund ökonomischer Veränderungen manifest werden“ (ebd. S. 59). Hierin stimmen sie mit Friessem (1986) und Tilli (1989) überein.

Neuere Arbeiten beziehen sich ebenfalls zunehmend auf die Darstellung und Bedeutung des ursprünglich kulturellen Kontextes türkischer Migranten (Erim und Senf 2002, Güc 2006, Kohte-Meyer 2006, Charlier 2006 und 2007; Özdoglar 2007). Dabei wird ein breites Spektrum sozio-kulturell potentiell relevanter Faktoren entfaltet, die quantitativ-empirisch jedoch noch nicht abgesichert sind. Kaum Beachtung finden jedoch aktuelle Ergebnisse der Bindungsforschung, die sich insbesondere mit den Folgen früher Störungen von Eltern-Kind-Interaktionen befasst (Bowlby 1984, Grossmann & Grossmann 2003).

## 1.2 Fragestellung

Zur weiteren Klärung dieser Sachverhalte richtet sich das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit daher auf das Zusammenwirken kulturspezifisch erworbener Erlebnisverarbeitungen im Zusammenhang mit migrationsbedingten Trennungseignissen, die eine spätere Integration erschweren bzw. Krankheit als Lösungsweg für Konflikte nahelegen könnten.

In den o.g. Arbeiten finden sich dazu im Wesentlichen folgende Hypothesen:

- 1) Postmigratorische Hypothese : Primär ursächlich für aktuelle Erkrankungen sind vielfältige und andauernde Benachteiligungen seitens des Aufnahmelandes (These A).
- 2) Migratorische Hypothese : Aktuelle Erkrankungen sind Spätfolgen von Traumatisierungen im Verlauf des Migrationsprozesses (These B).
- 3) Prämigratorische Hypothese : Psychische Erkrankungen bestanden bereits vor der Migration (These C).

Anhand einer sekundär-statistischen Analyse der Anamnesen von 86 türkischen Patientinnen, die in der Zeit von 1997 bis 2006 im Institut für Psychotherapie e.V. Berlin erhoben wurden, soll diesen Fragen nachgegangen werden. Da es dabei um den Einfluss kulturspezifischer und migrationsspezifischer Faktoren auf psychogenetische Entwicklungsprozesse geht, sei eine Betrachtung der ‚sozio-kulturellen Ausgangslage‘ zum Zeitpunkt der Migration für das Verständnis und die theoretische Einordnung psychopathologischer Befunde vorangestellt.

## **2. SOZIO-KULTURELLER HINTERGRUND UND THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN**

Der sozial-ökonomische und ideelle Hintergrund der Herkunftsfamilien bildet gleichsam die Matrix der Verortung theoretischer Kategorien für die Beschreibung der in ihnen ablaufenden Sozialisationsprozesse. In diesen Kategorien werden die auf die theoretische und empirische Forschung bezogenen Überlegungen hinsichtlich der Bedeutung früher Belastungsereignisse für psychogene Erkrankungen im Erwachsenenalter dargestellt.

Theoretischer Ausgangspunkt in dieser Arbeit sind die psychoanalytischen Grundannahmen über die Organisation des Psychischen im Prozeß seiner phasenweise ‚Ausreifung‘ in Verbindung mit den genetisch festgelegten, körperlichen Entwicklungsstufen vom Säugling zum Kleinkind.

Die zugrunde gelegten Theorien werden nicht im Sinne einer Hypothesenbildung im herkömmlichen Sinne verwandt, gleichwohl aber in ihren Grundzügen dargestellt, um die Entfaltung der eigenen theoretischen Kategorien vor dem Hintergrund des theoretischen und empirischen Forschungsstandes transparent zu machen und auch, um eine spätere Anschlussfähigkeit der eigenen empirischen Ergebnisse zu gewährleisten. Dabei geht es nicht um eine umfassende systematische Darstellung, sondern die Akzente werden durch das klinische Anliegen dieser Arbeit gesetzt. Das bedeutet auch, dass ergänzend Bezug zu Alternativtheorien genommen wird, soweit sie durch „identische Begriffe und gemeinsame Ausgangspunkte verbunden sind“ (Rapaport 1970, S. 13).

### **2.1 Sozio-kultureller Hintergrund**

Der überwiegende Teil der türkischen Bevölkerung versteht sich als Teil eines ethnisch-kulturellen Türkentums. Die größte ethnische Minderheit stellen nach offiziellen Angaben von 1974 die Kurden mit ca. 9,2 % dar (Kongar 1992, S. 382). Inoffizielle Schätzungen gehen jedoch von ca. 15 % aus (Kaya 1974, S. 127). Neben den Kurden bilden die Lazen der Schwarzmeerküste ebenfalls eine größere Minderheit neben

kleineren Gruppen von Armeniern und Griechen. Auch wenn die einzelnen Ethnien ihre eigenen Traditionen pflegen und an ihre Kinder weitergeben, so hat sich durch die Zugehörigkeit zum Islam über Jahrhunderte ein Wertesystem entwickelt, das für alle islamischen Gruppen bis in die Familien hinein verbindlich ist. Die ethnische Zugehörigkeit der Patientinnen wurde deshalb bei der vorliegenden Untersuchung nicht besonders berücksichtigt.

Um einen Einblick in die innerseelische Ausgangslage im Hinblick auf die Herausforderungen des Migrationsprozesses zu gewinnen, ist ein genaueres Wissen über die Stellung der Frau in der türkischen Gesellschaft und die damit einhergehenden Sozialisationserfahrungen bis zum Beginn der Migrationsphase 1973 wichtig.

Die weitgehende Übernahme des Schweizer Zivilgesetzbuches durch M. Kemal Atatürk 1926 führte in der Türkei zur rechtlichen Trennung von Religion und Staat und schaffte die Voraussetzung für die Durchsetzung einer demokratischen Verfassung. Die damit einhergehenden Reformen führten zu einer rechtlichen Gleichstellung von Mann und Frau und führten zu tiefen Einschnitten in das tradierte kulturelle Leben der Türkei. Diese Reformen\* veränderten in erster Linie das Leben einer politischen Elite und der Oberschicht in den Großstädten, vor allem in Ankara und einem Teil Istanbuls. „In den ländlichen Gebieten trafen die Neuerungen jedoch auf einen erbitterten Widerstand des islamischen Klerus, der die am Fortbestand des Feudalsystems interessierten Großgrundbesitzer gegen die Bodenreform (1937) unterstützte. Er setzte sich auch mit aller Macht gegen die Ablösung des arabischen Alphabets durch das lateinische, die Übersetzung des Korans ins Türkische, sowie die Abschaffung des Islam als Staatsreligion im Jahre 1928“ zur Wehr (Schröter u. Welzel 1979, S. 53). Während in den Provin-

---

\*

- Legitimierung der Ehe zwischen Muslimen und Nicht-Muslimen
- Anerkennung der Ziviltrauung als einzige Form der Ehe
- Seit 1934 aktives Wahlrecht für die Frau
- Abschaffung der Polygamie
- Festlegung eines Mindestheiratsalter
- Gleiches Recht für Frauen im Fall der Scheidung
- Gleiches Sorgerecht für Kinder
- Gleiches Erbrecht
- Seit 1936 Kopftuch/- Schleierverbot in allen öffentlichen Bereichen
- Einführung der allgemeinen Schulpflicht
- Verbot der existierenden Religionsschulen

Zu ein verstärktes Festhalten an den tradierten, islamischen Normen zu beobachten war, führte die zunehmende Industrialisierung mit dem ersten Wirtschaftsplan (1934-1938) zu beträchtlichen Wanderungsbewegungen aus den ländlichen Gebieten in die Industrieregionen (Istanbul, Izmir, Bursa, Adana). Eine zunehmende Verarmung vor allem der unteren Einkommensschichten in den Städten und in den ländlichen Gebieten führte dazu, dass eine sich bereits in Veränderung befindliche, traditionelle Großfamilie zunehmend ihre ökonomische Basis verlor, womit sich ein verstärkter Wandel von der Großfamilie zur Kleinfamilie vollzog. Die traditionellen Normen behielten in den Kleinstädten und ländlichen Gebieten jedoch weiterhin ungebrochen ihre Geltung (Steinhaus 1969, S. 117).

Ein entscheidender politischer Einschnitt war die Ablösung der Republikanischen Volkspartei Atatürks durch die Demokratische Partei im Jahr 1950. Es begann eine Re-Islamisierung: Wiedereinführung des traditionellen Islamunterrichts, Gründung einer Islamakademie zur Ausbildung von Vorbetern und Einrichtung eines Religionsministeriums. Besonders in den ländlichen Regionen machten sich Polygamie, „Imam-Ehe und das Tragen des Schleiers wieder breit. Frauen, die in den Großstädten lebten, gerieten im Verlauf dieser Entwicklung zunehmend in einen Rollenkonflikt zwischen Tradition und Islam einerseits, sowie liberalen Wertorientierungen andererseits“ (Onur 1995; Tan 1995, S. 70; Rieck 2003, S. 36).

Parallel zur Re-Islamisierung fand auch eine Ablösung des staatlichen Wirtschaftssektors mit Propagierung der „freien Marktwirtschaft“ statt. Durch die „Technisierung der Landwirtschaft und Automatisierung vor allem in der Fertigungsindustrie in den Jahren zwischen 1950 und 1960 wurden Arbeitskräfte freigesetzt, die in den übrigen Wirtschaftsbereichen nicht aufgenommen werden konnten. Die Folge war ein ständig zunehmender Anteil an Arbeitslosen, der bis 1972 ca. 4 Millionen erreichte“ und sich an der Peripherie der Großstädte, in den sog. ‚Gecekondus‘ (Armenviertel in den Randgebieten der Großstädte) ansammelte“ (ISOPLAN 1994, S. 8).

Diese Situation auf dem Arbeitsmarkt vor dem Hintergrund eines seiner Zeit ansteigenden Geburtenüberschusses begründete das Interesse der Türkei an Gastarbeiterabkommen, speziell mit Deutschland, das aufgrund seiner eigenen wirtschaftlichen Entwicklung einen enormen Arbeitskräftebedarf hatte. „1960 kamen die ersten ca.

2500 türkischen Arbeitsmigranten nach Deutschland“ (Länderberichte Türkei 1972, S. 58 ff., zit. bei Schröter u. Welzel 1979, S. 51 ff.).

Als Folge der bereits skizzierten politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Veränderungen in den Jahrzehnten 1940 - 1970 war es vielfach, wie bereits erwähnt, zu einer Auflösung und Neubildung von Familienstrukturen gekommen (Akpınar 1975, S. 21 ff.). Weil davon auszugehen ist, dass die genannten Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Sozialisationsprozesse der Patientinnen von Bedeutung waren, sollen die Wertorientierungen und Normen der traditionellen Großfamilie als der kleinsten traditionellen sozialen Einheit bzw. als „idealer polarer Typ“ (Timur 1993, S. 60) genauer dargestellt werden. Denn trotz aller einschneidender Veränderung in der Familienstruktur „bleiben Lebensrhythmus und Lebensgewohnheiten ‚wie eh und jeh‘ von der Religion“ und damit von traditionellen, islamischen Vorstellungen bestimmt (Sen 1986, S. 63 ff.). „Der Islam versteht sich als umfassende Lebensordnung, die alle Bereiche des Lebens regelt und keine Trennung in sakral und profan vorsieht“ (Ferchl 2006, S. 8).

Die Familienstruktur ist entscheidend durch das Verhältnis der Geschlechter zueinander mit einer vorherrschenden männlichen Dominanz geprägt. Diese wird hauptsächlich aus folgenden Stellen des Korans hergeleitet (Khoury 2005, S. 288):

- o Sure 2, Vers 228 : „...Und für die Frauen sollen nach Billigkeit gleiche Rechte gelten, wie auf ihnen auch die gleichen Verpflichtungen ruhen; **für die Männer aber gibt es eine Stufe über den Frauen** und Gott ist allgewaltig, allweise.“ (Koran 1964 S. 67 – Hervorhebung D.S.)
  
- o Sure 4, Vers 34 „Die Männer sind Beschützer der Frauen, weil Gott den männlichen Teil von ihnen durch Zuwachs von Körperkraft über den weiblichen Teil hervorgehoben hat, und weil sie ihr Gut (für sie) ausgeben. Die guten Frauen sind deshalb gehorsam und Beschützerinnen der Gemeinsamkeit in Abwesenheit des Mannes, weil Gott diese Gemeinsamkeit in Abwesenheit des Mannes beschützt haben will.  
**Und was diejenigen Frauen betrifft, deren Auflehnung ihr fürchtet, so ermahnt sie erst, dann, wenn sie nicht nachgeben, lasst sie allein in ihren Schlafstellen; wenn gar nichts hilft, dann züchtigt (wörtl.: schlägt) sie;** sollten sie aber euch nachgeben, so sucht nicht anderes gegen sie vorzubringen, Gott ist ja auch ein Hoher, ein Großer über euch und verzeiht“. (Koran 1964 S. 147). (Hervorhebungen D.S.).

Höll (1979, S. 68) zitiert Baidawi (gestorben 1316) als einen bis heute von den Sunniten hochgeschätzten Korankommentator, für den diese Verse „die absolute Überlegenheit

des Mannes über die Frau beweise(n)“. Aufgrund dieser Überlegenheit sei dem Mann das Prophetentum und die Führung vor Gericht und die Verpflichtung zum heiligen Krieg auferlegt worden. Dem Mann stehe auch das Privileg zu, den Stammesobmann zu wählen, ein größerer Anteil am Erbe und die Bevollmächtigung zur Scheidung.

Charlier (2007, S. 1119) weist auf die religiöse Fundierung der islamischen Erziehung hin und die geforderte Unterwerfung unter das patriarchalische Prinzip, was eine kollektive Identität fördere und keine individuellen Entfaltungsmöglichkeiten zulasse. Er betont weiter, dass „die Unterwerfung unter die religiöse Autorität“ zur „Unterwerfung des Knaben unter die väterliche Autorität“ führe. Durch den Ritus der Beschneidung erreiche der Sohn den Status der Männlichkeit und werde so – in direkter Abfolge – Teilhaber an der väterlichen Autorität gegenüber den weiblichen Mitgliedern der Familie.

Neben dieser spezifischen Vater-Sohn-Beziehung stellt die Beziehung zwischen Müttern und Söhnen eine zweite, intrafamiliäre ‚Machtachse‘ dar, die den Status der Töchter berührt. Mernissi (1987, zit. bei Kelek 2006, S. 167) betont, dass im Gegensatz zu den meisten Gesellschaften, in denen die Hochzeit es dem Sohn ermöglicht, sich von der Mutter zu lösen, in der „Tradition der islamischen Gesellschaft (...) durch das Ritual der Hochzeit (...) der Einfluss der Mutter auf den Sohn noch verstärkt wird. Mit der Hochzeit wird die Trennung zwischen Liebe und Sexualität im Leben des Mannes institutionalisiert; dadurch wird er gerade noch darin bestärkt, eine Frau zu lieben, mit der er keinen Geschlechtsverkehr haben kann: Seine Mutter.“ – Kelek folgert daraus, dass die angeheiratete Frau dagegen ein Leben lang die Fremde, *Gelin*, bleibe. Liebe könne sie von ihrem Ehemann keine erwarten. Die Liebe sei der Mutter und Allah vorbehalten. Liebe zwischen Mann und Frau sei nicht vorgesehen. „Diese Zweiteilung zieht sich wie ein Band durch Mohammeds Denken und durch die islamische Lehre“ (Kelek 2006, S.168\*). Schwiegertöchter nehmen den untersten Platz in der Machtpyra-

---

\* Ein sorgfältiges Studium der Originalquellen (u.a.: Koran Sure 4 , oder Sure 30, Vers 21), wo es unter Bezug auf die menschliche Schöpfungsgeschichte heißt : „und Er setzte zwischen euch Liebe und Mitleid.“ gibt eine derartige Interpretation zumindest für Mohammeds Denken nicht her. Kelek verallgemeinert hier m.E. einen Teil der türkischen Alltagserfahrung. - Auch Khoury (2005, S. 291) räumt eine „ziemliche Kluft zwischen den Angaben des Rechts (Regeln im Koran, D.S.) und der Alltagspraxis“ ein (s.a. Andrae 1960, Chebel 2007, Ibn Ishaq 1976).

amide ein und müssen sich ihre Achtung durch Gehorsam und Dienen erarbeiten. Nur durch die Geburt eines Sohnes rücke sie in der Rangfolge neben die Schwiegermutter, der sie dennoch aufgrund des Alters und des Generationenunterschiedes Achtung zu zollen habe.

Der Mann hat als Familienoberhaupt für die Ernährung der Familie und für ihren guten Ruf zu sorgen, wovon im Wesentlichen sein Ansehen in der Gesellschaft abhängt. Eine zentrale Bedeutung hat der Begriff der Ehre („Namus“), der hauptsächlich an die Jungfräulichkeit und damit Reinheit der Töchter gebunden ist. Eine Folge davon ist, dass eine Tendenz besteht, die Töchter möglichst früh zu verheiraten, in ländlichen Gegenden nicht zuletzt auch, um durch den Brautpreis in den Genuss einer finanziellen Verbesserung angesichts einer desolaten ökonomischen Lebenssituation zu kommen.

Da ungeachtet der vorherrschenden Familienform und ungeachtet des bestehenden Zivil- und Strafrechts islamische Normen- und Wertvorstellungen der traditionellen Großfamilie weiterhin die Rangfolge und das Verhältnis der Familienmitglieder zueinander bestimmen (Schirmacher und Spuler-Stegemann 2006, S. 13 ff.), bedeutet dies auch das Weiterbestehen islamischer Rechtsvorstellungen bis in die Familie hinein. Dieser Sachverhalt ist im Zusammenhang mit dem hier vorliegenden Forschungsvorhaben insofern von Bedeutung, als die Einhaltung kultureller Normen unabhängig vom bestehenden ‚offiziellen‘ Rechtssystem ‚subkulturell‘ durch tradierte Strafen und Maßnahmen durchgesetzt wird, die nicht nur hinsichtlich der Strafbegründung und des Strafmaßes, sondern auch hinsichtlich einer unterschiedlichen Behandlung von Frauen und Männern gekennzeichnet sind (Krawietz 1990, S. 57 ff., Schirmacher und Spuler-Stegemann, 2006, S. 15).

Die unterschiedlichen kulturellen Positionen finden ihren Niederschlag in den Erziehungszielen und Erziehungsstilen, sowie in ihrer Umsetzung in den familiären und nachfolgenden Sozialisationsprozessen. Die gegensätzlichen Positionen sollen im Folgenden noch einmal aufgeführt werden. Grundlagen sind einerseits das Nationale Bildungsgesetz (Nr. 1739) und andererseits die aus der Scharia und Sunna abgeleiteten „Strafen und Maßnahmen der Sicherung der Erziehung“ (El Baradie 1983; Rahim 1911; Tan 1995 ; Toprak 2004, S. 73 ff.; Yücel 1995, S. 20 ff.).

<b>Grundsätze des offiziellen türkischen und des traditionellen schariatischen Bildungswesens</b>		
	<b>Nationales Bildungswesen</b>	<b>Grundsätze der Scharia</b>
Rechtsgrundlage	<p>Internationale Menschenrechte:</p> <p>Jeder Mensch hat als Individuum Rechte gegenüber Staat und Gesellschaft unabhängig von ethnischer Herkunft, Kultur, Geschlecht oder Religion</p>	<p>Ablehnung des Konzepts der Menschenrechte durch die traditionelle, konservative Ulama (Gemeinschaft der Schriftgelehrten):</p> <p>Es gibt keine individuellen Rechte und Ansprüche gegenüber Staat und Gesellschaft. Die Gläubigen gehören zur islamischen Umma (Gemeinschaft) als ‚organische Glieder‘ und nicht als Individuen</p>
Normen und Werte	<p>werden innerhalb von Staat und Gesellschaft formuliert,</p> <p>Trennung von Staat und Religion</p>	<p>erfahren ihre einzige und letzte Begründung aus der Religion,</p> <p>Untrennbarkeit von Kultur und Religion</p>
Gesetzgebung	beruht auf der Souveränität des Staates	Gesetz der Scharia und des Korans sind unumstößlich und sind gegen menschliche Revision gefeit
Transgenerative Weitergabe von Normen und Werten über Ausbildung und Erziehung	<p>Nationales Bildungsgesetz (Nr. 1739) bildet die rechtliche Grundlage und formuliert die Prinzipien des türkischen Bildungswesens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeinheit und Gleichheit</li> <li>- Allgemeine Zugänglichkeit der Bildungsinstitutionen unabhängig von Religion, Sprache, Rasse und Geschlecht</li> <li>- Chancengleichheit für Frauen und Männer</li> <li>- Grundausbildung als Grundrecht eines jeden türkischen Staatsbürgers</li> <li>- Gemeinsamer Unterricht für Mädchen und Jungen in gemischten Klassen</li> <li>- Die Schulen sind einzig gemäß deren Ausbildungsart, Möglichkeiten und Schweregrad nach Mädchen und Jungen zu trennen</li> </ul>	<p>Ausbildung in Religionsschulen unter Anleitung islamischer Religionslehrer</p> <p>Betonung der göttlich bestimmten Dominanz des Mannes gegenüber der Frau mit entsprechenden Regelungen bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Straf-/ Zivilrecht</li> <li>- Ehe-/ Familien-/ Erbrecht</li> <li>- Religionsfreiheit</li> <li>- Strikte Trennung des öffentlichen Lebensbereichs (Männer) vom privaten, familiären Bereich (Frauen) mit getrenntem Zugang zu Bildungseinrichtungen aufgrund zugewiesener Rollenverteilung,</li> <li>- Trennung in den Moscheen (Frauenemporen)</li> <li>- Geschlechtsspezifische Erziehung in der Familie (verstärktes Bildungsgefälle zwischen Mann und Frau)</li> </ul>
Erziehungsziele	<p>Individualität und Autonomie aufgrund äußerer Entscheidungsmöglichkeit und innerer Entscheidungsfähigkeit</p> <p><u>Erziehungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung der Kreativität , Neugierverhalten</li> <li>- Rollenflexibilität/-ambiguität (s.u. S. 23 )</li> </ul> <p><u>Erziehungsstil:</u></p> <p>(tendenziell weniger autoritär, eher ermunternd) – Förderung von Eigenständigkeit )</p>	<p>Kollektivität und strikte Befolgung religiöser Pflichten unter Androhung körperlicher Strafen</p> <p><u>Erziehungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gehorsam gegenüber Anweisungen und Befehlen/ Respekt und Achtung vor Ranghöheren</li> <li>-<u>Jungen:</u> Leistungsbereitschaft, Verantwortungsbewußtsein, Nationalstolz</li> <li>-<u>Mädchen:</u> Gehorsam und Respekt gegenüber Ehemann, Rolle als Ehefrau</li> </ul> <p><u>Erziehungsstil:</u> (autoritär) – Ermahnen, Schimpfen, Beschämen, körperl. Züchtigung</p>

Tab. 1 : Grundzüge des offiziellen türkischen und des traditionellen, chariatischen Bildungswesens (D.S.)

## **2.2 Theoretischer Bezugsrahmen**

### **Psychoanalytische Persönlichkeitstheorien**

Die psychoanalytische Strukturtheorie (Freud, S. 1923, S. 239–289) ermöglicht, die ICH-Entstehung im Zusammenspiel von Trieben und von außen einwirkenden Faktoren in einem System dynamischer Kräfte zu beschreiben, indem diese den psychischen Instanzen ‚Es‘ und ‚Über-ICH/ ICH-Ideal‘ zugeordnet werden. In diesem Modell lassen sich seelische Vorgänge nicht nur hinsichtlich Richtung, Stärke und ihrer Dynamik, sondern auch hinsichtlich ihrer inneren Wahrnehmung im Ablauf psycho-genetischer Reifungsschritte beschreiben. Das ‚ICH‘ der psychoanalytischen Theorie meint nicht das „ICH“ im philosophischen oder auch anthropologischen Sinn. Das ‚ICH‘ im psychoanalytischen Sinne ist eine Instanz, eine Substruktur der Persönlichkeit, die durch ihre Funktionen definiert ist.

Werden im Verlauf der frühkindlichen Entwicklung bestimmte ICH-Funktionen übermäßig gefordert oder eingeschränkt, so kommt es entweder zu Fixierungen oder Regressionen. Fixierungen bedeuten, dass nur bestimmte ICH-Funktionen im weiteren Verlauf vorrangig zur Lebensbewältigung eingesetzt werden. Gelingt dies dann in Konfliktsituationen nicht mehr, kommt es entweder zu einer Symptombildung oder zu einem Rückgriff (Regression) auf früher erworbene ICH-Funktionen: Beide Vorgänge dienen dem Abbau einer unerträglichen inneren Spannung, sie stellen regressive Lösungswege dar und haben Symptomcharakter. Klinische Erfahrung stützen die Annahme, dass es in Konfliktsituationen zu einer Mobilisierung latenter Aggressionen kommt, die im Zuge der frühkindlichen Einschränkungen des ‚Lustprinzips‘ unter Androhung von Strafe unterdrückt bzw. verdrängt werden mussten. Sie sind für die inneren Spannungen verantwortlich. Dürfen sie aufgrund der im Über-ICH deponierten Verbote nicht ‚bewusstseinsoffiziell‘ werden, findet ihre Bindung über eine Symptombildung statt (s.u. S. 16). Die ursprünglichen Impulse unterliegen einem Verdrängungsvorgang, dessen Inhalt mittels verschiedener unbewusster Operationen, den sog. Abwehrmechanismen (Freud, A., S. 34 ff.), am Eintritt ins Bewusstsein gehindert wird. Störungen in den einzelnen Entwicklungsphasen führen zu spezifischen Beeinträchtigungen in den jeweils folgenden Phasen. Später erworbene ICH-Funktionen können

diese Störung überlagern, sowie ICH-Funktionen grundsätzlich eine kompensatorische Funktion im Persönlichkeitsaufbau haben können.

Je nachdem zu welchem Zeitpunkt der Entwicklung es zu Fixierungen mit entsprechender Verfestigung gekommen ist, resultiert eine phasenspezifische Ausprägung charakterlicher Merkmale in Gestalt einer schizoiden, einer depressiven (oralen), einer zwangsneurotischen (analen) oder einer hysterischen (,ödpalen') Struktur. Durch sie hindurch findet, wie durch ein Prisma, eine jeweils spezifische Erlebnisverarbeitung statt, ohne dass der Einzelne davon eine bewusste Wahrnehmung hat.

Konstitutionelle und genetische\* Faktoren als Teil der menschlichen Naturgeschichte spielen in der analytischen Theorie zwar eine zentrale Rolle, jedoch von Anfang an stets in einer Verschränkung mit der Sozialgeschichte über konflikthafte Auseinandersetzungen mit dem ,Realitätsprinzip'. Strukturbildend für die ICH-Funktionen sind dabei die bereits erwähnten Abwehrmechanismen, deren Funktion im Wesentlichen in der sozial geforderten Modulation der Triebwünsche und begleitender Affekte besteht. Eine weitere wichtige Funktion bei der Übernahme sozialer Erwartungen haben die Identifikationsprozesse (s.u. S. 17 u. Freud 1921, S. 115-121), die entweder in Anlehnung an positiv erlebte Beziehungspersonen, d.h. ,anaklitisch', oder unter Angst und Gefahr, d.h. als ,Identifikation mit dem Aggressor', erfolgen. Die Identifikationen als Teil der ICH-Funktionen werden ich-synton, d.h. als ihr genuiner Anteil, erlebt. Ihre Aufrechterhaltung wird unbewusst durch die normativ-moralische Funktion des Über-ICHs gewährleistet. Daneben werden auch sog. autonome ICH-Funktionen beschrieben, deren Entwicklung an Reifungsprozesse und nicht an psychosoziale Vorgänge gebunden sind (s.u. S. 15; ICH-psychologischer Ansatz von Hartmann).

### Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Theorie

Während in der klassischen, psychoanalytischen Theorie als zentrales Geschehen die Trieb-/Triebabwehrkonflikte im ICH mit Lösung der ödpalen Situation, dem Erreichen der Fähigkeit ,Dreier-Situationen' (trianguläre Konstellationen zwischen Kind und beiden Eltern) zu ertragen, betrachtet wird, hat sich mit dem Auftreten neuartiger Störungsbil-

---

\* hier : erbbiologisch gemeint.

der und weiter entwickelter therapeutischer Verfahren der Focus auf psychogenetisch frühere Störungsebenen gelegt. Schwerwiegende Beeinträchtigungen der Frühphase der psychischen Entwicklung führen dazu, dass ‚Zweierbeziehungen‘ (dyadische Konstellationen zwischen Kind und einem Elternteil) nur konflikthaft erlebt werden und für eine konfliktfreie Bewältigung triangulärer Situationen keine ausreichenden psychischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Charakteristisch für diese Strukturentwicklungen ist, dass widersprüchliche Wünsche und Impulse, sehnsuchtsvolles Begehren und Enttäuschungswut, Liebe und Hass nur schwer nebeneinander ertragen, und wenn, dann auch nur mit Hilfe einer Symptombildung integriert werden können. Es kommt entweder zu einer Spaltung von ‚gut‘ und ‚böse‘ im späteren Leben, u.a. erkennbar an einem plötzlichen Wechsel von absoluter Idealisierung zu hasserfüllter Ablehnung bei geringfügigen Irritationen, oder zu Fragmentierungen des Selbst mit diffusen Ängsten, in manchen Fällen auch zu körperlichen Symptomen. Aufgrund ihrer frühgenetischen Entstehungsbedingungen werden diese Störungsbilder unter dem Begriff ‚Frühstörungen‘ zusammengefasst. Zu ihnen zählen:

- die Borderline-Persönlichkeitsstörung, ein Krankheitsbild, das sich im Grenzbe- reich zwischen Neurose und Psychose bewegt, ohne jedoch eine echte psycho- tische Symptomatik zu entwickeln (Wahnbildung; paranoid-halluzinatorische Epi- soden; Katatonie; schizophrene Denk- und ICH-Störungen fehlen),
- die Narzisstische Persönlichkeitsstörung, bei der es zu einer kompensatorischen Selbstwertregulierung kommt,
- eine Strukturelle ICH-Störung mit brüchigen ICH-Funktionen, Labilisierung des ICH-Selbstgefüges und somatoformen Reaktionen.

Je nach Auffassung des psycho-pathologischen Geschehens und der aus ihm abge- leiteten Therapieformen haben sich diese unterschiedlichen Aspekte zu eigenen Theo- rien verfestigt, die im Folgenden lediglich zur Übersicht genannt sein sollen:

- Selbst-Objekt-psychologischer Ansatz (Kernberg, O. 1980, 1993; Rohde-Dachser, C. 1979, 1987; Kohut, H. 1971)

- Objektbeziehungstheoretischer Ansatz (Klein, M. 1997, Bion, W.R. 1962)
- Entwicklungspsychologischer Ansatz (Erikson, E. H. ,1950, Jacobson, E. 1973)
- ICH-psychologischer Ansatz (Hartman, H. 1960, 1964, 1972)

Hartmann, als ein Vertreter des ICH-psychologischen Ansatzes, kommt in seiner Untersuchung über die Entstehung von ICH-Funktionen zu dem Ergebnis, dass diese sich nicht in Gänze von Anfang an im Konflikt zwischen Triebverlangen und Realitätsprinzip entfalten. Er beschreibt Funktionen, die – vermittelt über die sensorische, d.h. physiologische Grundausstattung – unabhängig vom ES dem ICH zur Verfügung stehen. Im Zusammenhang mit diesen Funktionen, die somit nicht vom Trieb ableitbar sind, spricht Hartmann von einer ‚autonomen ICH-Entwicklung‘, bzw. von autonomen ‚ICH-Funktionen‘. Das bedeutet, dass sie einerseits zwar Teil der vermittelnden Funktion zwischen Es und Über-ICH sind, sie andererseits aber Anpassungsleistungen ausserhalb dieser Konfliktsphäre ermöglichen. Hartmann spricht von der Entwicklung einer ‚primären‘ zu einer ‚sekundären Autonomie‘ und meint damit die von Trieben unabhängige und phasenspezifische Entwicklung des ICHs. Hinsichtlich eines strukturellen Zusammenhanges von Kindheits- und Erwachsenenneurose verlangt dies eine Trennung von phasenspezifischen ‚Funktionsveränderungen des ICHs‘ und genetischer Aspekte späterer Konflikte. Im Hinblick auf die Übernahme von Werteordnungen spricht Hartmann von „synthetischen Faktoren, die teils dem Über-ICH, vor allem aber dem ICH“ mit seinen konfliktfreien Regulationen angehören (1960, S. 63). Diese Werteordnungen können alternativ zu der Aufrichtung eines allzu strengen Über-ICHs eine Organisation der Aufgaben und Lösungsmittel darstellen, die dem Kind einen Weg eröffnen, „in einer zweckmäßigen Form mit seinen libidinösen und aggressiven Triebregungen fertig zu werden“ (ebd. S. 64). Hartmann nimmt dabei vergleichend Bezug auf Max Webers Theorie zweckrationalen und wertrationalen Handelns (1980, S. 70 ff.), die eine Verbindung zu dem ‚Habitusbegriff‘ Bourdieus (1976), als *soziogenetischer Kategorie*, ermöglicht. Dieser Zusammenhang soll im Teil 5 der Arbeit noch einmal aufgegriffen werden.

Mit der Grundannahme, dass Störungen im Erwachsenenalter auf Dispositionen in der frühen Kindheit zurückgehen und entwicklungsbedingt sind, bestehen verschiedene psychoanalytische Modelle der Symptomentstehung:

### „Verdrängungs“-Modell

Dieses Modell entspricht der Entstehung neurotischer Störungsbilder. Eine aktuelle Ver- suchungs- und/ oder Versagungssituation reaktiviert einen unbewussten infantilen Kon- flikt, der über eine Entstehung von Angst bestimmte Abwehrmechanismen in Gang setzt und schließlich im Symptom eine vorübergehende Lösung findet (sog. primärer Krank- heitsgewinn). Die Bindung der inneren Spannung stellt einen Selbstheilungsversuch dar. Soweit ein Patient an dieser Beeinträchtigung leidet und zu einer inneren Aus- einandersetzung um mögliche unbewusste Konflikte bereit ist, steht er unter einem ‚primären Leidensdruck‘. Bietet das Symptom jedoch angenehme Vergünstigungen, Entlastung von Alltagsproblemen, Zuwendung durch Ärzte, soziale Dienste, Fami- lienangehörige, etc. entsteht eine Tendenz, diese Situation aufrecht zu erhalten. Der Leidensdruck richtet sich nun nicht mehr primär gegen das ursprüngliche Symptom, sondern als sog. ‚sekundärer Leidensdruck‘ gegen den drohenden Verzicht auf diese Vergünstigungen.

### „Frühstörungen“-Modell

Dieses Modell nimmt seinen Ausgang von frühen Traumatisierungen und/ oder De- privationen, in deren Folge es durch Spaltungsprozesse und Verinnerlichung von Teilobjektrepräsentanzen (‚gut‘ vs. ‚schlecht‘) zu einer tiefgreifenden Störung der psy- chischen Struktur kommt. Die Folgen sind eine mangelnde Ambivalenztoleranz und Schwäche der Affektsteuerung. Es handelt sich in diesen Fällen um sog. strukturelle Störungen, zu denen die o.g. Frühstörungen und die Antisoziale Störung (i.S. chronifi- zierter, sozialer Fehlhaltungen) gezählt werden.

### Psychoanalytisch-psychosomatische Modelle

Diese Modelle stützen sich auf die klinische Erfahrung, dass innerseelische Konflikte nicht nur eine psychische Verarbeitung finden, sondern gleichzeitig oder auch nur vorwiegend zu somatischen Störungen führen. Je nach Organisationsniveau des ICH- Selbstgefüges erfolgt die Spannungsverarbeitung bei relativ intakten ICH-Funk- tionen als neurotisches Symptom. In Verbindung mit massiven Regressionsvorgängen des

ICHs kann es jedoch zu unkontrollierten Resomatisierungen körperlicher Funktionen kommen (Klussmann 1998, S. 6 ff.).

### Identifikatorische Konfliktabwehr

Ein weiterer zentraler Mechanismus der Bewältigung innerer Spannungen ist der bereits genannte Vorgang der Identifikation (s.o. S. 12). Angesichts realer oder übermächtig erlebter Gewalt dient insbesondere die ‚Identifikation mit dem Aggressor‘ der Überwindung des Gefühls von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Identifikatorische Unterwerfung unter die verlangten Ziele und Vorstellungen, sowie deren bedingungslose Übernahme, bilden eine Möglichkeit, die anfängliche, narzisstische Kränkung in narzisstische Befriedigung zu verwandeln. Destruktivität des Täters und Selbstdestruktion des Opfers gehen im Prozess der Identifikation gleichsam ineinander auf und werden schließlich von beiden in ihrer aggressiven Destruktivität nicht mehr wahrgenommen. Die Kenntnis dieser Zusammenhänge ist für die Analyse neurotischer Sozialisationsprozesse von Bedeutung, in denen institutionalisierte Gewalt als ‚kulturelle Norm‘ nicht thematisiert wird.

### ‚Coping‘-Strategien

Während sich Abwehrmechanismen gegen bedrohliche Triebimpulse und Affekte richten, um die Funktionsfähigkeit des ICHs, seine Affekt und Selbstwertregulation aufrecht zu erhalten, sind sog. ‚Coping‘-Strategien primär auf die Bewältigung von Realitätsanforderungen gerichtet. Battegay (1989, S. 224) zitiert Lazarus (1966), der ‚Coping‘ in diesem Sinn definiert hat. Sie dienen dem Abbau von emotionalen und kognitiven Spannungen. Battegay sieht in ihnen u.a. den Versuch, bei langandauernder, psycho-sozialer Belastung die narzisstische Homöostase aufrecht zu erhalten. Da es sich um gleichsam automatisierte Reiz-Reaktionsmuster handelt, die ihren Ursprung primär nicht in einem Trieb/- Triebabwehrkonflikt haben, leitet er ihre ICH-Funktionen aus der „konfliktfreien Sphäre“ Hartmanns ab (s.o. S. 15), auch wenn die Coping-Strategien persönlichkeitsstrukturelle Ausprägungen zeigen. Porsch unterscheidet zwischen handlungs-, emotions- und kognitionsbezogenen ‚Coping-Strategien‘ (2007, S. 16).

## Schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen

Es handelt sich um Reaktionen auf außergewöhnlich belastende Lebensereignisse, die akut oder kontinuierlich einwirken, die primär ausschlaggebende Kausalfaktoren darstellen und ohne deren Einwirkung die Störung nicht entstanden wäre (ICD-10, 1994, Bd. I, S. 356 ff., ICD-10-GM 2005).

## Sprache und soziales Handeln

Sprache ist ‚Gegenstands-konstitutiv‘ in den Dimensionen von Raum (‚ICH-DU‘-Relation) und Zeit (Formen der Gegenwart, Zukunft und Vergangenheit). Ihre soziale Funktion hat die Sprachwissenschaftler seit der ersten Hälfte des 20. Jh. mit Aufkommen des Strukturalismus (Saussure 2001) besonders beschäftigt.

Grinberg & Grinberg (1990, S. 113 ff.) haben auf die besondere Funktion der Sprache im Zusammenhang mit der Migration hingewiesen: „Die Merkmale der Sprache enthalten eine bestimmte *Weltanschauung*, die die Art und Weise, wie wir die Realität wahrnehmen, bestimmt. Die Sprache ‚erzeugt‘ das Bild, das wir uns von der Realität machen, und zwingt es uns gleichzeitig auf“. Unter Bezug auf Schaff (1969) handele es sich bei der Sprache „um eines der traditionellsten Element der Kultur“ (ebd. 1990, S. 113).

Die Vertreter des ‚Symbolischen Interaktionismus‘ gehen davon aus, dass Identitätsbildungen immer nur im Rahmen von Beziehungen und Interaktionen des gesellschaftlichen Lebens erfolgen.

Für Mead (1948) erhalten alle Gegenstände, Lebewesen und Verhaltensweisen erst durch gemeinsame Interpretationen, vermittelt durch Symbole, eine soziale Bedeutung. Die Verständigung ist an sozial anerkannte Symbole, Sprache, Gestik und Mimik gebunden.

Für Habermas (1966, S. 58) gilt, dass sich soziales Handeln überhaupt erst unter Bedingungen sprachlicher Kommunikation bildet.

Goffman (1963, S. 2 f.) unterscheidet zwischen einer

- personalen Identität, die die Einzigartigkeit eines Menschen vor dem Hintergrund seiner persönlichen Biographie meint,

und einer

- sozialen Identität. Diese beinhaltet alle normativen Erwartungen, die von außen an das Individuum gerichtet werden, und die es zu erfüllen hat. (ebd. S. 51 ff. und S. 105)

Individualität basiert daher auf einem Zusammenspiel beider Arten von Identität, d.h. einerseits die Erwartungen zu erfüllen, andererseits sich gleichzeitig dazu distanzierend in Beziehung zu setzen, um einen eigenen Standpunkt einnehmen zu können. Dies gilt sowohl in der Begegnung mit Anderen, als auch hinsichtlich unterschiedlicher Ebenen, in die ein Gesellschaftssystem gegliedert ist. Regeln legen zwar fest, was für eine soziale Rolle wichtig ist, sie lassen auch einen gewissen Interpretationsraum zu. Dieser ist jedoch bei einem starren Normensystem eingeengt, so dass keine Eigeninterpretationen möglich sind.

Für Krappmann (2005, S. 133) sind zwei Grundqualifikationen sozialen Handelns für die Ausgestaltung sozialer Rollen von Bedeutung:

- Rollendistanz meint die Fähigkeit, Rollenerwartungen zu übernehmen, sie zu überprüfen, sie teilweise zu verändern ohne die Rolle ganz aufzugeben.
- Ambiguitätstoleranz meint die Fähigkeit, Widersprüche und unterschiedliche Rollenerwartungen, die sich gleichzeitig ergeben können, zu ertragen.

Die Vermittlung dieser Grundqualifikationen sozialen Handelns werden über subkulturell geprägte Erziehungsstile und Inhalte an die nachfolgende Generation weitergegeben.

Im Gegensatz zum Symbolischen Interaktionismus, bei dem es um symbolisch vermittelte Sinnzusammenhänge und damit um Bewusstseinsakte geht, ist beim ‚linguistischen Ansatz‘ Intersubjektivität mit den grammatischen Regeln symbolgesteuerter Interaktionen gegeben. „Die Regeln, nach denen Lebenswelten strukturiert sind, werden (...) sprachanalytisch greifbar in den Regeln von Kommunikationsprozessen. Soziale Handlungen können (so) in der gleichen Weise analysiert werden, wie die internen Beziehungen zwischen Symbolen“ (Habermas 1966, S. 124 f.).

Im Prozess des Spracherwerbs findet in Form begrifflicher Symbolisierung die Transformation von der soziologischen auf die psychologische Ebene statt. Als Erklärungsmodell eignet sich die linguistische Theorie von Chomsky (Grinberg & Grinberg 1990; Bußmann 2008, S. 241-245):

Er unterscheidet zwischen

- „grammatical competence“, als einem abstrakten, linguistischen Regelsystem, und
- „grammatical performance“, dem konkreten Sprachgebrauch. Sprachliche Symbole werden erst in der Ordnung dieses Regelsystems verstehbar.

Oevermann begreift diese Regeln „als sozial eingespielte Strategien (...), die mit den Strukturbedingungen von Sozialbedingungen und institutionalisierten Rollenerwartungen variieren“. Er sieht einen Zusammenhang zwischen ‚competence‘ und ‚performance‘, und damit einen „soziologischen Zugang zur Erklärung schicht-spezifischer Differenzen im sprachlichen Ausdruck“ (1970, S. 39).

Angewandt auf das normativ-sozialstrukturelle Verhältnis von Subkulturen und übergreifender Gesamtkultur bedeutet dies, dass ‚competence‘ und ‚performance‘ stärker durch Tradition und Eigenarten von Subkulturen bestimmt sind. Dies würde über eine jeweils subkulturell geprägte, symbolische Repräsentanz von Sozialbeziehungen die Bedingungen einer milieuspezifischen Sozialisation erklären (Oevermann 1970).

## Psychoanalytischer Symbolbegriff

Auf psychologischer Ebene findet die Verinnerlichung von Eigenschaften und Traditionen von Anfang an in einem leiblichen Prozess der Bedürfnisbefriedigung im sozialen Zusammenspiel der frühen Kindheit statt. Diesem Prozess entspricht die Bildung innerer, symbolischer Repräsentanzen, die sich mit zunehmendem Spracherwerb in einem Prozess der Mentalisierung zu ganzheitlichen Objekt- und Selbstrepräsentanzen vervollständigen.

Lorenzer (1970, S. 107 ff.) weist auf die besondere Beziehung von symbolischer Repräsentanz und dem Mechanismus der Verdrängung hin, der einen Ausschluss aus dem Bewussten bewirkt. Dies bedeutet eine Desymbolisierung, die ihrerseits einer eingegengten Erlebnisverarbeitung entspricht (Kohte-Meyer 1999, S. 71-97).

Die getrennte Berücksichtigung des soziolinguistischen und des psychodynamischen Aspekts der inneren Symbolbildung ist insofern von Bedeutung, als es sich bei der Verdrängung um einen ehemals bewussten, im anderen Fall, um einen ‚habituell‘, aufgrund subkultureller Alltagspraxis nicht Vorhandenen, damit bisher noch nicht bewusst erlebten, ‚mentalisierten‘ Inhalt handelt, was behandlungstechnisch von bedeutender Relevanz ist.

## Internalisierung und psychosoziale Belastbarkeit

Die Weitergabe kultureller Normen findet transgenerational in Sozialisationsprozessen auf unterschiedlichen, gesellschaftlichen Ebenen und ‚alltagspraktisch‘ über Erziehungsstile und Erziehungspraktiken der Eltern statt. Ziel ist die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, um die nachfolgende Generation auf ihre Aufgaben im Erwachsenenleben vorzubereiten. Gleichzeitig geht es auch um eine motivational-emotionale Vorbereitung auf die Übernahme kultureller Werte und Pflichten. Die gelingende Verbindung beider Sozialisationsanforderungen ist die Voraussetzung für die Entwicklung einer tragfähigen Identität. Damit ist unter Bezug auf Erikson der soziale Bezug des ICHs gemeint, d.h. die Fähigkeit, bei der Bewältigung der Lebensaufgaben

ein psychosoziales Gleichgewicht zu bewahren. Diese ICH-Qualität ist weder angeboren noch beständig, sondern muss immer wieder neu, von einer Generation zur nächsten, erlangt werden. Das Bewusstsein des eigenen ICHs, seine persönliche Identität, erwirbt das Kind durch Internalisierungsprozesse im Verlauf seiner Entwicklung (Erikson 1953, S. 147). Je nach sozial-ökonomischer und kultureller Zugehörigkeit beinhaltet die persönliche Identität verschiedene Teilaspekte, die sich auf die Familie, auf das unmittelbare soziale Umfeld (Dorf, Kleinstadt, Stadtviertel) mit seinen sozialisierenden Einrichtungen (verwandtschaftliche und nachbarschaftliche Beziehungen, Schule, Arbeitsstätten), oder auch auf übergreifende, staatlich-nationale oder religiöse Einflüsse beziehen.

Während Internalisierung als soziologische Kategorie ganz generell die Übernahme kultureller Normen und Werte unter dem Aspekt von Rollen- und Verhaltenserwartungen meint, stellt dieser Begriff als psychologische Kategorie einen Oberbegriff für unterschiedliche Verinnerlichungsprozesse je nach Stadium der Ich-Entwicklung dar. Im klassischen, psycho-analytischen Strukturmodell bezieht er sich auf die Übernahme von elterlichen Identifizierungsangeboten im Zusammenhang mit den Bewältigungsmustern der ödipalen Phase. In ihr sind die Prozesse der Identifizierung und verschiedene Abwehrvorgänge für die Bildung und Verfestigung der Substrukturen (ÜBER-ICH und ICH) wirksam. Von zentraler Bedeutung für den Aufbau von Charakterzügen ist dabei der Abwehrmechanismus der Reaktionsbildung als mächtigste Form der Triebregulierung anzusehen (Freud, A., S. 11). Dabei wird eine ‚verpönte‘ Triebregung durch eine gegenteilige Regung unterdrückt (z.B. Entwicklung einer besonderen Friedfertigkeit als permanente Abwehr einer unterdrückten Aggression).

Hoffmann und Trimborn haben 1979 eine systematische Analyse der Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung psychischer Substrukturen vorgelegt. Sie bringen psychologische Substrukturen mit unterschiedlichen Teilaspekten elterlicher Identifizierungsangebote in Verbindung. Sie sehen das Selbstwertgefühl als Koeffizient der einzelnen Identifizierungserlebnisse an (ebd. S. 145).

<b><u>Modus</u></b>	<b><u>Identifizierungsangebot</u></b>	<b><u>Identifizierungserlebnis</u></b>	<b><u>Psych. Substruktur</u></b>
normativ	„Wir müssen/ Du musst so sein“	„So muss ich sein“	Über-ICH
final	„So wollen wir, so sollst Du werden“	„So will ich sein (werden)“	ICH-Ideal
Selbstbild bezogen	„Ich bin so, wie die Eltern sich (mich) sehen“	„So bin ich“	ICH-Anteil (Identität, Selbstwahrnehmung)
operativ	„So machen wir es/ so kannst Du es machen“	„So kann ich es machen“ „Ich kann etwas machen“ „So mache ich es“	ICH-Anteile (Funktionalität, Problemlösung, Ego skills)
kognitiv	„So kannst Du es sehen/ so sehen wir es“	„So sehe ich es“	ICH-Anteile (Kognition, Problemlösung, Ego skills)

Tab.2: Sozialisationsvariablen und psychische Strukturbildung (Hoffmann und Trimborn, 1979:145)

Die Autoren betonen, dass es ihnen um die Strukturentwicklung im Modell der klassischen psychoanalytischen Theorie als Folge von Triebentwicklungen und den damit verbundenen Abwehrvorgängen „(der) Entwicklung von Objektbeziehungen und (den) daraus resultierenden Affekte(n)“ (ebd. S. 146) geht. Die Übernahme sozialer Rollen ist an die gelingende Auseinandersetzung mit den elterlichen Identifikationsangeboten der ödipalen Phase gebunden, was dann wiederum eine Voraussetzung für eine weitere Entwicklung von ICH-Reifung und ICH-Stärke und damit einer psycho-sozialen Belastbarkeit ist. Die Differenzierung in operative und kognitive Aspekte des Identifikationsangebotes ermöglicht einen methodischen Anschluss an Schule und berufliche Ausbildungsinstitutionen, an die sog. ‚sekundären Sozialisationsagenturen‘. Sie umfasst auch den Erwerb von Sprache. Sprache ist durch die Bedeutung ihrer Begriffe und durch die Ordnungsfunktion hinsichtlich der Wahrnehmungsstruktur ‚gegenstands-konstitutiv‘ (s.o. S. 18). Sie eröffnet, bzw. limitiert somit Wahrnehmungs- und Erfahrungsbereiche und ist die Voraussetzung für eine Mentalisierung des Erlebens in allen seinen Bereichen. Dies bezieht sich sowohl auf das Ausmaß einer intrakulturellen Durchlässigkeit, als auch auf das Gelingen interkultureller Anpassungsprozesse.

Die ödipale Konstellation ist triangulär. Während sie für die Vertreter der klassischen Triebtheorie, wie bereits dargestellt (s. S. 13 ff.) als die entscheidende psycho-dynamische Konflikt-, bzw. Störungsebene betrachtet wird, sehen Vertreter neuerer psychoanalytischer Theorien die frühe dyadische Beziehung zwischen Mutter und Kind als zentrale Störungsebene für Internalisierungsprozesse an (s.o. S. 13 ff.). Für die Frühformen einer leibnahen Verinnerlichung mütterlicher Teilaspekte finden wir bei Jacobson (1977) daher den Begriff der Inkorporation als eine Vorform der Internalisierung. Je nach weiterer Ausreifung der ICH-Funktionen werden komplexere ‚Teil-Aspekt-Verinnerlichungen‘ als Introjektionen bezeichnet. Identifizierungen stellen schließlich die reifste Form der Verinnerlichung bzw. Internalisierung, dar und sind die Grundlage einer stabilen ICH-Identität.

Während Hoffmann und Trimborn die Verinnerlichung sozio-kultureller Gegebenheiten auf der Ebene einer metapsychologischen Begriffsbildung analysieren, untersuchen Holden und Edwards (1989) und besonders Perris et al. (1994, zit. bei Albani et al. 2002, S. 164) die Qualität elterlichen Erziehungsverhaltens als ätiopathogenetischen

Kategorien	Skalen
1. Ablehnung und Strafe	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feindseligkeit</li> <li>➤ Herabsetzende Kritik</li> <li>➤ Strenge und Bestrafung</li> </ul>
2. Emotionale Wärme	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufmerksamkeit</li> <li>➤ Liebevoll lobende Unterstützung</li> <li>➤ Tröstend (ohne zu starke Einmischung)</li> </ul>
3. Überbehütung	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einmischendes, übermäßig emotional teilnehmendes Verhalten</li> <li>➤ Schuldzuweisende Kontrolle</li> <li>➤ Hohe Leistungserwartung</li> </ul>

Tab.3: Elterliches Erziehungsverhalten als Vulnerabilitätsfaktoren (D.S.)

Faktor unter Einbeziehung der frühen, dyadischen Mutter-Kind-Beziehung. Gestützt auf eine breit angelegte Untersuchung hatte Perris, auch im transkulturellen Vergleich, Ab-

lehnung, emotionale Wärme und Überbehütung als besonders wirksame „Vulnerabilitätsfaktoren“ gefunden. Schumacher et al. (1999 und 2000) übernahmen seinen Untersuchungsansatz und entwickelten mit einem ‚Fragebogen zum erinnerten elterlichen Verhalten‘ (FEE\*) eine deutsche Kurzform seines Untersuchungsbogens EMBU\*\* mit einer Differenzierung von drei Kategorien (s.o. S. 24, Tab. 3).

Bereits seit Ende der 60-er Jahre gibt es im deutschsprachigen Raum klinisch orientierte Veröffentlichungen bezüglich der Auswirkung des elterlichen Erziehungsverhaltens auf die frühkindliche Entwicklung. Eine Sichtung entsprechender Arbeiten von Hau (1968), Dührssen (1984), Tress (1986), Richter et al. (1990) zeigt, dass diese Autoren mit der Beachtung von emotionaler Zuwendung, Körperkontakt, Rollen/- und Leistungserwartung zu den gleichen, pathogenetisch relevanten Kategorien gekommen waren.

Eine besondere Rolle bei der Durchsetzung von Erziehungszielen spielen unterschiedliche Formen elterlicher Gewalt (s.o.S. 11). Brockhaus Multimedia 2003\*\*\* definiert in diesem Zusammenhang ganz allgemein Gewalt als „die Anwendung von physischem oder psychischen Zwang gegenüber Menschen“ und unterscheidet zwischen einer positiven und einer negativen Form von Gewalt:

- Die positive Form von Gewalt betrifft ein kulturell legitimes Durchsetzungsvermögen in Macht- und Herrschaftsbeziehungen als legitimes Zwangsmittel zur Sicherung von Recht und Ordnung“ (lat.: potestas = Amtsgewalt).
- Die negative Form von Gewalt betrifft die „rohe, gegen Sitte und Recht verstoßende Einwirkung auf Personen“ als unrechtmäßiges Mittel zur Durchsetzung von Herrschaft gegen den Willen des Opfers“ (lat.: violentia = Gewalttätigkeit, Unterwerfung).

---

\* Schumacher, J., Eisemann, M., Brähler, E. (1999:194 – 204): FEE = „Fragebogen zum erinnerten elterlichen Verhalten“.

\*\* EMBU: „Egna Minnen Beträffando Uppfostra“ (schwedisch: „Meine Erinnerung an die (zur) Kindheit“, zit. bei Albani et al. 2002-164.

\*\*\* <http://www.gewalt-online.de/der-gewaltbegriff>

Gewalt tritt auf in Form persönlicher, körperlicher oder verbaler Gewalt oder als dauernder Zustand indirekter, verdeckter Gewalt, z.B. auch als Anwendung von Zwang in Form gesellschaftlicher oder institutioneller, kulturell gebilligter Ordnungsgewalt, sog. ‚struktureller Gewalt‘.

Gewalt i.S. von ‚violentia‘ ist Äußerungsform von Aggression, die unter einem allgemeinen, einem psychologischen oder einem völkerrechtlichen Gesichtspunkt definiert wird (Brockhaus Multimedia 2003):

- Allgemein wird unter Aggression ein körperliches oder sprachliches Angriffsverhalten gegenüber Sachen oder Lebewesen aufgrund eines angeborenen Triebes, als Folge von Frustrationen oder Lernen am Modell verstanden.
- Die psychologische Definition bezieht sich auf ein affektbedingtes Angriffsverhalten aufgrund eines Aggressionstriebes, als Folge von Frustrationen oder als Ausdruck einer milieubedingten Verhaltensprägung.
- Im völkerrechtlichen Sinn wird Aggression als „manifestes Verhalten, dessen Ziel die körperliche oder bloß symbolische Schädigung oder Verletzung einer anderen Person, eines Tieres oder auch einer Sache (...)“ist, definiert.

Toprak (2004, S. 91) betont in diesem Zusammenhang, dass „die Reichweite psychischer Gewalt (...) sehr unterschätzt oder überhaupt nicht wahrgenommen“ wird. Er zitiert Lamnek (1997, S. 232), der darauf hinweist, dass bei der psychischen „Gewalt (Drohung, Nötigung) (...) die intersubjektive Prüfung erschwert“ sei, da die „Einschätzung als psychische Gewalt von der subjektiven Wahrnehmung“ abhängt. In Gesellschaften mit subkulturell unterschiedlichen Wertsystemen kann ein- und dieselbe Form von Gewalt daher je nach Zugehörigkeit des Betroffenen entweder als kulturell legitimierte Normalität oder als ungerechtfertigte Gewalttätigkeit erlebt werden.

Bei der vorliegenden Untersuchung wurden sowohl das erinnerte, elterliche Erziehungsverhalten als auch ein gegenseitiges, partnerschaftliches Verhalten der Patientinnen und ihrer Eltern unter psychologischem Aspekt einer erlebten Gewalttätigkeit geordnet. Dabei wurde nicht von dem gelegentlichen Vorkommen eines Gewaltmerkmals ausgegangen, sondern von einem die Beziehungssituation dauerhaft prägenden Zustand, wie er sich im Erleben der Patientinnen widerspiegelte (s.u. S. 27, Tab. 4):

<b>Beziehungsverhalten</b>			
<b>Keine Gewalttätigkeit</b>		<b>Erlebte Gewalttätigkeit</b>	
<b>Liebevoll/förderlich</b>	<b>Neutral/funktional</b>	<b>Restriktiv (einengend)</b>	<b>Schlagend (misshandelnd)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotionale Wärme</li> <li>- zärtlicher Körperkontakt</li> <li>- Aufmerksame, unterstützende Zuwendung</li> <li>- Lobende Kritik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versorgung in den Grundlebensbedürfnissen</li> <li>- Keine emotionale oder körperliche Nähe</li> <li>- Geringgradige Aufmerksamkeit zuwendung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine körperliche Gewalt, jedoch ständig Androhung von Gewalt bzw. Strafen</li> <li>- Nötigung</li> <li>- Beleidigungen</li> <li>- Beschimpfungen</li> <li>- Herabsetzende Kritik</li> <li>- Kontaktverbote</li> <li>- Dominanz (herrsüchtig, jähzornig, unberechenbar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Formen körperlicher Gewalt (Schlagen, Einengung der Bewegungsfreiheit)</li> <li>- Gewaltanwendung mit Todesfolge (Ehrenmord)</li> </ul>

Tab. 4 : Merkmale elterlichen, bzw. gegenseitigen, partnerschaftlichen Beziehungsverhaltens (D.S.).

Während die verursachenden Erziehungsfaktoren transkulturell ähnlich, d.h. universal zu sein scheinen, ist die psychosoziale Verarbeitung ihrer Auswirkungen abhängig von ihrer jeweiligen normativ-kulturellen Einbettung. Individuationsorientierte Gesellschaften, die ihre kulturellen Standards in die Individuen in Form von ÜBER-ICH und ICH-Ideal-Bildungen verlagern, zeigen u.U. andere Verarbeitungswege pathogener Belastungen als kollektiv ausgerichtete Gesellschaften, die die psychischen Folgen ihrer Sozialisationsformen externalisieren und ihren Mitgliedern bei Identifikation mit den ihnen zugeordneten, gesellschaftlichen Rollen – gleichsam automatisch – narzisstische Befriedigungen gewähren. Eine Unterscheidung von Abwehrmechanismen, die sich nach Innen gegen Triebabkömmlinge, unerwünschte Affekte oder Phantasien, und Anpassungsmechanismen, die sich nach Außen auf sozial-kulturelle Anforderungen richten, haben einen unterschiedlichen Einfluss auf die ICH-Entwicklung, auch wenn sie beide auf eine ICH-Einschränkung hinauslaufen.

Die Übernahme sozialer Rollen auf der Basis von Trieb/-Triebabwehrprozessen und deren Frühformen erfolgt über den Weg der Sublimierung. Sie bedeutet bezüglich der Triebregungen einen Wechsel des Triebobjekts und des Triebziels. Die Befriedigung findet dadurch in sozial gewünschter, d.h. konfliktfreier Form an einem Ersatzobjekt statt. Hartmann (1960) hatte auf die Möglichkeit der Anpassung mittels autonomer ICH-Funktionen hingewiesen, die die Übernahme sozialer Anforderungen ermöglichen, ohne durch Es/Über-ICH Konflikte beeinträchtigt zu sein (s.o. S. 15). Psychogenetisch früh beginnende Imitationen und Ritualisierungen sind daher neben Identifizierungen und Abwehroperationen am Aufbau psychischer Substrukturen beteiligt und führen zu einer Veränderung der ICH-Struktur, die ihrerseits einen jeweils kulturspezifischen Verlauf von Triebkonflikten und Affektmodulationen im Zusammenhang mit lebensgeschichtlichen Reifungsschritten bewirkt. ICH-Modifikationen auf der Basis von Anpassungsmechanismen sind ich-synton, wirken autonom, aber energiesparend hinsichtlich eines psychischen Aufwands (Elias 1980, S. 320 ff.) und lassen sich auf soziologischer Ebene mit dem Begriff des ‚kollektiven Habitus‘ (Bourdieu 1976, S. 446 und 1987, S. 98 f.) beschreiben.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgen „Vertreter konstruktivistischer Wahrnehmungstheorien“ (Pally 1997), „kognitiver und neurobiologischer Gedächtnistheorien, die von der Modularität des menschlichen Gedächtnisses ausgehen (Squire 1994; Clyman 1992; Sandler u. Sandler 1997; etc.)“ und Vertreter von „zeitgenössischen emotions-psychologischen Theorien“, die „emotionale und motivationale Handlungsregulierung differenzierter“ erfassen (Mertens, 2004, S. 28).

Unterschiedliche Sozialisationsmuster stellen unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten für Konflikte bereit. Gelingende Reifungsschritte über Prozesse der Inkorporation, Introjektion, identifikatorischer Übernahme (Internalisierung) kultureller Identifikationsangebote und adaptiver Anpassungsmechanismen sind die Basis einer tragfähigen ICH-Identität und bestimmen in Verbindung mit den Möglichkeiten zur Rollendistanz und Rollenambiguität den Grad psycho-sozialer Belastbarkeit.

### **3. MATERIAL UND METHODIK**

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf eine inhaltsanalytische Auswertung von insgesamt 86 Anamnesen türkischer Patientinnen, die in der Zeit von 1997 bis 2006 in der Vermittlungsstelle des Instituts für Psychotherapie e.V. Berlin erhoben wurden. Dabei handelt es sich um eine Gesamterfassung.

Das Institut ist aufgrund seines spezialisierten Angebotes ‚überbezirklich‘ in das ambulante, psychotherapeutische Versorgungsnetz Berlins eingebunden. Bis 2002 befand sich das Institut in Berlin-Dahlem in unmittelbarer Nachbarschaft zur U-Bahnstation Podbielskiallee. Durch den Umzug nach Berlin-Lichterfelde waren die Zugangsbedingungen durch den Wegfall einer zentralen U-Bahnlinie nicht nur zeitaufwendiger, sondern durch Bus/- S-Bahnverbindung auch komplizierter geworden.

#### **3.1 Ablauf der Datenerhebung** (entsprechend üblichem Untersuchungsgang)

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung sind aus Anamnesenberichten mittels Textanalyse gewonnene Daten. Diese Primärdaten setzen sich zusammen aus:

- Stammdaten (Alter, Herkunft, Wohnort, schulischer/ beruflicher Werdegang, Personenstand, Angaben über Eltern, Geschwister, Kinder, Partner, Schwiegereltern, biographisch objektiv verändernde Einschnitte, etc.),
- Sozialmedizinischen Daten (Zugangsmodus zur Therapieeinrichtung; Organmedizinische und psychische Vorgeschichte; Therapievermittlung),
- Eigenschilderungen der Patientinnen hinsichtlich ihrer Beschwerden, deren vermuteter Ursachen, und hinsichtlich ihrer Lebenskonflikte,
- Beziehungserleben der Patientinnen in ihren unterschiedlichen Entwicklungsphasen (Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter),
- Begleitendes Erleben der Anamnestiker,
- ‚Expertenmeinungen‘ hinsichtlich Symptomatologie, Pathodynamik, Diagnose, Indikation und Prognose.

Auf einem Anmeldeformular wurden über die Chip-Karte die persönlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum) und der Kostenträger eingegeben, sowie eine Chiffre-Nummer zur Verschlüsselung der Patientenakte angelegt. Sodann wurden die Patientinnen gebeten, auf diesem Formular Angaben zu ihrer Tätigkeit, früheren psychotherapeutischen Behandlungen, bereits erfolgten Vorgesprächen, aktuellen Krankheitsbefunden, Medikamenteneinnahmen, u.U. einer noch ausstehenden Diagnostik, früheren stationären Behandlungen und Angaben hinsichtlich ihrer Überweisung zu machen.

Es folgten eine psychiatrisch orientierte Eingangsuntersuchung. Sie diene neben der Erfassung einer möglicherweise vorliegenden psychiatrischen Störung auch der Erhebung eines aktuellen, psycho-pathologischen Befundes hinsichtlich Bewusstsein, Orientierung, Mnestic, Wahrnehmung, Denken, Antrieb, Affekt, Ängsten, Suizidalität und neurologischer Auffälligkeiten. Es wurden sodann die Angaben des Anmeldeformulars besprochen und u.U. ergänzt.

An die psychiatrische Eingangsuntersuchung schlossen sich zwei, gelegentlich auch drei biographische, tiefenpsychologisch erweiterte Anamnesengespräche an. Die Erhebung dieser Daten folgt methodisch sowohl einem biographischen, als auch einem szenisch verstehenden Modus: Sie beginnt mit einem freien Interview. Der Patient wird gebeten, möglichst spontan den Grund seines Kommens, seine Beschwerden, seine eigenen Erklärungen über deren mögliche Ursachen, sowie aktuelle oder zurückliegende Konflikte, soweit sie für ihn bedeutungsvoll waren, mitzuteilen. Während der Anamnestiker die für den Patienten wichtigen Daten schriftlich festhält, versucht er gleichzeitig über die szenische Gestaltung der Mitteilungen einen ersten Aufschluss über die emotionalen und sprachlich-intellektuellen Möglichkeiten, das Reflexionsvermögen und die Übertragungsmuster des Patienten zu gewinnen. Je nach Verlauf und ‚Ergiebigkeit‘ geht das Gespräch dann in ein halbstrukturiertes Interview über, ohne dass dessen Ablauf strikt festgelegt ist. Dabei wird der Patient nunmehr genauer über Stationen seiner Lebensgeschichte, sowohl hinsichtlich objektiver Daten, als auch seines Erlebens, befragt. Dies soll helfen, einen Einblick in die je spezifischen ‚alltagsweltlichen‘ Sinnkonstruktionen und kommunikativen Regelsysteme (Bohnsack 1991, S. 24) als Voraussetzung für ein Fremdverstehen zu gewinnen. Gleichzeitig versucht der Anamnestiker, über die Beobachtung begleitender Empfindungen und innerer Bilder seine eigene psycho-soziale und normative Verortungen zu registrieren.

Inhalt und Verlauf der Erstgespräche werden vom Anamnestiker abschließend in freier Berichtsform und unter Zuordnung zu folgenden Themenbereichen festgehalten:

- Symptomatik und Beschwerdeerleben des Patienten,
- belastende Konfliktsituationen,
- aktuelle Lebenssituation,
- Familiengeschichte,
- Kindheit,
- schulischer und beruflicher Werdegang,
- Partnerschaften,
- Sexualität,
- Erwartungen an die Psychotherapie,
- ‚begleitendes‘ Erleben des Anamnestikers.

Die ausführliche Dokumentation dieses Untersuchungsabschnittes unter sozio-gene-tischen Gesichtspunkten ohne hypothesengeleitete Einengung des Materials bildete die Voraussetzung für eine weiterführende, ‚sekundär-statistische‘ Untersuchung (Thome, Wagner 1975, S. 98), auch wenn die mitgeteilten Daten bereits in der Phase der Erhebung unter diagnostischen Gesichtspunkten gewertet und durch Fragen ergänzt wurden.

Erst jetzt, im Anschluss an eine ausführliche Dokumentation, erfolgte eine theorie-geleitete Reduktion des Materials im Hinblick auf eine kausalgenetische Klärung des Zusammenhangs von Symptomatik, innerseelischer Dynamik, Lebensgeschichte und aktueller Konfliktsituation, sowie eine Indikationsstellung und prognostische Einschätzung. Es erfolgte eine Einordnung der Befunde, sowohl nach der internationalen statistischen Klassifikation (ICD 10, ICD-10-GM 2005\*), als auch unter Anwendung psychoanalytischer Kategorien.

In einem letzten Abschnitt wurden die bisherigen Daten durch einen ‚Zweitsichter‘ gegengesichtet, das Ergebnis mit dem Patienten besprochen und auf einem Leitblatt für die Patientenakte vermerkt.

---

\* International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision 2005, German Modification

## **3.2 Methodische Umsetzung und Datenvalidität**

Die methodische Umsetzung des Forschungsanliegens erfolgte durch die Anwendung sowohl eines qualitativen, als auch eines quantitativen Ansatzes. In einem ersten Untersuchungsabschnitt ging es um eine qualitative, sozio-genetisch orientierte Auswertung der Primärdaten. In einem zweiten Arbeitsschritt erfolgte die Anwendung eines quantitativ-statistischen Ansatzes. Bei der Interpretation der Ergebnisse schließlich wurden sowohl qualitative, als auch quantitative Aspekte berücksichtigt.

Eine Vergleichbarkeit der Daten war durch eine Kontinuität der Diagnostik über den gesamten Erhebungszeitraum gegeben, da es sich bei der Zusammensetzung des Klientels nicht um eine Stichprobe, sondern um eine Gesamterfassung aller Fälle handelte, die den Kriterien ‚weiblich‘ und ‚türkisch‘ entsprachen. Sedlacek (2004, S. 425) kam aufgrund einer Untersuchung von 752 Anamnese aus einem Gesamtpool von knapp über 5.000 Fällen des Institutes aus den Jahren 1988 bis 1999 zu dem Ergebnis, dass bezüglich der Zweitsichter „ein zeitstabiles, individuelles Beurteilungsmuster zu belegen war.“ Da sich auch zwischen 1999 und 2006 für das Institut keine grundlegenden Veränderungen in theoretischer und praktischer Ausrichtung ergaben, konnte man davon ausgehen, dass sich auch in dieser Zeit keine wesentlichen Veränderungen in der Datenerhebung und Beurteilung ergeben hatten.

### **Datenvalidität**

Alle psychiatrischen Untersucher und ‚Zweitsichter‘ waren langjährig tätige Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen. Bei den Anamnestikern handelte es sich um Ärzte und Psychologen in einem fortgeschrittenen Stadium der psychoanalytischen Weiterbildung.

#### **Externe Validität (Daten der Anamnesengespräche)**

Freischwebende Aufmerksamkeit, freie Assoziation, die Beachtung der Übertragung latenter, bzw. regressiver Beziehungsstrukturen und eigene Gegenübertragungswahrnehmungen des Anamnestikers sind als Grundelemente der psychoanalytischen Methode

konstitutiver Teil des freien Interviews im ersten Abschnitt der Anamnese. Dabei müssen Patient und Anamnestiker sich vergewissern, dass sie sich über Sinn und Bedeutung gleicher Sachverhalte verständigen. Tress (1985, S. 385 ff.) spricht in diesem Zusammenhang von einer „kommunikativen Validität“, Busch (2001, S. 204) von einer „externen Validität“, weil es sich um eine Tiefenhermeneutik auf der Ebene „realitätshaltiger Alltagssituationen“ handelt. Die Erfassung objektiv-biographischer Daten im weiteren Verlauf der Anamnese ermöglicht sodann nicht nur eine „soziologische Einbettung“ der Konfliktdynamik, sondern ist auch eine „entscheidende Gewährleistung eines sozialen Forschungsansatzes (ebd. S. 213).

### Interne Validität (Zweitsicht)

Die Zweitsicht durch einen an der Datenerhebung unbeteiligten Experten (Supervisor) dient der ausreichenden Sicherung der psychoanalytischen Aussagen und Interpretationen. Busch spricht hier von einer „internen Validität“. Diese sei gesichert durch die Kontextabhängigkeit des Untersuchers, seiner praktischen Teilhabe am szenischen Verstehen. Die Auswertungsphase selbst ist ebenfalls hermeneutisches Feld. Wissenschaftstheoretisches Kriterium für gültige, sozial-wissenschaftliche Erkenntnis, so Busch, sei die „Intersubjektivität der Forschergemeinschaft, (...) die Nachvollziehbarkeit der Interpretation (...), Feststellung der Strukturübereinstimmung der untersuchten Alltagssituation, (sowie eine) Konsensbildung über die Stimmigkeit der Interpretation“ (Busch 2001, S. 204).

### Erstellung eines Belastungsprofils

Die Klärung patho-dynamischer Vorgänge im Zusammenhang mit dem Migrationsgeschehen setzt eine Abgrenzung der einzelnen Belastungsfaktoren voraus.

Der Begriff der Belastung lässt sich veranschaulichen anhand seiner Anwendung im Bereich der Arbeitsphysiologie im Zusammenhang mit der Beurteilung von objektiver Belastung und subjektiver Beanspruchbarkeit (Rohmert 1975, S. 15/16). Eine Belastung bekommt ihre Bedeutung immer erst in Bezug auf die Beanspruchbarkeit, bzw. Belastungsfähigkeit des Objekts, auf das sie einwirkt. Übertragen auf die Analyse seel-

ischer Belastungen bedeutet dies, dass es hinsichtlich einer symptomauslösenden Belastungssituation

- um die Erfassung äußerer , objektiver' Belastungsfaktoren , sowie
- um die Abschätzung einer innerseelischen Beanspruchbarkeit (Belastungsfähigkeit , d.h. psychodynamische Konstellation, Niveau der ICH-Funktionen, etc.) geht.

Das Beurteilungskriterium für das Maß der Belastung ergibt sich aus dem Zusammenwirken von Schwere einer Belastung und Dauer ihrer Einwirkung. Dabei kann es sich um akute, schwere Belastungen von kurzer Dauer bis hin zu einer kumulativen Langzeiteinwirkung milder Belastungen handeln.

Ein weiteres Kriterium ist die diagnostische Einschätzung der subjektiven Bedeutung einer Belastung im Hinblick auf die inneren Bewältigungsmöglichkeiten auf Seiten des Patienten. Diese Einschätzung stützt sich auf dessen subjektiven Äußerungen zu den symptomauslösenden Situationen (Krankheitsbeschwerden, Klagen, Selbstwertgefühle), sowie auf die Befunde der biographisch-tiefenpsychologisch erweiterten Anamnese und deren Auswertung.

Die methodische Herausforderung bestand in einer möglichst genauen Erfassung objektiver Belastungen und einer Quantifizierung der Beurteilung ihrer subjektiven Auswirkungen mittels eines Dokumentationsbogens.

Zum Einen erforderte dies eine Abgrenzung der Belastungen nach verschiedenen Lebensbereichen: Kindheit, Familie, Eltern, Migrationsgeschehen, Schule, Beruf, finanziellen Probleme, etc. Zum Zweiten eine zeitliche und quantitative Erfassung der Belastungssituationen hinsichtlich Ereignisart, Belastungsalter, psycho-sozialer und psycho-vegetativer Auswirkungen und des Belastungswertes der auslösenden Situationen in Bezug auf eine mögliche Kumulierung mehrerer Belastungssituationen. Zum Dritten war die Erfassung organmedizinischer Vorbehandlungen i.S. prädisponierender Faktoren von Bedeutung.

## **Zuverlässigkeit von Patientenangaben**

Patientenangaben hinsichtlich Art und Schwere der Belastung reichten zu einer tiefenpsychologischen Beurteilung nicht aus. Manifeste, wenig belastende Beschwerden aufgrund geringer Konflikte konnten z.B. im Widerspruch zu gleichzeitig bestehenden, schwerwiegenden, latenten Konflikten stehen. Pathologische Befunde werden zudem als solche auch nicht erlebt, wenn sie Teil einer umgebenden, kollektiven ‚Soziopathie‘ sind. Deshalb wurden die Einschätzungen der Patientinnen zu den Erkrankungsursachen jeweils retrospektiv durch eine Fremdeinschätzung (Expertenmeinung) ergänzt.

Ein weiteres Problem ergab sich aus der Tatsache, dass Angaben der Patienten zu wichtigen Ereignissen oder Personen ihres Lebens häufig einer strukturspezifischen Verarbeitung oder auch kollektiven Beurteilungskriterien unterlagen. Dies wurde insbesondere dann, wenn es sich um lebensgeschichtlich weit zurückliegende Situationen handelte (Fuchs 1992, Weber 1993), oder wenn kulturelle Tabuthemen berührt wurden, in Betracht gezogen.

### **3.3 Erstellung des Dokumentationsbogens**

Die in ihm erfassten Daten stellten die Basis für die weiterführende Sekundäranalyse dar.

In einem ersten Schritt wurde aus jedem Jahrgang nach dem Zufallsprinzip eine Akte gezogen. Entsprechend dem Forschungsvorhaben wurden unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) erste Haupt-, Grund- und Feinkategorien bezüglich sozio-genetischer, migrations- und integrationsspezifischer Daten, sowie von Trennungseignissen gebildet, die in der vorliegenden Untersuchung als jeweils übergeordnete Themenbereiche (Grundkategorien), als thematisch strukturierende Variablen (Hauptkategorien) und als weiter differenzierende Kategorien (Feinkategorien) präsentiert wurden.

Um den eigentlichen Migrationsvorgang genauer abbilden zu können, wurden nach der Bearbeitung von 30 Anamnesen die Variablen „Trennungseignis“ und „Trennungshintergrund“ um wichtige Kategorien ergänzt. Präzisiert wurden auch Angaben zur schulischen und beruflichen Situation, zu somatischen Erkrankungen und zum gynäkologischen Status. Aufgenommen wurden zusätzlich Angaben über die Elterngeneration, um auch transgenerationale Prozesse, soweit wie möglich, zu erfassen. Ebenso wurden Behandlungskontakte zu traditionellen Heilern, bzw. Heilmethoden, erfasst, konnten aber wegen fehlender durchgängiger Erhebung nicht weiter ausgewertet werden. Außerdem wurden auf Basis der Anamneseakten retrospektiv einige Diagnosen ergänzend nach dem ICD-10 GM 2005 verschlüsselt.

### **3.4 Statistik**

#### **Datenaufbereitung**

Aus den Unterlagen wurde jeweils ein ‚Anamnesenextrakt‘ erstellt und die wesentlichen Angaben und Daten hinsichtlich der vorliegenden Fragestellungen verziffert, damit eine statistische Auswertung möglich wurde. Die Daten wurden in den dafür erstellten Dokumentationsbogen eingetragen. Über die laufende Nummerierung der Bögen war es bei unklaren Daten möglich, die entsprechende Krankenakte noch einmal einzusehen.

Die qualitative Datenerfassung erfolgte unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) in mehreren Schritten:

#### 1) **Zusammenfassung anhand der Stichproben:**

- **Reduzierung des Materials** : Paraphrasierung, Bildung von Makrooperatoren; Makrooperationbündelung; Konstruktion und Integration in ein Kategoriensystem; Überprüfung der Zusammenfassung am Ausgangsmaterial.
- **Kategoriendefinitionen** erfolgten deduktiv (nach theoretischen Überlegungen; bisherigem Forschungsstand, etc.) oder induktiv (ohne Bezug auf ein vorab for-

muliertes Theoriekonzept in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Material anhand eines Selektionskriteriums, z.B. Gewalt, i.S. einer Grounded Theory/ Strauss 1987; Strauss & Corbin 1990).

## 2) **Strukturierung des Materials**

- Formal: entsprechend der inneren Struktur des Materials
- Inhaltlich: nach Themen/- Inhaltsbereichen (Häufigkeitsanalysen; Frequenzanalysen)
- Skalierend: Definition von Ausprägungen einzelner Dimensionen in Form von Skalenpunkten und daraufhin Einschätzung des Materials in mindest ordinal-skalierter Form (Valenz-, bzw. Intensitätsanalysen – Ritsert, J., 1972).

Daten zur Struktur elterlicher/- partnerschaftlicher Beziehungen wurden in Anlehnung an das Verfahren der strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (SASB: Structural Analysis of Social Behavior) nach Benjamin (1984, zit. bei Tress et al. 1990) erfasst und mit den Grunddimensionen der Affiliation (liebvoll-haßerfüllt) und der Interdependenz (eifersüchtig/ einengend – neutral/ gleichgültig) geordnet, obwohl es sich bei den vorliegenden Daten nicht um Transkripte originärer Patientenäußerungen handelte, auf die das SASB üblicherweise Anwendung findet. Die transitive Position (Fokus: der Andere) und die intransitive Position (Fokus: das Selbst) wurden in getrennten Variablen kodiert (hart/ uneinfühlsam – weich/ einfühlsam), um sowohl ein geschlechts-spezifisches Verhaltensmuster, als auch die kommunikativen Akte paarbezogen besser abbilden zu können.

1	2
Variablen	Thematische Gliederung
1 – 2c	<b>I. Identifikation der Krankenakte</b>
	<b>II. Aktuelle Diagnostik</b>
3 – 8	Modus der Datenerhebung
9 – 24 225 - 230	Klinische Daten <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICD-10GM 2005</li> <li>- Subjektives Krankheitserleben</li> <li>- Strukturdiagnosen</li> <li>- Krankheitsursache aus Patientensicht</li> <li>- Krankheitsursache aus Expertensicht</li> <li>- ‚Innere‘ Objektbeziehungen aus Expertensicht</li> </ul>
	<b>III. Familiengenesse / Türkei</b>
25 – 53 245 - 254	Eltern der Patientinnen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herkunftsorte</li> <li>- Binnenmigration/ Migration vor Geburt der Patientin</li> <li>- Heiratsmodus/ Heiratsalter</li> <li>- Alter der Eltern bei Geburt der Patientin</li> <li>- Alter der Eltern bei Geburt ihres ersten Kindes</li> <li>- Anzahl der Kinder</li> <li>- Alter der Eltern bei Migration</li> <li>- Beziehungsmodus aus Sicht der Patientin</li> <li>- Religionszugehörigkeit/ Bedeutung im Alltagsleben</li> <li>- Schulische/ berufliche Ausbildung/ Tätigkeit (Türkei/ Deutschland)</li> </ul>
54 – 59 260 - 263	Patientinnen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herkunftsort</li> <li>- Emotionale Zuwendung im Erleben der Patientin</li> <li>- Erziehungsverhalten im Erleben der Patientin</li> <li>- Familiäre Anwesenheit</li> <li>- Rollenerwartungen der Eltern aus Sicht der Patientin</li> <li>- Körperkontakt aus Sicht der Patientin</li> <li>- Leistungserwartung an Patientin</li> <li>- Gravierende Verhaltensänderung der Eltern gegenüber Patientin</li> <li>- Anzahl der Geschwister</li> <li>- Stellung in der Geschwisterreihe</li> <li>- Verantwortung für jüngere Geschwister</li> <li>- Schulische/ berufliche Ausbildung (Türkei)</li> <li>- Berufswahl/ Berufsziel (Türkei)</li> <li>- Ausbildungs-/ Schulunterbrechung (Türkei)</li> </ul>
	<b>IV. Psychogenetisch relevante Belastungsereignisse im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess</b>
60 – 84	1. Ereignis <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art des Belastungsereignisses</li> <li>- Ereignishintergrund</li> <li>- Verbleib der Patientin (geographisch/ personenbezogen)</li> <li>- Reaktion der Patientin (psycho-sozial/ psycho-vegetativ)</li> </ul>
85 – 109	2. Ereignis (Ereignis 2.–5. wie 1. Ereignis)
110 – 134	3. Ereignis
135 - 159	4. Ereignis
160 - 184	5. Ereignis
	<b>V. Integrationsprozeß der Patientinnen in Deutschland</b>
185 - 197	Schulische-/ berufliche Ausbildung
198 - 199	Sozialisationsbedingungen (familiär) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erlebter Erziehungsstil der Eltern in Deutschland</li> <li>- Veränderung des Erziehungsstils im Zusammenhang mit der Pubertät</li> </ul>

<b>Fortsetzung</b>	<b>V. Integrationsprozeß der Patientinnen in Deutschland</b>
200 - 221 264	Partnerschaften <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.sexueller Kontakt</li> <li>- Sexueller Missbrauch (Türkei/ Deutschland)</li> <li>- Modus der Partnerwahl, Heiratsalter</li> <li>- Aktueller Beziehungsmodus</li> <li>- Beziehungsdauer bei Symptombeginn</li> <li>- Geburten/ Schwangerschaftsunterbrechungen</li> <li>- Herkunft des Partners</li> <li>- Berufliche Tätigkeit/ aktueller Beschäftigungsstatus des Partners</li> <li>- Kulturelle Orientierung/ bevorzugte Kontakte des Partners</li> <li>- Sucht und sonstige Abhängigkeiten des Partners</li> </ul>
220 - 224	Schwiegereltern <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufenthaltsort</li> <li>- Traditionell orientiert/ kontrollierend</li> </ul>
231	<b>VI. Anzahl gravierender Belastungsereignisse vor aktueller Erkrankung</b>
232 – 236	<b>VII. Somatische Patientenkarriere</b>
237 – 240	<b>VIII. Psychotherapeutische Vorgeschichte</b>
241 – 244	<b>IX. Psycho-soziale Versorgung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zugangsmodus zur therapeutischen Einrichtung</li> <li>- Indikationsstellung und Therapievermittlung</li> <li>- Wohnbezirk der Patientin</li> </ul>
255 - 258	<b>X. Inanspruchnahme traditioneller Medizin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In Deutschland/ Türkei</li> <li>- Dauer der Inanspruchnahme</li> <li>- Grund der Inanspruchnahme</li> <li>- Ergebnis der Inanspruchnahme</li> </ul>

Tab. 5: Gliederung des Dokumentationsbogens: Die in Spalte 1) genannten Zahlen beziehen sich auf die Variablen, die in Spalte 2) genannten, römischen Zahlen auf die thematische Gliederung.

## Datenauswertung

Die Daten des Dokumentationsbogens wurden in Datenmasken des Statistikprogramms SPSS eingegeben und deskriptiv nach Häufigkeiten (Fallzahl, prozentualer Anteil) ausgewertet.

Unterschiede in den Merkmalsausprägungen wurden unter Anwendung des  $\chi^2$ -Testes (Variabilitätskoeffizient nach Pearson für lineare Assoziationen), des Mann-Whitney-Testes und des Fisher-Pitman-Testes auf Signifikanz mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS überprüft.

Die Testergebnisse wurden bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < .05$ ,  $p < .01$  und  $p < .001$  als ‚statistisch signifikant unterschiedlich‘, bei  $p .05 < p = .10$  mit statistischer Tendenz unterschiedlich bewertet.

## **4. ERGEBNISSE**

Wie im Kapitel Material und Methodik (s.a. S. 29) erwähnt setzt sich das Untersuchungskollektiv aus 86 türkischen Patientinnen zusammen, die sich in der Zeit von 1997 bis 2006 in der Ambulanz des Instituts für Psychotherapie e.V. Berlin vorgestellt hatten.

### **4.1 Untersuchungskollektiv**

Gemäß den Statistischen Jahrbüchern Berlins von 1998 und 2003 lebte der größte Teil der türkischen Bevölkerung Berlins in den Bezirken Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin-Mitte und Tempelhof-Schöneberg. Aus diesen Bezirken kamen auch die meisten der jetzt untersuchten türkischen Psychotherapie-Patientinnen .

Von den 86 Patientinnen waren 59 Patientinnen in der Türkei und 27 Patientinnen in Deutschland geboren. 2/3 der in der Türkei geborenen 59 Patientinnen waren dörflicher Herkunft. 1/3 stammte überwiegend aus klein- oder mittelgroßen Städten. 4 Patientinnen kamen aus einer Großstadt.

Die Patientinnen waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 19 und 51 Jahren alt. Das Durchschnittsalter aller Jahrgänge betrug 32,9 Jahre (Median 32,0 ; s=8,1).

Von den 59 in der Türkei geborenen Patientinnen (100 %) waren bei der Einreise 31 Patientinnen (52,5 %) jünger als 10 Jahre. Das Alter von weiteren 22 Patientinnen (37,4 %) lag zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr. Nur 6 Patientinnen waren älter als 20 Jahre (10,1 %).

Nur zwei der in der Türkei geborenen Patientinnen nahmen innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Migration psychotherapeutische Hilfe in Anspruch, zwei weitere innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren. 44 Patientinnen befanden sich bereits mehr als

20 Jahre zum Zeitpunkt der Untersuchung in Deutschland. Für 11 Patientinnen gab es keine entsprechenden Angaben.

47 Patientinnen (54,7 %) nahmen auf ärztliche Empfehlung mit dem Institut Kontakt auf. 39 Patientinnen (45,3 %) hatten sich entweder eigeninitiativ 24 (27,9 %) und 15 (14,4 %) auf Anraten Dritter um eine psychotherapeutische Hilfe bemüht.

Bei den Indikationsstellungen überwogen mit 52 Fällen (60,5 %) tiefenpsychologisch fundierte Therapieverfahren, davon über die Hälfte zur weiteren Klärung der Indikationsstellung in Form einer tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeittherapie. Analytische Verfahren und tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapien wurden für in Deutschland geborene Patientinnen signifikant häufiger empfohlen, während tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapien bei Patientinnen, die in der Türkei geboren waren, deutlich überwogen (s. Tab.6).

Indikation	N	%
KZT/TfP	29	33,7
LZT/TfP	23	26,7
LZT/AP-Einzeltherapie	21	24,4
LZT/modif. AP-Einzeltherapie	8	9,3
LZT/AP-Gruppentherapie	1	1,2
Keine Indikation	4	4,7
Summe	86	100,0

Tab. 6: Indikationsstellungen; KZT: Kurzzeittherapie (25 Std., 1 Sitzung/ Woche); LZT: Langzeittherapie (niedrig frequent mit 1 Sitzung/Woche bis 100 Std., hoch frequent mit 3 Sitzungen/Woche bis 300 Std.); TfP: tiefenpsychologisch fundierte Therapie (Ziel: Konflikt-Fokussierung, Regression steuernd) AP: Analytische Psychotherapie (Ziel: Änderung der Persönlichkeitsstruktur, regressionsfördernd). (p< .05)

Bei den Vermittlungen der Patientinnen in eine von den Untersuchern empfohlene Psychotherapie gab es hinsichtlich ihres Herkunftslandes keinen statistisch signifikanten Unterschied (p = .252). 52 Patientinnen (60,5 %) konnten an Therapeuten und Therapeutinnen vermittelt werden, bei denen die Therapie auf deutsch erfolgte, während bei 16 (18,6 %) der 86 Patientinnen es angezeigt war, sie an Therapeuten und Thera-

peutinnen zu vermitteln, die eine Therapie in türkischer Sprache durchführen konnten. Bei 18 Patientinnen (20,9 %) kam aus unterschiedlichen Gründen keine Vermittlung zustande – meistens verzichteten die Patientinnen auf ein Therapieangebot.

45 (52,3 %) der 86 Patientinnen waren früher schon mindestens einmal in ambulanter psychotherapeutischer Beratung oder Behandlung gewesen; 19 (22,1 %) Frauen – also mehr als ein Fünftel – hatten sogar bereits mindestens eine stationäre psychotherapeutische Behandlung hinter sich. 48 (55,8 %) der 86 Patientinnen hatten sich zuvor in organmedizinischer Behandlung oder Diagnostik befunden. Schwerwiegende organische Grundleiden wurden nicht angegeben.

## **4.2 Sozio-demographische Daten**

Daten zum Schulbesuch und zur beruflichen Situation sollten Hinweise auf eine Teilhabe am Ausbildungssystem und am beruflichen Alltag geben. 37 Patientinnen (43 %) hatten mit der Schule in der Türkei begonnen. Vier von ihnen hatten dort auch Abschlüsse gemacht. Für 33 von ihnen kam es zu einer Unterbrechung des Schulbesuches im Zusammenhang mit der Migration, in acht Fällen, weil die Eltern einen weiteren Schulbesuch für unnötig hielten und in zwei Fällen wegen einer arrangierten Heirat, so dass 23 Patientinnen im Zusammenhang mit der Migration umgeschult wurden. Die übrigen 22 in der Türkei geborenen Patientinnen wurden in Deutschland erstmalig eingeschult. Für 16 von den insgesamt 43 in Deutschland eingeschulten Patientinnen blieb offen, ob und wann sie einen Abschluss gemacht hatten.

Bei 27 der in Deutschland geborenen Patientinnen kam es in 14 Fällen zu einer Unterbrechung der Schul- bzw. Berufsausbildung: In drei Fällen wegen selbstgewollter Heirat, in fünf Fällen war es Flucht vor familiärer Gewalt, bzw. Kontrolle. Drei Patientinnen verließen wegen drohender Zwangsheirat ihre Familien. Zwei Patientinnen wechselten auf eine Schule in der Türkei, in einem Fall hielten die Eltern einen weiteren Schulbesuch für unnötig.

Die Patientinnen hatten überwiegend in eigener Initiative berufliche Schritte unternommen. Daten zur beruflichen Situation (aktueller Beschäftigungsstatus) ergaben folgendes Bild (s. Tab. 7).

<b>Berufliche Stellung der Patientinnen</b>	<b>Aktuell berufstätig</b>	<b>Arbeitslos</b>	<b>AU-/EU-berent.</b>	<b>Asyl beantragt.</b>	<b>Nie berufstätig</b>	<b>N</b>
Arbeiterin	17	4	1	0	0	22
Angestellte	32	4	1	0	0	37
Beamtin	1	0	0	0	0	1
Akademikerin	0	0	0	0	0	0
Selbständige	2	1	1	0	0	4
Hausfrau	0	0	0	1	7	8
In Ausbildung	0	12	0	0	0	12
Keine Angaben	0	2	0	0	0	5
<b>Gesamt</b>	<b>52</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>86</b>

Tab. 7: Berufstätigkeiten und aktueller Beschäftigungsstatus – Zu den Tätigkeiten des Merkmals ‚Arbeiterin‘ wurden Fabrikarbeit, aber auch Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich (Hilfs- und Putzarbeiten) gerechnet. AU-Rente = Arbeitsunfähigkeitsrente; EU-Rente = Erwerbsunfähigkeitsrente.

49 der insgesamt 86 Patientinnen waren zu Beginn der Diagnostik verheiratet, davon 44 (51,2 %) in erster und fünf (5,8 %) in zweiter Ehe. Neun Patientinnen (10,4 %) waren geschieden und waren keine neue Partnerschaft eingegangen. 15 Patientinnen (17,4 %) lebten in einer freien Partnerschaft. Vier Patientinnen (4,7 %) gaben an, verlobt zu sein. Eine Patientin (1,2 %) mit einer lesbischen Beziehung und acht weitere Patientinnen (9,3 %) ohne bisherige Partnerschaft wurden von den detaillierten Berechnungen der verschiedenen Partnereigenschaften ausgeschlossen, so dass die statistischen Berechnungen sich auf 77 Patientinnen beziehen konnte, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in einer Beziehung bzw. Partnerschaft mit einem Mann befanden, oder davor befunden hatten. Die Patientinnen waren überwiegend mit einem türkischen Partner verbunden ( $p < .001$ ).

59 Patientinnen (68,6 %) hatten ihre Partnerwahl selbstbestimmt getroffen. Bei den restlichen Frauen handelte es sich um ein traditionelles Heiratsmuster, d.h. weitgehend unter dem Einfluss elterlicher Vorstellungen (s. Tab. 8, S. 44).

Modus der Partnerwahl durch die Patientinnen	Herkunftsland der Patientinnen				Summe	
	Türkei		Deutschland			
	N	%	N	%	N	%
Frei und selbstbestimmt	38	64,4	21	77,8	59	68,6
Von Eltern arrangiert	10	16,9	1	3,7	11	12,8
Zwangsheirat	2	3,4	1	3,7	3	3,5
Pat. war Heiratsmigrantin	2	3,4	0	0,0	2	2,3
Ohne Angaben	0	0,0	2	7,4	2	2,3
Keine Berücksichtigung	7	11,9	2	7,4	9	10,5
Gesamt	59	100,0	27	100,0	86	100,0

Tab. 8: Modus der Partnerwahl. Die Partnerwahl erfolgte überwiegend frei und selbstbestimmt ( $p < .05$ ).

Ein Überblick über die beruflichen Tätigkeiten der Partner ergab folgendes Bild: Von 64 türkischen Partnern waren 13 selbständig tätig, acht waren Akademiker, fünf waren Angestellte und 21 waren Arbeiter. Fünf Partner befanden sich in einer Ausbildung. Für 12 Partner gab es keine Angabe.

Für die 13 nicht-türkischen Partner gab es folgende Angaben: Zwei Akademiker, ein Angestellter, drei Arbeiter, ein Selbständiger, sowie vier Partner noch in Ausbildung. Für zwei Partner gab es keine Angaben.

Bei der Berechnung kultureller Orientierungen der Partner der Patientinnen konnten nur 73 Frauen einbezogen werden, da für 4 Partner keine Angaben vorlagen und acht Frauen ohne Partnerschaft waren. Eine lesbische Beziehung wurde ebenfalls nicht einbezogen.

Von den 64 türkischen Partnern (100,0 %) wurden 48 Partner (62,3 %) von ihren Partnerinnen als traditionsgebunden, und nur 12 Partner (15,5 %) als eher fortschrittlich erlebt. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

Von 64 türkischen Partnern (100,0 %) bevorzugten 38 Partner (59,3 %) Kontakte ausschließlich im türkischen Milieu, während nur für 12 Partner (18,7 %) Kontakte sowohl im deutschen, als auch im türkischen Milieu angegeben wurden. Nur 3 türkische Partner

(4,9 %) bevorzugten Kontakte mit Deutschen. Zu 11 türkischen Partnern (17,1 %) fanden sich keine Angaben. Auch dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $p < .001$ ).

Bei Angaben der Patientinnen bezüglich ihrer ersten Sexualkontakte fiel angesichts der restriktiven, offiziellen Sexualmoral eine hohe Rate vorehelicher Sexualität auf. 14 Patientinnen (16,3 %) hatten vorehelich mit einem Partner, 12 Patientinnen (13,9 %) vorehelich mit verschiedenen Partnern sexuelle Beziehungen, 42 Patientinnen (48,8 %) erst mit der Heirat. Patientinnen mit mehreren, verschiedenen, vorehelichen Kontakten hatten ihre erste Begegnung durchschnittlich 3 Jahre früher (Mittelwert=16,5) als Patientinnen mit vorehelich nur einem Partner (Mittelwert=19,4) und 4 Jahre vor Patientinnen mit erstem sexuellen Kontakt bei Heirat (Mittelwert=20,4).

Über sexuellen Missbrauch wurde in 14 Fällen (7 Fälle in Deutschland; 7 Fälle in der Türkei) berichtet. Täter waren ausnahmslos männliche Angehörige der Familie (Brüder, Cousins, Onkel, Groß/- Stiefväter), die die Patientin mit Ehrverlusten bedrohten, wenn sie die Tat aufdeckten. In 7 Fällen erstreckte sich der Missbrauch über Jahre.

Die Geburtenrate (72 Kinder) bei 50 Familien (100 %) betrug 1,5 Kinder je Familie. 49 Mal wurde eine Fehlgeburt, bzw. eine Schwangerschaftsunterbrechung, angegeben. Bezogen auf 50 Familien entsprach dies einer Rate von 0,9 Fall je Familie.

### **4.3 Angaben zu den Herkunftsfamilien der Patientinnen**

Zur Geburtssituation der Eltern konnten 62 Patientinnen Angaben machen. Eine Sichtung der Geburtsjahrgänge der Eltern (1921-1955) zeigte, dass deren Kindheit in die Zeit der gewaltigen, gesellschaftlich-politischen und kulturellen Veränderungen im Zusammenhang mit dem Zerfall des osmanischen Reiches und der türkischen Staatsgründung (1923, s.o. S. 5 f.) fiel.

Eine Aufschlüsselung der Daten nach Herkunftsorten ließ erkennen, dass die Eltern der Patientinnen überwiegend aus ländlichen Regionen stammten. Dörfer wurden nach Regionen oder hinsichtlich ihrer Nähe zu nächstgelegenen, größeren Orten genannt. Zu

den Kleinstädten gehören u.a. Aydin, Erzincan, Konya und Sivas. Zu den Großstädten zählen Istanbul, Ankara und Izmir. (s. Tab. 9) Diese Angaben entsprachen auch der regionalen Verteilung der Familien zum Zeitpunkt der Migration und damit den Geburtsorten der in der Türkei geborenen Patientinnen. Für die 27 in Deutschland geborenen Patientinnen war in 26 Fällen Berlin, in einem Fall ein Dorf in Westdeutschland angegeben.

Herkunftsorte	Dörflich	Kleinstädtisch	Großstädtisch	Gesamt	Fehlend	N
Väter	53 (61,6 %)	13 (15,1 %)	4 (4,7 %)	70 (81,4 %)	16 (18,6 %)	86 (100,0 %)
Mütter	50 (58,1 %)	14 (16,3 %)	4 (4,7 %)	68 (79,2 %)	18 (20,9 %)	86 (100,0 %)

Tab. 9: Herkunftsorte der Eltern in der Türkei;

Um über den sozio-ökonomischen Status der Eltern mehr zu erfahren, wurden die Daten hinsichtlich ihrer hauptsächlichen Berufstätigkeit in der Türkei festgehalten (s. Tab. 10)

Berufliche Stellung der Eltern/ Türkei	Väter		Mütter	
	N	%	N	%
Arbeiter/-in	20	23,3	11	12,7
Angestellte/-r	3	3,5	1	1,2
Selbständige Tätigkeit	19	22,1	4	4,7
Beamter/ Beamtin	7	8,1	1	1,2
akademischer Beruf	2	2,3	0	0,0
Hausmann/ Hausfrau	8	9,3	42	48,8
Keine Angaben	27	31,4	27	31,4
Gesamt	86	100,0	86	100,0

Tab. 10: Hauptsächliche berufliche Stellung der Eltern in der Türkei – Zu den Tätigkeiten des Merkmals ‚Arbeiter/-in‘ wurden auch Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich (Hilfs/- und Putzarbeiten) und bäuerliche Tätigkeit gerechnet. – Selbständige Tätigkeiten bezogen sich auf Kleinhandelsunternehmen und handwerkliche Tätigkeiten.

Die Berufstätigkeit der Eltern in Deutschland (Fabrikarbeit/ Baugewerbe/ einfache Hilfs- und Putzarbeiten) entsprach überwiegend den Anwerbeintentionen, bzw. Motiven. Selbständige Tätigkeiten bezogen sich auf Kleinhandelsunternehmen oder handwerkliche Tätigkeiten (s.Tab. 11, S. 47).

Berufliche Stellung der Eltern/ Deutschland	Väter		Mütter	
	N	%	N	%
Arbeiter/-in	38	44,2	34	39,6
Angestellte/-r	6	7,0	2	2,3
Beamter/ Beamtin	0	0,0	0	0,0
Selbständige Tätigkeit	9	10,5	2	2,3
Hausmann/ Hausfrau	1	1,1	19	22,1
Keine Angaben	32	37,2	29	33,7
Gesamt	86	100,0	86	100,0

Tab. 11: Hauptsächlich berufliche Stellung der Eltern in Deutschland.

#### **4.4 Migrationsspezifische Angaben und Trennungseignisse**

Migration, bzw. Remigration, sind – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kein einmaliges Geschehen, sondern ein Prozess mehrfacher Veränderungen sozialer Beziehungen und des Aufenthaltsortes. Um die damit verbundenen Belastungen besser gegeneinander abgrenzen zu können, wurde im Folgenden von Migration bzw. Remigration immer dann gesprochen, wenn es sich um den Wegzug aus dem Herkunftsland handelte. Migrationsprozess bezog sich auf das gesamte Geschehen mit einer Unterteilung in damit verbundene, unterschiedliche Trennungseignisse.

Migrationsgründe	N	%
Ökonomische Gründe	29	49,3
Gewalt in der Ehe der Eltern	4	6,7
Unterstützung von Verwandten	1	1,7
Entlastung der Eltern	1	1,7
Familienzusammenführung	6	10,1
Heiratsvermittlung/ arrangierte Heirat	1	1,7
Beziehungsabbruch (Entlobung)	1	1,7
Krankheitsbedingt (Pflege von Verwandten)	6	10,1
Gewalteinwirkung/ privat (nicht ehelich)	1	1,7
Gewalteinwirkung/ politisch	2	3,4
Kriminalität familiär (Mord)	1	1,7
Eigener Wunsch	2	3,4
Asylsuche	1	1,7
Keine Angaben	3	5,1
Gesamt	59	100,0

Tab. 12: Migrationsgründe für Herkunftsfamilien der in der Türkei geborenen Patientinnen.

Für die Familien in der Türkei waren überwiegend ökonomische Gründe entscheidend für Binnenwanderungen oder Migration nach Deutschland. In geringerem Maß ging es auch um den Nachzug zu Familienangehörigen, die sich bereits in Deutschland befanden. Ehekonflikte waren neben anderen Gründen ebenfalls ausschlaggebend dafür, dass ein Elternteil sich zur Migration entschloss (s.o. Tab. 12, S. 47).

Sieben der in Deutschland geborene Patientinnen hatten ebenfalls Trennungen erlebt. Sechs von ihnen waren vorübergehend in die Türkei geschickt worden, in einem Fall geschah dies auf Wunsch der Patientin. Bei den übrigen Patientinnen standen familiäre Konflikte (z.B. familiäre Gewalt, drohende Zwangsheirat) im Vordergrund (s. Tab. 13).

<b>Remigrations/- Ereignishintergründe</b>	<b>Vorübergehend Rückkehr in die Türkei</b>	<b>Verbleib im Herkunftsland Deutschland</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gewalt in der Ehe der Eltern (Mutter verlässt die Familie)	0	1	1	3,7
Nebenbeziehung eines Elternteils (Vater verlässt Familie)	0	3	3	11,1
Entlastung der Eltern (Patientin kommt zu Verwandten)	4	2	6	22,2
Familienzusammenführung (Umzug nach Berlin)	0	1	1	3,7
Beziehungsabbruch (Entlobung)	0	1	1	3,7
Tod der Mutter	0	3	3	11,1
Eigener Wunsch (Heiratsversprechen)	1	0	1	3,7
Familiäre, Patientin bezogene Konflikte	0	8	8	29,7
Schulbesuch in der Türkei	2	0	2	7,4
Tägliche Fremdbetreuung in einer Krippe	0	1	1	3,7
<b>Gesamt</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Tab. 13: Remigrations/- Ereignishintergründe von gravierenden Trennungserlebnissen für in Deutschland geborene Patientinnen.

Der Beginn der Migrations/- Remigrationsprozesse war durch sehr unterschiedliche Veränderungen, überwiegend Trennungsergebnisse, in den Beziehungen der Herkunftsfamilien geprägt. Familien, die bei Geburt der Patientinnen noch in der Türkei lebten, waren erwartungsgemäß signifikant häufiger davon betroffen (s. Tab. 14, S. 49).

Die Art der Trennungseignisse verdeutlicht die Auswirkung der beginnenden Migrations/- Remigrationsprozesse auf die sozialen Beziehungen. Zehn Patientinnen waren bereits zu Beginn des Migrationsprozesses allein, und vier weitere Patientinnen mit ihren Familien nach Deutschland gekommen. Die verbleibenden 45 Patientinnen erlebten bis zu ihrer Migration in unterschiedlicher Häufigkeit weitere Veränderungen in ihren sozialen Beziehungen oder hinsichtlich ihres Aufenthaltsortes.

Familiäre Trennungseignisse	Herkunftsland Türkei		Herkunftsland Deutschland	
	N	%	N	%
Vater verlässt die Familie (in der Türkei)	7	11,9	0	0,0
Vater geht nach Deutschland	7	11,9	0	0,0
Vater verlässt die Familie in Deutschland	0	0,0	3	11,1
Tod des Vaters	1	1,7	0	0,0
Mutter verlässt die Familie (in der Türkei)	4	6,8	0	0,0
Mutter geht nach Deutschland	6	10,1	0	0,0
Mutter verlässt die Familie in Deutschland	0	0,0	1	3,7
Tod der Mutter	2	3,4	3	11,1
Beide Eltern gehen nach Deutschland	8	13,6	0	0,0
Umzug der Familie innerhalb der Türkei	6	10,1	0	3,7
Migration der Familie nach Deutschland	4	6,8	0	0,0
Umzug der Familie in Deutschland	0	0,0	1	0,0
Tod/ Verlust einer emotional wichtigen Person	2	3,4	1	3,7
Patientin verlässt die Familie in der Türkei	2	3,4	0	0,0
Patientin geht nach Deutschland	10	16,9	0	0,0
Patientin verlässt die Familie in Deutschland	0	0,0	2	7,4
Patientin kehrt zwischenzeitlich in die Türkei zurück	0	0,0	7	25,9
Tägliche Fremdbetreuung der Patientin (Krippe)	0	0,0	1	3,7
Patientin bezogene, intrafamiliäre Konflikte	0	0,0	8	29,7
Gesamt	59	100,0	27	100,0

Tab. 14: Den Migrations/- Remigrationsprozess einleitende, familiäre Ereignisse.

Tab. 15 zeigt die Häufigkeit der Trennungen, denen die Patientinnen bis zum Verlassen der Türkei (Migration) bzw. Rückkehr aus der Türkei (Remigration) ausgesetzt waren. Bei 14 in der Türkei geborenen Patientinnen bedeutete die Migration das 1. Trennungseignis. Für 24 Patientinnen war die Migration das 2. Trennungseignis. Entsprechend höher fiel die Anzahl der Trennungseignisse bei Migration im späteren Verlauf des Migrationsprozesses aus. In sieben Fällen kehrten Patientinnen, die in Deutschland geboren waren, zwischenzeitlich in die Türkei zurück, so dass sie bei Rückkehr nach Deutschland insgesamt 2 Trennungen ausgesetzt waren.

Herkunftsland der Patientinnen	keine Trennung	1 Trennungseignis	2 Trennungseignisse	3 Trennungseignisse	4 Trennungseignisse	N
Türkei	0	14	24	16	5	59
Deutschland	9	11	7	0	0	27
Gesamt	9	25	31	16	5	86

Tab. 15: Häufigkeit der Trennungseignisse zum Zeitpunkt der Migration bzw. der Remigration. Insgesamt ergab sich ein hoch signifikanter Unterschied in der Anzahl von Trennungen für in der Türkei gegenüber in Deutschland geborenen Patientinnen ( $p < .001$ ).

Die Patientinnen waren nicht nur infolge vorausgehender Veränderungen in den Herkunftsfamilien Trennungen ausgesetzt, sondern die Migration selbst führte zu Veränderungen in ihren aktuellen Beziehungen. Tab. 16 gibt einen Überblick über den jeweiligen Verbleib der in der Türkei geborenen Patientinnen. 56 (94,9 %) der 59 Patientinnen blieben im Verlauf des Migrationsprozesses trotz häufiger Trennungseignisse im eigenen Familienverband.

Häufigkeit der Trennungseignisse	Verbleib bei eigener Familie	Verbleib bei verbliebenem Elternteil	Verbleib bei Verwandten am Ort/örtlich entfernt		Verbleib bei Schwiegereltern	Verbleib bei fremden Personen	Verbleib in eigener Wohn.	Verbleib in geschütz. Einrich.	Verbleib in einer Krippe/Internat	N
1. Trennungseignis	10	1	0	0	1	0	1	0	1	14 23,7%
2. Trennungseignis	5	9	9	1	0	0	0	0	0	24 40,7%
3. Trennungseignis	2	9	4	1	0	0	0	0	0	16 27,1%
4. Trennungseignis	1	2	2	0	0	0	0	0	0	5 8,5%
Gesamt	18 (30,5%)	21 (35,6%)	15 (25,4%)	2 (3,4%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	59 100%

Tab. 16: Verbleib der in der Türkei geborenen Patientinnen bei Trennungen im Verlauf des Migrationsprozesses.

Die in Deutschland geborenen Patientinnen blieben ebenfalls überwiegend im eigenen Familienverband. Sieben Patientinnen kehrten zwischenzeitlich in die Türkei zurück: Eine von ihnen befand sich in Begleitung ihrer Familie, vier Patientinnen kamen zu Verwandten und zwei Patientinnen besuchten ein Internat (s. Tab. 17).

Häufigkeit der Trennungseignisse	Verbleib bei eigener Familie	Verbleib bei verbliebenen Elternteil	Verbleib bei Verwandten am Ort/ örtlich entfernt		Verbleib in eigener Wohn.	Verbleib in einer Krippe/ Internat	N
1. Trennungseignis (in Deutschland)	9	9	0	0	1	1 (Krippe)	20 (74,1 %)
2. Trennungseignis (Remigration)	1	0	0	4	0	2 (Internat)	7 (25,9 %)
Gesamt	10 (37,1 %)	9 (33,3 %)	0 (0,0 %)	4 (14,8 %)	1 (3,7 %)	3 (11,1 %)	27 (100,0 %)

Tab. 17: Verbleib der in Deutschland geborenen Patientinnen bei Trennungen.

Die Vulnerabilität von Trennungseignissen hängt neben begleitenden, äußeren Rahmenbedingungen auch vom Zeitpunkt ihrer Einwirkung ab. Mehr als zwei Drittel der in der Türkei geborenen Patientinnen (69,5 %) erlebten eine erste Trennung mit Beginn des Migrationsprozesses in den ersten fünf Lebensjahren. Von den in Deutschland geborenen Patientinnen waren weniger als die Hälfte (40,8 %) ebenfalls in den ersten fünf Lebensjahren davon betroffen. Hinsichtlich der Verteilung der Diagnosen auf die Altersgruppen gab es jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $p = .187$ ).

Die Zahlen zu den unmittelbaren psychosozialen und psychovegetativen Folgen der Migrationseignisse waren unvollständig. Dies liegt zum Einen daran, dass frühgenetische Daten allgemein weitgehend vergessen werden. Zum Zweiten unterliegen schmerzhaftere Ereignisse, insbesondere leidvolle Affekte, leichter einer Affektisolierung und Verdrängung. Zum Dritten bestand im Nachhinein keine Sicherheit, dass bei der Anamnesenerhebung in allen Fällen diese Vorgänge Beachtung gefunden hatten, so dass das Fehlen von entsprechenden Angaben mögliche Erinnerungen daran nicht ausschloss.

Hinsichtlich einer reaktiven Amnesie wurden die vorhandenen Daten nach Altersgruppen und ihrem Bezug zu den Trennungseignissen nach den Kategorien ‚teilweise‘ oder ‚völlige Amnesie‘ erfasst, wenn Angaben darüber bestanden. Früheste

Erinnerungen fanden sich in den Gruppen der 3 - 6 Jährigen und aufwärts. In den höheren Altersgruppen nehmen die Erinnerungen an Trennungseignisse zu. Der hohe Anteil der Fälle mit völliger Amnesie und fehlenden Angaben ließ vermuten, dass die Trennungseignisse einer stärkeren Verdrängung anheim gefallen waren (s.Tab. 18 - 19).

Alter	1. Trennung		2. Trennung		3. Trennung		4. Trennung	
	Amnesie		Amnesie		Amnesie		Amnesie	
	Völlig	Teilw.	Völlig	Teilw.	Völlig	Teilw.	Völlig	Teilw.
0 – 05	26	14	5	9	0	4	0	0
6 – 10	0	10	0	12	0	6	0	3
11 – 15	0	1	0	2	0	2	1	1
16 - 20	0	0	0	1	0	0	0	0
Gesamt	26	25	5	24	0	12	1	4

Tab.18: Reaktive Amnesie der in der Türkei geborenen Patientinnen auf die Trennungseignisse.

Alter	1. Trennung		2. Trennung		3. Trennung		4. Trennung	
	Amnesie		Amnesie		Amnesie		Amnesie	
	Völlig	Teilw.	Völlig	Teilw.	Völlig	Teilw.	Völlig	Teilw.
0 – 05	6	4	0	2	0	0	0	0
06 – 10	0	0	0	1	0	0	0	1
11 – 15	0	0	0	1	0	0	0	0
Gesamt	6	4	0	4	0	0	0	1

Tab.19: Reaktive Amnesie der in Deutschland geborenen Patientinnen auf die Trennungseignisse.

Angaben, die sich auf die Stimmungslagen im Zusammenhang mit den Trennungseignissen bezogen, bildeten durch fehlende Daten eine Amnesie gleichsam ab. Daher galten auch hier die gleichen, einschränkenden Überlegungen wie hinsichtlich der Angaben zur reaktiven Amnesie. Insgesamt blieben die Erinnerungen an Trennungen in den ersten Lebensjahren spärlich und affektiv blass. Am Ehesten konnten sich Patientinnen erinnern, wenn sie mehreren Trennungen ausgesetzt, oder diese mit affektiv aufgeladenen Ereignissen verbunden waren. Immerhin konnten sich 62 (72,1 %) von den insgesamt 86 Patientinnen (100 %) an ihre Stimmungen im Zusammenhang mit jeweils verschiedenen Trennungseignissen erinnern (s.o. S. 53, Tab. 20).

Trennungen	Wie betäubt	Wut, trotzig unterdrückt	Gedrückt, hasserfüllt	Gedrückt, traurig	Wut, dann gleichgültig	Froh, zuversichtlich	Gesamt
1.	7	2	1	16	1	4	31
2.	1	3	3	28	1	13	49
3.	3	2	2	20	1	6	34
4.	0	1	0	10	1	4	16
Gesamt	11	8	6	74	4	27	130

Tab. 20: Reaktive Stimmungslagen der Patientinnen auf Trennungseignisse im Zusammenhang mit Migration und Remigration. Aufgrund von Mehrfachnennungen und Änderungen der Stimmungslagen bei Veränderung der Trennungssituationen überstieg die Summe der Nennungen die Anzahl der Patientinnen. Statistisch war kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Stimmungslagen zwischen den Patientinnen beider Herkunftsländer zu ermitteln.

#### **4.5 Symptomatik**

Aufgrund der unterschiedlichen Lebensverläufe der Patientinnen musste zunächst geklärt werden, ob es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Symptomatik zwischen den in der Türkei und den in Deutschland geborenen Patientinnen gab und somit zwei statistisch relevante, unterschiedliche Teilkollektive bestanden. Da bis auf drei Ausnahmen jeder Patientin zum Zeitpunkt der Untersuchung eine affektive Störungsdiagnose (F32-F34 ICD-10) zugeordnet worden war, wurden deren Häufigkeiten nach Herkunftsländern der Patientinnen mit dem  $\chi^2$ -Test überprüft.

Es ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen (s.u. S. 54, Tab. 21). Eine Berechnung nach Herkunftsländern wurde im Folgenden jedoch, wenn auch nicht durchgehend, beibehalten, um möglicherweise bestehende, signifikante Unterschiede zu berücksichtigen.

ICD-Diagnoseschlüssel	Diagnosen	In der Türkei geborene Patientinnen		In Deutschland geborene Patientinnen		Summe	
		N	%	N	%	N	%
F32.0	Leichte depressive Episode	6	10,2	5	18,5	11	12,8
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	34	57,6	14	51,9	48	55,8
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	10	16,9	4	14,8	14	16,3
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	6	10,2	1	3,7	7	8,1
F34.1	Dysthymia	1	1,7	2	7,4	3	3,5
-	Keine Depression	2	3,4	1	1,3	3	3,5
	Gesamt	59	100,0	27	100,0	86	100,0

Tab. 21: Häufigkeit affektiver Störungen nach Herkunftsländern der Patientinnen ( $p = .570$ ).

Die untersuchten Patientinnen litten überwiegend an unterschiedlichen, neurotischen, somatoformen und affektiven Störungen. Geordnet nach ICD-Klassifikation und nach Häufigkeit wurden die einzelnen Krankheitsgruppen dokumentiert und ihre Verteilung auf die Patientinnen beider Herkunftsländer mit dem  $\chi^2$ -Test überprüft. Mit Ausnahme der somatoformen Störungen (ICD F45-48;  $p < .05$ ); Tab. 22, S. 55 ) und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD F50-51;  $p < .05$ ; s.u. S. 55, Tab. 23) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit ihres Vorkommens in den beiden Herkunftsländern.

Alle Patientinnen litten in unterschiedlicher Zusammensetzung an Erschöpfung, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit und erlebten einen quälenden Selbstwertzweifel, vielfach in Verbindung mit innerer Unruhe, Gefühlen von Sinnlosigkeit, Ohnmacht und Einsamkeit. Zwischen den in der Türkei, bzw. in Deutschland geborenen Patientinnen gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $p = .504$ ).

ICD-Schlüssel	Diagnosen	Herkunftsland Türkei		Herkunftsland Deutschland		Summe	
		N	%	N	%	N	%
F45.0	Somatisierungsstörung	24	40,7	2	7,4	26	30,3
F45.2	Hypochondrische Störung	2	3,4	2	7,4	4	4,6
F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	17	28,8	9	33,3	26	30,3
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	1	1,7	3	11,1	4	4,6
F45.8	Sonstige somatoforme Störung	3	5,1	0	0,0	3	3,5
	Keine Angaben	12	20,3	11	40,8	23	26,7
	<b>Gesamt</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Tab. 22: Somatoforme Störungen – Somatisierungsstörungen (F45.0 ICD-10) und ‚sonstige somatoforme Störungen‘ (F45.8 ICD-10) waren bei den in der Türkei geborenen Patientinnen häufiger vertreten, während anhaltende ‚somatische Schmerzstörungen‘ (F45.4 ICD-10) bei in Deutschland geborenen Patientinnen, den ersten Rang einnahmen ( $p < .05$ ).

ICD-Schlüssel	Diagnosen	Herkunftsland Türkei		Herkunftsland Deutschland		Summe	
		N	%	N	%	N	%
F50	Essstörungen	8	13,6	11	40,7	19	22,1
F51.0	Nichtorganische Insomnie	1	1,7	2	7,4	3	3,5
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	23	38,9	5	18,5	28	32,6
	Keine Angaben	27	45,8	9	33,3	36	41,8
	<b>Gesamt</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Tab. 23: Nichtorganische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10 F51.2) waren bei den in der Türkei geborenen Patientinnen doppelt so hoch vertreten, während Essstörungen (ICD F50) bei in Deutschland geborenen Patientinnen deutlich den ersten Rang einnahmen ( $p < .05$ ).

Das psychoanalytische Krankheitsmodell mit der Vorstellung eines lebensgeschichtlich erworbenen Persönlichkeitsaufbaus ermöglicht über die Zuordnung von psychopathologischen Befunden zum inneren Strukturaufbau ein differenziertes, psychodynamisches Verständnis aktueller Querschnittsdiagnosen. Wie aus Tab. 24 (s.u. S. 56) hervorgeht, wurden bei den insgesamt 86 türkischen Patientinnen (100 %) Früh-

störungen (53 Patientinnen; 61,6 %) viel häufiger als neurotische Störungen (33 Patientinnen; 38,4 %) diagnostiziert.

	Diagnosen	Herkunftsland					
		Türkei N = 59		Deutschland N = 27		Gesamt N = 86	%
		Dorf	Stadt	Dorf	Stadt		
<b>Frühstörungen</b>	Borderline-Persönlichkeitsstörungen	8 (20 %)	4 (21,1 %)	0	7 (26,9 %)	19	22,1
	Narzisstische PS	12 (30 %)	4 (21,1 %)	0	3 (11,5 %)	19	22,1
	Strukturelle ICH-Störungen	6 (15 %)	3 (15,8 %)	1 (100 %)	5 (19,2 %)	15	17,4
<b>Psycho- neuro- sen</b>	Depressive Struktur	3 (7,5 %)	1 (5,2 %)	0	5 (19,25 %)	9	10,5
	Depressiv-zwanghafte Struktur	1 (2,5 %)	4 (21,1 %)	0	3 (11,5 %)	8	9,3
	Depressiv-hysterische Struktur	7 (17,5 %)	2 (10,5 %)	0	2 (7,7 %)	11	12,8
	Zwanghaft-hysterische Struktur	2 (5 %)	0 (0,0 %)	0	0 (0,0 %)	2	2,3
	Hysterische Struktur	1 (2,5 %)	1 (5,2 %)	0	1 (3,8 %)	3	3,5
	<b>Gesamt</b>	40 (100 %)	19 (100 %)	1 (100 %)	26 (100 %)	86	100,0

Tab. 24: Psychoanalytische Strukturdiagnosen und Herkunftsland

Hinsichtlich der Häufigkeiten der Strukturdiagnosen gab es zwischen Patientinnen, die in der Türkei bzw. in Deutschland geboren wurden, keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $p = .397$ ).

Vergleicht man innerhalb der in der Türkei bzw. in Deutschland geborenen Patientengruppe zusätzlich nach städtischer bzw. dörflicher Herkunft, so ergaben sich auch hier keine statistisch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf psychoanalytische Strukturdiagnosen. Daher wurden diese Daten für weitere Berechnungen zusammengefasst.

Da sich hinsichtlich der Herkunftsländer keine signifikanten Unterschiede bei den ICD- und psychoanalytischen Strukturdiagnosen ergeben hatten, sollte ihre Abhängigkeit von der Anzahl der Trennungen überprüft werden. Ein statistischer Zusammenhang

zwischen der Anzahl von Trennungseignissen und dem Auftreten einer bestimmten Störung ließ sich jedoch nicht nachweisen ( $p = .885$ )

Zwischen Beginn der Beschwerden und Kontaktaufnahme mit dem Institut lag ein Zeitraum von durchschnittlich vier Jahren (Mittelwert = 4,2 Jahre). Vermutlich spielten ‚Copingstrategien‘ bei zwischenzeitlichen Kompensationsversuchen eine wichtige Rolle. Statt einer seelischen Reaktion standen auch somatoforme Reaktionen im Vordergrund (Tab. 25).

,Muster‘ der Konfliktabwehr	Nennungen von in der Türkei geborenen Patientinnen		Nennungen von in Deutschland geborenen Patientinnen		Nennungen gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Depressiv-regressiv (psychisch)	19	32,2	6	22,3	25	29,1
Sado-masochistisch	12	20,3	4	14,8	16	18,6
Zwanghaft-funktional (somatoform)	11	18,6	3	11,1	14	16,3
Depressiv-regressiv (somatoform)	6	10,2	4	14,8	10	11,6
Zwanghaft-funktional (psychisch)	2	3,4	5	18,5	7	8,1
Präpsychotisch, paranoid	4	6,8	3	11,1	7	8,1
Trauer, Neuorientierung	2	3,4	1	3,7	3	3,6
Schizoid	1	1,7	1	3,7	2	2,3
Keine Angaben	2	3,4	0	0,0	2	2,3
Gesamt	59	100,0	27	100,0	86	100,0

Tab. 25: Generelle Copingmuster der Konfliktverarbeitung ( $p = .353$ ).

#### **4.6 Aktuelle Erkrankungssituation**

Bei Angaben der Patientinnen zu möglichen sozio-ökonomischen und psycho-sozialen Konflikten in den Bereichen Beruf, Partnerschaft, Familie und Sozialverhalten – speziell der von ihnen vermuteten Bedeutung für die Symptomentstehung – zeigte sich, dass bis auf neun Fälle ausnahmslos intrafamiliäre Konflikte genannt wurden (s.u. S. 59, Tab. 59). Bei den neun Fällen mit ‚äußeren Ursachen‘ handelte es sich bis auf einen

Fall von erlebtem Mobbing am Arbeitsplatz und zwei Angaben zu beengten Wohnverhältnissen nicht um Fälle, die als Hinweis auf eine benachteiligte, psycho-soziale Lage interpretiert werden konnten (s. Tab. 26).

Finanzielle Schulden des Ehemannes (1. Fehl-investition; 2. Spielschulden)	2
Problem des zukünftigen Ehemannes (,Heiratsmigrant') mit der Einwanderungs-behörde	1
Psychische Nachwirkung politischer Verfolgung in der Türkei	1
Kündigung wegen Mobblings am Arbeitsplatz	1
Autounfall in der Türkei	1
Gerichtsaufgabe: Pat. möchte Arbeitsunfähig-keitsrente statt Erwerbsunfähigkeitsrente	1
Beengte Wohnverhältnisse	2
Gesamt	9

Tab. 26: Relevante ,äußere' Krankheitsursachen aus Patientinnensicht.

Zunächst wurde berechnet, ob sich bei den Angaben über krankheitsverursachende Faktoren aus Patientinnensicht Unterschiede hinsichtlich des Geburtslandes ergaben. Dies war – wie schon bei den psychoanalytischen Strukturdiagnosen - nicht der Fall. Daher musste in der Tab. 27 (s.u. S. 59) auch nicht mehr nach Herkunftsländern unterschieden werden. Familiäre Ablösung Nr. 2,6,7 :( $p = .103$ ); Partner-/Ehekonflikte Nr.3, 5, 8: ( $p = .209$ ); Familiäre Gewalt Nr.1,9,10,12 :( $p = .132$ ).

Da die von den Patientinnen angegebenen Belastungsfaktoren hinsichtlich der Ehe- und Partnerbeziehungen auf ein hohes Konfliktpotential hinwiesen, wurden Variablen zur Beziehungsstruktur auf deren Dynamik hin überprüft.

Insgesamt 36 Patientinnen (41,9 %) hatten in zurückliegender Zeit im Zusammenhang mit familiärer Gewalt Suizidhandlungen erwogen, bzw. bereits vorgenommen. 18 Patientinnen (20,9 %) nannten gleichzeitig Ehe/- oder Beziehungsprobleme. Zwei Patientinnen (2,3 %) waren wegen ständiger Demütigungen und Abwertungen seitens der Schwiegereltern vorübergehend suizidgefährdet. 9 Patientinnen (10,5 %) hatten in ihrer Jugend wegen familiärer Gewalt Suizidhandlungen vorgenommen, eine dieser Patientinnen wegen einer drohenden Zwangsheirat. Zwischen den in der Türkei und

den in Deutschland geborenen Patientinnen gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit suizidaler Handlungen ( $p = .493$ ).

<b>Krankheitsursache aus Patientinnensicht</b>		<b>Vorhanden</b>	<b>Nicht vorhanden</b>	<b>Gesamt</b>
1	Gewalt familiär oder in der Beziehung	44 (51,2 %)	42 (48,8 %)	86 (100 %)
2	Ablösung von den Eltern	31 (36,0 %)	55 (64,0 %)	86 (100 %)
3	Trennungs-/ Scheidungsbegehren seitens der Patientin	30 (34,9 %)	56 (65,1 %)	86 (100 %)
4	Nebenbeziehung des Partners/Ehepartners	19 (22,1 %)	67 (77,9 %)	86 (100 %)
5	Konflikte mit Schwiegereltern	17 (19,8 %)	69 (80,2 %)	86 (100 %)
6	Tod einer wichtigen Person	10 (11,6 %)	76 (88,4 %)	86 (100 %)
7	Ablösung von den eigenen Kindern	9 (10,5 %)	77 (89,5 %)	86 (100 %)
8	Trennung/ Scheidungsbegehren seitens des Partners	9 (10,5 %)	77 (89,5 %)	86 (100 %)
9	Zwangsheirat	6 (7,0 %)	80 (93,0 %)	86 (100 %)
10	Nicht eingehaltenes Heiratsversprechen	6 (7,0 %)	80 (93,0 %)	86 (100 %)
11	Aktuelle Migration/ Remigration	4 (4,7 %)	82 (95,3 %)	86 (100 %)
12	Unerwünschte Schwangerschaft	2 (2,3 %)	84 (97,7 %)	86 (100 %)

Tab. 27 : Krankheitsursachen aus Patientinnensicht mit Mehrfachnennungen.

Äußerungen zur Emotionalität betrafen unter dem Aspekt der Empathiefähigkeit ein grundsätzliches Verhalten der Partner zueinander in den Dimensionen ‚hart/ uneinfühlsam‘ – ‚weich/ einfühlsam‘. Von 77 Patientinnen (100 %) in aktueller oder vergangener Partnerschaft beschrieben 43 Patientinnen (55,8 %) ihre Partner eher uneinfühlsam und hart, während 25 Patientinnen (32,4 %) sie eher als weich und einfühlsam schilderten. In 9 Fällen (11,8 %) fehlten entsprechende Angaben.

Tab. 28 gibt Auskunft über das gegenseitige, partnerschaftliche Verhalten aus Sicht der Patientinnen:

Verhalten der Partientinnen den Partnern gegenüber	Verhalten der Partner den Patientinnen gegenüber								N	%
	Freundlich/ lieb- voll	Neutral / gleich- gültig	Ambi- valent/ unbe- rechen- bar	Abwei- send/ distan- ziert	Abwei- send/ verach- tend	Verach- -tend/ schla- gend	Eifer- süchtig/ schla- gend	Eifer- süchtig/ einen- gend		
Freundlich/ lieb- voll	12	4	0	0	0	0	0	0	16	22,2
Neutral/ gleich- gültig	1	1	0	0	1	0	0	0	3	4,2
Ambivalent/ unberechenbar	1	0	0	0	1	0	0	0	2	2,8
Abweisend/ distanziert	4	4	0	3	2	6	1	0	20	27,8
Abweisend/ verachtend	1	0	0	0	0	1	0	0	2	2,8
Verachtend/ schlagend	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1,4
Aggressiv/ hasserfüllt	1	2	1	4	4	10	0	2	24	33,3
Eifersüchtig/ einengend	2	0	0	1	0	0	1	0	4	5,5
Gesamt (%)	22 (30,5%)	11 (15,3%)	1 (1,4%)	8 (11,1%)	8 (11,1%)	18 (25,0%)	2 (2,8%)	2 (2,8%)	72 (100,0%)	

Tab. 28: Gegenseitiges, partnerschaftliches Verhalten aus Sicht der Patientinnen. Von den insgesamt 86 Patientinnen wurden 14 Patientinnen nicht berücksichtigt: 9 Patientinnen waren noch ledig und bisher ohne Partner. Eine Patientin lebte in einer lesbischen Beziehung. Bei weiteren vier Patientinnen konnten entweder keine, oder nur unvollständig Daten erhoben werden.

Nur weniger als ein Drittel der Patientinnen erlebten ihre Partner als positiv, mehr als zwei Drittel aber als negativ. Nur 16 Patientinnen (22,2 %) beschrieben sich selber gegenüber ihren Partnern als neutral-gleichgültig, beziehungsweise als freundlich-liebvoll. Über dreiviertel der Patientinnen jedoch bezeichneten sich gegenüber ihren Partnern als ablehnend. Alles in allem gab es nur 12 Partnerschaften (16,7 %), in denen ein beiderseitig freundliches beziehungsweise liebevolles Verhalten von den Patientinnen geschildert wurde. So standen den 16 positiv erlebten Partnerschaften immerhin 56 Fälle (77,8 %) mit Verhaltensweisen gegenüber, die von emotionaler Härte, Distanz, Gleichgültigkeit, Hass und sogar Gewalt geprägt waren.

Wegen der kleinen Fallzahlen (n=72) wurden die in der Tab. 30 dargestellten Feinkategorien für die statistische Berechnung zu Grobkategorien entsprechend dem Kriterium erlebter Gewalttätigkeit, wie Seite 26 ausgeführt, verdichtet. ‚Liebevoll/ freundlich‘ wurde unter dem Aspekt der Gleichberechtigung als gegenseitig ‚liebevoll/ förderliches‘ Verhalten interpretiert. ‚Ambivalent/ unberechenbares‘ Verhalten wurde unter ‚neutral/ funktional‘ subsummiert, da in einigen Fällen keine differenzierenden Angaben über Richtung und Ausmaß des Verhaltens gefunden wurden. Die gewalttätig erlebten Merkmale wurden in der Kategorie ‚restriktiv/ schlagend‘ zusammengefasst. Eine erneute Analyse der Daten mittels einer Kreuztabelle ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang bezüglich eines gegenseitig ‚restriktiv/ schlagenden‘, Verhaltens (s. Tab. 29).

Verhalten der Patientinnen	Verhalten der Partner			Gesamt	
	Liebevoll/ förderlich	Neutral/ funktional	Restriktiv/ schlagend	N	%
<b>Liebevoll/ förderlich</b>	12 (16,6 %)	4 (5,6 %)	0 (0,0 %)	16	22,2
<b>Neutral/ funktional</b>	2 (2,8 %)	1 (1,4 %)	2 (2,8 %)	5	7,0
<b>Restriktiv/ abweisend</b>	8 (11,2 %)	7 (9,6 %)	36 (50,0 %)	51	70,8
<b>Gesamt</b>	22 (30,6 %)	12 (16,6 %)	38 (52,8 %)	72	100,0

Tab. 29: Gegenseitiges partnerschaftliches Verhalten aus Patientinnensicht ( $p < .001$ ) nach Verdichtung von gewaltfrei und gewalttätig erlebten Interaktionsvariablen.

Wie aus Tabelle 30 (s.u. S. 62) deutlich wird, schilderten mehr als die Hälfte der Patientinnen ihr Partner als ‚restriktiv/ schlagend‘. Nicht ganz ein Drittel der Partner wurden ‚liebevoll/ förderlich‘ erlebt. Dabei ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit der Partner.

Auch die berufliche Qualifikation der Partner spielte statistisch für das Verhalten der Partner in der Beziehung aus Sicht der Patientinnen keine entscheidende Rolle. (s.u. S. 62, Tab. 31)

ethnische, bzw. nationale Herkunft der Partner	Partnerverhalten			N	%
	Liebevoll/förderlich	Neutral/funktio nal	Restriktiv-schlagend		
Türkisch (immigriert)	7 (25,0 %)	5 (17,9%)	16 (57,1 %)	28	100,0
Türkisch (in Deutschland geboren)	6 (37,5 %)	2 (12,5 %)	8 (50,0 %)	16	100,0
„Heiratsmigrant“	3 (33,3 %)	0 ( 0,0 %)	6 (66,7 %)	9	100,0
Türkisch (ohne Angabe)	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	2 (40,0 %)	5	100,0
Türkisch (noch in der Türkei lebend)	1 (50,0 %)	0 ( 0,0 %)	1 (50,0%)	2	100,0
Deutsch	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	6	100,0
Andere Ethnie/Nationalität	2 (33,3 %)	1 (16,7 %)	3 (50,0 %)	6	100,0
Gesamt	22 (30,6 %)	12 (16,7 %)	38 (52,7 %)	72	100,0

Tab. 30: Beziehungsverhalten der Partner nach ethnischer bzw. nationaler Herkunft ( $p = .875$ ).

Berufliche Stellung der Partner	Partnerverhalten			N	%
	Liebevoll/förderlich	Neutral/funktional	Restriktiv-schlagend		
Ungelernt	1 (07,7 %)	3 (23,1 %)	9 (69,2 %)	13	100,0
Gelernt (Arbeiter)	3 (37,5 %)	0 (00,0 %)	5 (62,5 %)	8	100,0
Gelernt (Angestellter)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	6	100,0
Selbständig (kaufm.)	3 (23,1 %)	2 (15,4 %)	8 (61,5 %)	13	100,0
Akademiker	2 (20,0 %)	2 (20,0 %)	6 (60,0 %)	10	100,0
Noch in Ausbildung	4 (44,4 %)	1 (11,1 %)	4 (44,4 %)	9	100,0
Keine Berufsangabe	7 (53,8 %)	2 (15,4 %)	4 (30,8 %)	13	100,0
Gesamt	22 (30,6 %)	12 (16,7 %)	38 (52,7 %)	72	100,0

Tab. 31: Beziehungsverhalten der Partner und ihre berufliche Qualifikation ( $p = .479$ ).

#### 4.7 Transgenerationale Prozesse

Zentrale Schnittstelle im Hinblick auf einen kulturell erwünschten, psycho-sozialen Transfer in der Generationenfolge sind die Sozialisationsvorgänge. Eine besondere Bedeutung haben dabei die Erziehungsinhalte und Erziehungsstile. In diesem Zusammenhang interessieren besonders Angaben zu folgenden, durch die Eltern repräsentierten und transgenerational bedeutsamen Sozialisationsfaktoren, sowie deren normativen, finalen und Selbstbild regulierenden Funktionen im Sozialisationsprozeß:

1. Beziehungsmuster der Eltern aus Patientinnensicht
2. Variablen elterlichen Erziehungsverhaltens aus Patientinnensicht
3. Transgenerationale Weitergabe von Beziehungsmustern

Zu 80 von 86 Elternpaaren gab es Angaben zu deren gegenseitigen Verhalten, das überwiegend die intrafamiliäre Verteilung der Macht mit den Merkmalen ‚dominant/ gewalttätig‘ – ‚gleichberechtigt‘ – ‚passiv/ unterwürfig‘, sowie die zwischen den Eltern erlebte Nähe und Distanz mit den Merkmalen ‚bezogen – distanziert‘ betraf. Ein ‚liebvoll-förderlicher‘ Umgang fand sich bei einem Zusammentreffen der Merkmale ‚gleichberechtigt‘ und ‚bezogen‘, ein affektiv-neutraler, funktional versorgender Umgang bei den Merkmalen ‚gleichberechtigt – distanziert‘. Die Überprüfung der Merkmalsverteilung nach Herkunftsländern der Patientinnen mit dem  $\chi^2$ -Test ergab keine statistisch unterschiedliche Verteilung.

### **Beziehungsmuster der Eltern**

Hinsichtlich des Beziehungsverhaltens der Eltern untereinander – unabhängig vom Herkunftsland der Patientinnen – ergaben sich hoch signifikante Werte für die Konstellation ‚Vater/ gewalttätig – Mutter/ unterwürfig‘, sowie ‚Vater/ dominant – Mutter/ passiv‘. Am drittstärksten war die Konstellation ‚Mutter/ dominant – Vater/ unterwürfig‘ vertreten (s.u. S. 64, Tab. 32).

Beziehungsverhalten der Mütter	Beziehungsverhalten der Väter							
	Gleichberechtigt/ bezogen	Gleichberechtigt/ distanziert	Dominant (kontrollierend)	Gewalttätig	Unterwürfig	Passiv	Keine Angabe	N
Gleichberechtigt (bezogen)	7	0	0	0	0	0	0	7
Gleichberechtigt (distanziert)	0	11	0	0	0	0	0	11
Dominant (kontrollierend)	0	0	0	0	14	0	0	14
Gewalttätig	0	0	0	0	0	0	0	0
Unterwürfig	0	0	0	27	0	0	0	27
Passiv	0	0	21	0	0	0	0	21
Keine Angabe	0	0	0	0	0	0	6	6
Gesamt	7	11	21	27	14	0	6	86

Tab. 32: Gegenseitiges Beziehungsverhalten der Eltern ( $p < .001$ ).

Um eine größere Trennschärfe hinsichtlich qualitativ ähnlicher Aspekte des elterlichen Beziehungsverhaltens zu erreichen, wurde das Beziehungsverhalten der Eltern unter dem Aspekt gegenseitiger, partnerschaftlicher Gewalt zu der Variablen ‚Beziehungsmuster/ Eltern‘ mit folgenden Kategorien (s.o. S.27, Tab. 4) in der Tabelle 33 zusammengefasst.

	Elterliches Beziehungsmuster	
	bisher	neu
<b>Keine Gewalttätigkeit</b>	Gleichberechtigt/ bezogen	Liebevoll/ förderlich
	Gleichberechtigt/ distanziert	Neutral/ funktional
<b>Gewalttätigkeit erlebt</b>	Dominant/ kontrollierend	Restriktiv (einengend/ einengen)
	Unterwürfig	
	Passiv ertragend	
	Gewalttätig/ schlagend	Schlagend

Tab. 33: Bildung der Variablen ‚Elterliches Beziehungsmuster‘ für das gegenseitige Verhalten der Eltern.

Wie Tab. 34 (s.u. S. 65) zeigt, standen ‚restriktiv/ schlagende‘ Beziehungsmuster in der Rangfolge an erster Stelle (Vater oder Mutter einseitig dominant/ kontrollierend bis gewalttätig). Es folgte ein gegenseitig ‚neutral/ funktionales‘ Verhalten. Ein ‚liebvoll/ förderliches‘ Verhaltensmuster fand sich nur in sieben Fällen.

Eheliches Verhalten der Mütter	Eheliches Verhalten der Väter			Gesamt
	Liebevoll/ förderlich	Neutral/ funktional	Restriktiv / schlagend	
Liebevoll/ förderlich	7	0	0	7
Neutral/ funktional	0	10	1	11
Restriktiv/ schlagend	0	1	61	62
Gesamt	7	11	62	80

Tab. 34: Eheliches Verhalten der Eltern; Übereinstimmungskoeffizient ( $\kappa$ ; Cohen 1960) zeigt eine sehr gute Übereinstimmung: Kappa = 0.933; keine Angaben in sechs Fällen.

### Variablen elterlichen Erziehungsverhaltens

Unter dem Aspekt möglicher psychopathologischer Folgen elterlichen Erziehungsverhaltens waren die Erziehungsvariablen an den auf Seite 24 ff. ausgeführten Vulnerabilitätsfaktoren elterlichen Erziehungsverhaltens orientiert. Es interessierte zunächst, ob es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Herkunftsländer der Patientinnen gab.

Eine Überprüfung der Häufigkeitsverteilung der elterlichen Erziehungsvariablen nach Herkunftsländern der Patientinnen ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede (s. Tab. 35). Eine statistische Tendenz zeigte sich lediglich hinsichtlich des von den Patientinnen erlebten emotionalen und des Erziehungsverhaltens der Väter.

Erziehungsvariablen	Väter	Mütter
Emotionales Verhalten	$p < .100$	$p = .837$
Erziehungsverhalten	$p < .100$	$p = .790$
Körperkontakt	$p = .200$	$p = .524$
Rollenerwartung	$p = .591$	$p = .711$
Leistungserwartung	$p = .717$	$p = .206$

Tab. 35: Erziehungsvariablen der Eltern überprüft nach Häufigkeit der Verteilung in den Herkunftsfamilien aus der Türkei bzw. aus Deutschland.

Hinsichtlich der Variable ‚emotionales Verhalten‘ überwogen bei den Vätern der in der Türkei geborenen Patientinnen die Merkmale ‚liebervoll‘ (39,6 %) und ‚distanziert-abweisend‘ (34,0 %), während bei den Vätern der in Deutschland geborenen Patientinnen das Merkmal ‚ambivalent-unberechenbar‘ (48,0 %) deutlich erhöht war und vor ‚liebervoll‘ (36,0 %) den 1. Rang einnahm. Bei den Müttern beider Herkunftsländer

wurde von den Patientinnen die Ausprägung ‚funktional-versorgend‘ am häufigsten vergeben (35,9 %). Nur 19,1 % der Patientinnen beschrieben ihre Mütter als liebevoll.

Bei der Variable ‚Erziehungsverhalten‘ überwog – wenn auch statistisch nicht relevant – das Merkmal ‚streng‘ bei den Vätern der in der Türkei geborenen Patientinnen (35,6 %). Dieses Merkmal kam bei den Vätern der in Deutschland geborenen Patientinnen genauso oft wie das Merkmal ‚schlagend‘ vor (29,8 %). Die Mütter wurden von ca. 37 % der Patientinnen als streng beschrieben, während nur ca. 20 % einen geduldigen Erziehungsstil ihrer Mütter angaben. Auch hierbei spielte das Herkunftsland der Patientinnen statistisch keine Rolle.

Bezüglich der Leistungs- und Rollenerwartung gab es ebenfalls – wie bereits erwähnt – keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Herkunftsländer der Patientinnen. Die Eltern wurden gleichermaßen von den Patientinnen als traditionsgebunden und mit niedriger Leistungserwartung erlebt. Dem entsprachen signifikante Werte im  $\chi^2$ -Test und Fisher-Test (s. Tab. 36 und 37):

Rollenerwartung der Väter an die Töchter	Leistungserwartung der Väter an die Töchter					
	Hoch/ehrgeizig		Niedrig/nicht ehrgeizig		N	%
	N	%	N	%		
Eher traditionell	15	24,2	47	75,8	62	100,0
Eher fortschrittlich	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Gesamt	24	33,3	48	66,7	72	100,0

Tab. 36: Rollen-/ Leistungserwartungen der Väter an die Töchter. Zu der Variablen ‚Leistungserwartungen‘ lagen nur für 72 Patientinnen Angaben vor. ( $\chi^2$ -Test,  $p < .001$ ; Fisher-Test  $p < .001$ ).

Rollenerwartung der Mütter an die Töchter	Leistungserwartung der Mütter an die Töchter					
	Hoch/ehrgeizig		Niedrig/nicht ehrgeizig		N	%
	N	%	N	%		
Eher traditionell	11	17,5	52	82,5	63	100,0
Eher fortschrittlich	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Gesamt	16	22,9	54	77,1	70	100,0

Tab. 37: Rollen-/ Leistungserwartungen der Mütter an die Töchter. Zu der Variablen ‚Leistungserwartungen‘ lagen nur für 71 Patientinnen Angaben vor. ( $\chi^2$ -Test  $p < .001$ ; Fisher-Test  $p < .001$ ).

Bezüglich der Variable väterlichen Körperkontakts gab es ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Herkunftsländer der Patientinnen. An erster Stelle stand in 42 Fällen (48,8 %) das Merkmal ‚distanziert‘, gefolgt von ‚schlagend‘ in 18 Fällen (20,9 %) und liebevoll in 12 Fällen (14,0 %). Für 14 Väter (16,3 %) der insgesamt 86 Patientinnen (100,0 %) waren keine Angaben erhoben worden.

Um Merkmalsüberschneidungen und Doppelnennungen bei den Variablen ‚Erziehungsverhalten‘ (z.B.: Merkmale ‚streng‘/ ‚schlagend‘) und ‚Körperkontakt‘ (z.B. ‚strafend/ schlagend‘) zu vermeiden, wurden beide Variablen zu einer neuen Variablen ‚Erziehungsverhalten der Väter‘ nach qualitativ ähnlichen Merkmalen und dem Kriterium erlebter Gewalttätigkeit (s.o. S. 27) zusammengefasst. Es ergaben sich folgende Werte (s. Tab. 38):

<b>Erziehungsverhalten/ Väter</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Liebevoll/ förderlich	26	30,2
Neutral/ funktional	7	8,1
Restriktiv/ schlagend	46	53,5
Keine Angaben	7	8,2
<b>Gesamt</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Tab. 38: Erziehungsverhalten/ Väter.

Bezüglich der Variable mütterlichen Körperkontakts gab es ebenfalls keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Herkunftsländer der Patientinnen. An erster Stelle stand in 30 Fällen (34,8%) das Merkmal ‚distanziert‘, gefolgt von ‚schlagend‘ in 22 Fällen (25,6 %) und liebevoll-fürsorglich in 13 Fällen (15,2 %). Für 21 Mütter (24,4 %) der insgesamt 86 Patientinnen (100 %) waren keine Angaben erhoben worden.

Für die Mütter ergaben sich bei der Zusammenfassung der Variablen Erziehungsverhalten und Körperkontakt für die Variable ‚Erziehungsverhalten/ Mütter‘ folgende Werte (s. S. 68, Tab. 39):

<b>Erziehungsverhalten/ Mütter</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Liebevoll/ förderlich	18	20,9
Neutral/ funktional	30	34,9
Restriktiv/ schlagend	31	36,0
Keine Angaben	7	8,2
Gesamt	86	100,0

Tab. 39: Erziehungsverhalten der Mütter.

16 Patientinnen (27,1 %) von den in der Türkei geborenen Patientinnen (100 %) erlebten ihre Eltern strenger, 9 Patientinnen (15,2 %) freizügiger als in der Türkei, während zehn Patientinnen (16,9 %) keinen Unterschied sahen. Für 24 Patientinnen (40,8%) gab es keine Angaben. Eltern aus dörflichen Regionen wurden geringfügig strenger erlebt als Eltern aus städtischen Regionen.

15 Patientinnen gaben eine deutliche Veränderung im Verhalten ihrer Mütter, 18 im Verhalten ihrer Väter an, die sie, soweit es die Kindheit betraf, mit Bevorzugungen nachgeborener Brüder in Zusammenhang brachten. Dabei schien dies für die aus dörflich-traditionell geprägtem Milieu stammenden Eltern bedeutsamer zu sein, als für Eltern mit städtischer Herkunft. 40 von 57 Patientinnen erlebten die Eltern mit Beginn der Pubertät kontrollierender, während 17 Patientinnen keine Zunahme von Einschränkungen in der Pubertät angaben. Hinsichtlich der Herkunftsländer gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede.

### **Transgenerationale Weitergabe von Beziehungsmustern**

Um transgenerationale Übertragungsprozesse abbilden zu können, wurden die Beziehungen der Eltern und der Patientinnen, die eine Partnerschaft zu einem Mann hatten, vermittelt über die Sozialisationsprozesse auf signifikant durchgängige Beziehungsmuster hin untersucht. Dabei wurde der Frage nachgegangen, ob sich das väterliche bzw. mütterliche, elterliche Beziehungsverhalten im Erziehungsverhalten den Töchtern gegenüber fortsetzte.

Bezüglich des väterlichen Verhaltens konnten die Angaben von 77 Patientinnen ausgewertet werden. Die Angaben zu neun Patientinnen waren unvollständig.

Das ‚dominant-gewalttätige‘ eheliche Beziehungsverhalten der Väter fand sich signifikant im Erziehungsverhalten den Töchtern gegenüber wieder und betraf 40 (51,9 %) von 77 Fällen (100 %). Insgesamt fand sich in 45 Fällen ein ‚restriktiv-schlagendes‘ Verhalten der Väter (s. Tab. 40).

Eheliches Verhalten der Väter	Väterliches Erziehungsverhalten						N	%
	Liebevoll/ förderlich		Neutral/ funktional		Restriktiv/ schlagend			
	N	%	N	%	N	%		
Liebevoll/ förderlich	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	100,0
Neutral/ funktional	5	50,0	1	10,0	4	40,0	10	100,0
Restriktiv /schlagend	15	25,0	5	8,3	40	66,7	60	100,0
Gesamt	25	32,5	7	9,1	45	58,4	77	100,0

Tab. 40: Eheliches Verhalten der Väter vs. ‚Erziehungsverhalten/Väter‘ ( $p < .100$ ).

Bezüglich des mütterlichen Verhaltens konnten die Angaben von 76 Patientinnen ausgewertet werden. Die Angaben zu zehn Patientinnen waren unvollständig.

Eheliches Verhalten der Mütter	Mütterliches Erziehungsverhalten						N	%
	Liebevoll/ förderlich		Neutral/ funktional		Restriktiv/ schlagend			
	N	%	N	%	N	%		
Liebevoll/ förderlich	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6	100,0
Neutral/ funktional	1	9,1	4	36,4	6	54,5	11	100,0
Restriktiv/ schlagend	14	23,7	22	37,3	23	39,0	59	100,0
Gesamt	18	23,7	28	36,8	30	39,5	76	100,0

Tab.41: Eheliches Verhalten der Mütter vs. ‚Erziehungsverhalten/Mütter‘ ( $p = .380$ ).

Bei den Müttern zeigte sich kein signifikanter Unterschied im ehelichen Beziehungsverhalten und ihrem Erziehungsverhalten den Töchtern gegenüber. Ein Drittel der Mütter mit einem ‚passiv-unterwürfigen‘ Verhalten in der Ehe (s.o. S. 62, Tab. 34) nahm in der Erziehung selber jedoch eine ‚restriktiv/ schlagende‘ Position den Töchtern gegenüber ein. Betroffen waren davon 23 (30,2 %) von 76 Fällen (100 %). Ein ‚restriktiv-schlagendes‘ Erziehungsverhalten fand sich insgesamt in 30 (39,5 %) der 76 Fälle (100 %) (s.Tab. 41).

Es interessierte sodann, ob es signifikante Übereinstimmungen in den elterlichen Beziehungsmustern und der Situation der Patientinnen in ihren Beziehungen gab. Wie Tab. 42 zeigt, bestand in 27 Fällen (39,7 %) von insgesamt 68 Fällen (100 %) eine hochsignifikante Gemeinsamkeit der elterlichen Beziehungsstruktur und der ihrer Töchter bezüglich des Merkmals ‚restriktiv-schlagend‘. Die Patientinnen befanden sich, wie ihre Mütter, überwiegend in Beziehungen mit einem ‚restriktiv/ schlagenden‘ Verhalten der Partner. Ein ‚neutral/-versorgendes‘ elterliches Beziehungsmuster stand einem ‚restriktiv/ schlagenden‘ Beziehungsmodus der Patientinnen in acht Fällen (11,6 %) bei gleichzeitig fünf ‚restriktiv/ schlagenden‘ Partnern (7,4 %) gegenüber. Selbst bei einem ‚förderlich/ liebevollen‘ Beziehungsverhalten der Eltern fand sich eine Tendenz zu einem ‚restriktiv/ schlagenden‘ Grundmuster in den Beziehungen der Patientinnen.

Beziehungsmuster der Eltern	Verhalten der Patientin	Partnerverhalten			N
		Liebevoll/ förderlich	Neutral/ funktional	Restriktiv/ schlagend	
Liebevoll/ förderlich	Liebevoll/ förderlich	2	0	0	6 Fälle p< .100 (8,8 %)
	Neutral/ funktional	0	1	1	
	<b>Restriktiv/ schlagend</b>	0	0	<b>2</b>	
Neutral/ funktional	Liebevoll/ förderlich	2	0	0	10 Fälle p< .100 (14,7 %)
	<b>Restriktiv/ schlagend</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	
<b>Restriktiv/ schlagend</b>	Liebevoll/ förderlich	7	4	0	52 Fälle p< .001 (76,5 %)
	Neutral/ funktional	2	0	1	
	<b>Restriktiv/ schlagend</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>27</b>	
Gesamt		21 (30,9 %)	11 (16,2 %)	36 (52,9 %)	68 (100 %)

Tab. 42: Beziehungsmuster der Patientinnen mit ihren Partnern in Abhängigkeit vom Beziehungsmuster der Eltern. 9 der insgesamt 77 Beziehungen der Patientinnen konnten wegen fehlender Angaben zu ihren Eltern nicht berücksichtigt werden. Für eine transgenerationale Weitergabe einer ‚restriktiv/ schlagenden‘ Beziehungsstruktur in den Herkunftsfamilien ergab sich statistisch ein hoch signifikanter Wert ( $p < .001$ ). Auch bei einem ‚liebevoll/ förderlichen‘ bzw. ‚neutral/ funktionalen‘ Beziehungsmuster der Eltern fand sich jeweils eine statistische Tendenz für ein ‚restriktiv/ schlagendes Verhalten‘ der Partner in ihren Beziehungen.

## **5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE**

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Untersuchung richtet sich auf die Bedeutung früher, migrationsbedingter Trennungserlebnisse im Hinblick auf spätere, psychogene Erkrankungen türkischer Migrantinnen.

Wie im Teil 1 der Arbeit dargelegt finden sich in klinischen Arbeiten im Zusammenhang mit den Ursachen psychischer Erkrankungen von Migranten im Wesentlichen folgende Hypothesen (s. S. 1-4):

- 1) Postmigratorische Hypothese: Primär ursächlich für aktuelle Erkrankungen sind vielfältige und andauernde Benachteiligungen seitens des Aufnahmelandes (These A).
- 2) Migratorische Hypothese: Aktuelle Erkrankungen sind Spätfolgen von Traumatisierungen im Verlauf des Migrationsprozesses (These B).
- 3) Prämigratorische Hypothese: Psychische Erkrankungen bestanden bereits vor der Migration (These C).

Zur Klärung der o.g. Forschungsfrage wurden die Hypothesen an Hand von sekundärstatistisch ausgewerteten, anamnestischen Daten von 86 türkischer Patientinnen überprüft, die in der Zeit von 1997 bis 2006 aus diagnostischen Gründen Kontakt mit dem Institut für Psychotherapie e.V. Berlin aufgenommen hatten. Es handelte sich um 59 in der Türkei und 27 bereits in Deutschland geborene Patientinnen. Die Beschränkung auf Patientinnen war dadurch begründet, dass sich über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg nur vereinzelt türkische Männer gemeldet hatten.

### **5.1 Diskussion der Methodik und zum Untersuchungskollektiv**

Ziel der Untersuchung war es, mittels einer Inhaltsanalyse nach Mayring hypothesenrelevante Daten zu ermitteln.

In methodischer Hinsicht waren mehrere kritische Einwände zu berücksichtigen:

Bei Sekundäranalysen stellt sich das Problem, dass nachträglich keine primären Daten mehr erhoben werden können und in einigen Fällen unklar bleibt, ob entsprechende Daten nicht einbezogen wurden oder überhaupt nicht vorhanden waren. Es wurden daher nur Befunde einbezogen und eine unklare Datenlage der Kategorie ‚keine Angaben‘ zugeordnet.

Zu einigen Variablen gab es zwar identische, aber vom Umfang her unterschiedliche Angaben, was eine unterschiedliche Differenzierung von Merkmalen zur Folge hatte und bei der Kodierung bedacht werden musste.

Grundsätzlich bestehen Schwierigkeiten, Datenmaterial zu internen Familienangelegenheiten zu erhalten. Dies wird insbesondere von türkischen Familien als Einmischung erlebt (Toprak 2004, S. 90). Der Schutz der ‚Familienehre‘ verlangt, „nach außen ein geschlossenes Bild abzugeben (ebd. S. 76). Diese Einstellung kann sich besonders dann nachteilig auswirken, wenn Daten mittels eines Fragebogens erhoben werden. Mayer et al. (2005) und auch Uslucan et al. (2005) berichten unabhängig voneinander, dass bei einer schriftlichen Befragung von deutschen und türkischen Schülern sowie deren Eltern ca. 25 % der Eltern nicht teilnahmen, bzw. diese ihren Kindern die Teilnahme untersagten. Ein weiterer Teil der Schüler fehlte am Tage der Befragung aus Krankheitsgründen. Für die hier vorliegende Untersuchung erwies es sich daher als vorteilhaft, dass die primären Daten jeweils mit Hilfe einer umfangreichen mündlichen Exploration gewonnen worden waren, die vermutlich besser als ein Fragebogen auch prekäre Familieninterna erfasst hatte.

Hinsichtlich der Reichweite der eigenen Ergebnisse musste aufgrund der überbezirklichen, spezialisierten Versorgungsfunktion des Instituts ein Selektionseffekt in Erwägung gezogen werden, der bei der Interpretation und Verallgemeinerung der Ergebnisse zu bedenken war.

Da breiter angelegte, kulturübergreifende Vergleichsuntersuchungen zur Psychopathologie unter Beachtung psycho-dynamischer Vorgänge fehlen, hat die vorgelegte Untersuchung primär einen deskriptiven Charakter.

## **5.2 Diskussion der Ergebnisse**

Aufgrund der unterschiedlichen Hypothesen wurden folgende Ergebnisse erwartet:

- These A: Hinweise auf außergewöhnliche und schwer belastende Lebensereignisse (entsprechend F43 ICD-10) im Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung,
- These B: Unterschiede hinsichtlich Art und Schwere der Erkrankungen in Abhängigkeit vom Herkunftsland und Migrationsprozess,
- These C: Hinweise auf bestehende psychische Erkrankungen vor Beginn des Migrationsprozesses.

### **Bedeutung der psychosozialen und sozio-ökonomischen Faktoren**

Um ‚forschungsrelevante‘ Merkmale des Patientinnenkollektivs deutlich werden zu lassen, sollen zunächst die ‚Merkmalsprofile‘ türkischer Patienten aus aktuellen deutschsprachigen Publikationen exemplarisch vorangestellt werden. In ihnen hält sich bezüglich der Lebensbedingungen türkischer Migranten – bis in die jüngste Zeit – fast ausnahmslos die Beschreibung einer ‚a priori‘ pathogenen, sozio-ökonomischen und psychosozialen Ausgangslage.

Behrens und Callies (2008) zählen nach Durchsicht der Behandlungsberichte von 55 Migranten einer psychiatrischen Universitätstagesklinik im Zeitraum 1999-2004 folgende „Vulnerabilitätsfaktoren“ auf, denen Migranten in der Regel ausgesetzt seien: Ungeklärter Aufenthaltsstatus, ausstehende Einbürgerung, Auseinandersetzung, Diskriminierung und Verunsicherung bei Behörden und anderen Institutionen. In sozialpsychologischer Hinsicht nennen sie das Fehlen eines unterstützenden, sozialen Umfeldes. Weiterhin bestehe ein „pathologisch gesteigerte(s) Misstrauen gegenüber staatlichen Autoritäten nach Erfahrung institutionalisierter Repression“ was zu „Vorbehalten gegenüber hiesigen Behandlungsangeboten“ führe. Die Aufzählung wird komplettiert durch den Hinweis auf Gefühle von „Heimatlosigkeit, Konflikte um Rückkehrwünsche, Kränkungen im Zusammenhang mit (dem) Status als Ausländer“, sowie eine „paranoide Verarbeitung der Migration“. Abschließend runden sie die Auf-

zählung ab, indem sie auf mögliche Konflikte um die traditionelle Auffassung von Geschlechterrollen sowie religiöse Überzeugungen und um traditionelle Gebräuche hinweisen (ebd. S. 164 ff.).

In ähnlicher Weise gehen Möskö et al. (2008) in einer vergleichenden Untersuchung von deutschen (n=753) und türkischen Patienten (n=99) von einer erhöhten psychosozialen Belastung von in Deutschland lebenden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund aus und vermuten dafür insbesondere mangelnde Schulabschlüsse und Arbeitslosigkeit (ebd. S. 177).

Differenzierter im Blick auf eher kulturspezifische als migrationsspezifische Aspekte von psychischen Erkrankungen sind – wie bereits eingangs (s.o. S. 2) erwähnt – behandlungsorientierte Fallberichte. Schouler-Ocak et al. (2008, S. 269 ff.) legen anhand zweier Kasuistiken sexuell traumatisierter türkischer Patientinnen dar, welchen Einfluss kulturell unterschiedliche Konzepte über Krankheit und Gesundheit, tradierte Wertvorstellungen, kulturspezifische Einflussfaktoren auf das Outcome einer Psychotherapie haben können. Als Krankheitsursachen nennen sie insbesondere den „Bösen Blick“ und Bestrafungen für Nichteinhalten von sozialen oder religiösen Regeln. Tradierte Wertvorstellungen und kultur-spezifische Faktoren werden von ihnen jedoch nur allgemein und ohne genauere Ausführung als mögliche Einflussfaktoren genannt.

Ähnlich schildert Kahraman (2008, S. 18) in der thematischen Einführung zu ihrer qualitativen Studie auf der Suche nach Anforderungen an eine kultursensible Therapiebeziehung die Lage von Migranten: Migranten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund werden in der Regel „politisch ausgegrenzt und nicht als gleichwertiger Bevölkerungsbestandteil betrachtet“. „MigrantInnen“ befinden sich „häufiger in sozialen Notlagen“, verfügen „objektiv über weniger Ressourcen“ und leiden „zunehmend unter Armut“. Unter Bezugnahme auf Hollingshead & Redlich (1958\*) wird angeführt, dass niedrige soziale Schichten von Psychotherapie „erheblich weniger profitieren als mittlere oder gehobene Schichten“ (ebd. S. 18). Zitiert wird weiter Collatz (2001), der annimmt, „dass

---

\* Die Autoren untersuchten die unterschiedliche psychische Gesundheit von ‚white‘- und ‚blue-collar‘ Beschäftigten in den USA, u.a. die Zunahme des Erkrankungsrisikos bei Verlust des ökonomisch-sozialen Status und davon abhängig, eine schlechtere Zugangsmöglichkeit zu therapeutischen Versorgungseinrichtungen (sog. ‚drift‘-Theorie. D.S.).

MigrantInnen seltener in Therapien überwiesen, bzw. aufgenommen werden“.

Hinsichtlich struktureller Mängel im Versorgungssystem wird Kadushin (1966) angeführt, die für die USA eine Benachteiligung für Psychoanalyse-Patientinnen insofern konstatierte, als ihnen ein erforderliches, informelles Netzwerk und damit der Zugang zu einer Psychotherapiemöglichkeit fehle. Kahraman führt dann die Situation ihrer eigenen psychologischen Beratungsstelle für ‚MigrantInnen‘ in München an, in der eine Therapievermittlung ebenfalls in erster Linie, wenn auch deutlich mehr als in dem von Kadushin erwähnten Umfang, „durch informelle Netzwerke (40 %) (...) als durch alle professionellen Stellen zusammengenommen“ stattfände, was eine strukturelle Benachteiligung für ‚MigrantInnen‘ bedeute.

Interessant im Zusammenhang mit der hier vorgelegten Untersuchung ist ein Beitrag von Tagay et al. (2008): Sie berichten basierend auf der Befragung von 195 türkisch-kurdischen Patienten (Alter 40,5 +/- 13,3 Jahre; 63,6 % weiblich) aus sieben allgemeinärztlichen Praxen über eine größere Häufigkeit von Arztbesuchen von türkischsprachigen Patienten in Abhängigkeit von lebensgeschichtlich zurückliegenden Traumatisierungen. Diese würden als mögliche Ursache für aktuelle Erkrankungen u. U. nicht erkannt werden und bildeten deshalb ein „erhöhtes Risiko von Fehldiagnosen, inadäquaten Therapien oder problematischen Krankenkarrerien bei Migranten“ im Vergleich zu Einheimischen (ebd. S. 160). Als am häufigsten erlebtes traumatisches Ereignis wurde der Tod oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson genannt. Es folgten schwere Unfälle, schwere Krankheiten und Naturkatastrophen, was jedoch keine migrationsspezifischen Aspekte sind.

Folgt man schließlich der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Deutschen Islamkonferenz (2008) in Auftrag gegebenen und vom Deutschen Jugenddienst (DJI) vorgelegten Informationsgrundlage, die auf „Literaturrecherchen und (...) Telefoninterviews mit acht Praxisangeboten“, sowie „Teilergebnissen von DJI-Projekten“ (2008, S. 4\*) basiert, so ergibt sich für die Lage von Migranten in Deutschland folgendes Bild: 54 % der türkischen Familien und nur 7 % der deutschen

---

\* genaue Daten waren nicht zu erhalten

Familien verfügen über ein Haushaltsnettoeinkommen das zu den unteren 10 % aller Haushalte zählt“. Ferner werden Alt und Holzmüller (2006, S. 30 ff., zit. DJI, S. 5) zitiert, nach denen lediglich ein Prozent der türkischen Familien „zu den höheren Einkommensgruppen gehört“. Ausgehend von dieser ökonomischen Situation, die die Autoren des DJI einerseits auf eine hohe Arbeitslosigkeit, andererseits auf einen vergleichsweise niedrigen Ausbildungsstand der Migranten zurückführen, belegen sie die „schwierigen Lebensbedingungen, denen türkische Familien in Deutschland ausgesetzt sind. Hinzu kommt, dass türkische Mütter mit 85 % die höchste Rate der nichterwerbstätigen Mütter im Vergleich zu einheimischen (...) Müttern aufweisen.“ Gleichzeitig seien „türkische Familien kinderreicher (2,6 Kinder) als deutsche Familien (2,2 Kinder)“ (DJI 2008; S. 4/5), wobei nicht deutlich wurde, ob die Autoren daraus eine ökonomisch benachteiligte Lage ableiteten.

Da es sich bei der o.g. Arbeitsvorlage gleichsam um eine ‚amtliche‘ Situationsbeschreibung der gesellschaftlichen Lage von Frauen in Familien türkischer Herkunft handelt, interessierte, inwieweit die eigenen Daten mit diesen und den zuvor exemplarisch zitierten Angaben übereinstimmten. Ein Vergleich zeigte, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in einem deutlichen Widerspruch dazu stehen:

- 64 (71,9 %) der untersuchten Patientinnen befanden sich aktuell in einem Arbeits- bzw. Beschäftigungsverhältnis bzw. in einem finanziell geförderten Ausbildungsgang. 8 (8,9 %) Patientinnen waren Hausfrauen, 3 (3,4 %) Patientinnen bekamen eine Rente und 11 (12,4 %) waren aktuell arbeitslos.
- Die erheblichen Abweichungen der eigenen Daten von den ‚offiziellen‘ Angaben zur Erwerbsquote könnte auf einen institutsspezifischen Selektionseffekt zurückzuführen sein. U.U. finden arbeitslose Patienten weniger leicht den Weg zu einer Psychotherapieeinrichtung. Eine schlüssige Interpretation fällt jedoch schwer, weil es keine fallbezogenen Angaben zur tatsächlichen Einkommenssituation der Patientinnen und damit keine Rückschlüsse auf die realen Existenzbedingungen gab. Folgt man den üblichen Interpretationen einer Gleichsetzung von niedriger Beschäftigungsquote und sozialer Notlage, so würde die relativ hohe Beschäftigungsquote erklären, warum keine ökonomischen Gründe von den Patientinnen mit ihren Erkrankungen in Zusammenhang gebracht wurden. Der

hohe Erwerbstätigkeitsanteil der Partner (79,8 %) und ihr Tätigkeitsprofil machten zusätzlich ein möglicherweise bestehendes Armutsrisiko unwahrscheinlich. Wie spekulativ die Interpretationen jedoch sein können, wird deutlich, wenn man bedenkt, dass Häuslichkeit der Mütter bzw. Ehefrauen in traditionellen Familien gegenüber der Erwerbstätigkeit als höherwertig eingeschätzt wird, so dass ein höherer ‚Hausfrauenanteil‘ nicht zwangsläufig als Indikator für eine ökonomisch ungesicherte Lage interpretiert werden kann. Eine Erwerbstätigkeit der Mütter wäre in diesen Fällen eher ein Hinweis auf eine schwierige ökonomische Lage. Diese Überlegungen beleuchten die Problematik einer kausalen Zuordnung von Daten einer Sozialstatistik zu klinischen Ergebnissen. In keiner der vorliegenden Untersuchungen waren die realen Einkommensverhältnisse erfasst, so dass dieser Punkt in der Erhebung von Anamnesen zukünftig mehr Beachtung finden sollte.

- Ein Vergleich des Ausbildungsstandes und des Tätigkeitsprofils der Eltern in der Türkei und in Deutschland mit der aktuellen beruflichen Stellung der Patientinnen ließ unter sozio-demographischen Gesichtspunkten eine wachsende Mittelstandsbildung mit steigender Bildungsorientierung erkennen (s. S. 43 und 46 f., Tab 9 und Tab. 10), was weder auf einen gesellschaftlich bedingten Ausbildungsrückstand, noch auf einen speziellen sozio-pathogenen Einfluß hinwies.
  
- Angaben zu den Geburtenraten konnten durch die vorliegenden Ergebnisse ebenfalls nicht bestätigt werden (s. S. 45). Unsere Befunde decken sich mit neueren Ergebnissen über die Abnahme der Geburtenhäufigkeit auch in der Türkei. Klaus et. al. (2007) fanden in einer Vergleichsstudie von 622 türkischen und 249 palästinensischen Müttern einen drastischen Rückgang der Geburtenrate von durchschnittlich 4,8 im Jahr 1980 auf 2,0 im Jahr 2007 für die Türkei (TÜIK 2007, S. 74) im Gegensatz zu einer unvermindert hohen Rate (5,1) in der ‚Westbank‘ und (sogar 6,6) im Gaza-Streifen (zit. nach State Institute of Statistics, 2004). Die Autoren sehen eine Ursache für die unterschiedliche Entwicklung u.a. in einer zunehmenden Absicherung durch soziale Systeme und in dem Wunsch nach freier Lebensgestaltung, was in gleicherweise auch für die Interpretation eigener Befunde gelten kann. Ein Selektionseffekt könnte insofern von Bedeutung sein, als bei Migranten eine Abnahme der Geburtenhäufigkeit mit

zunehmenden Grad der Akkulturation beobachtet wird, was ebenso für unsere Patientinnen gelten konnte.

- Ein überraschender Befund war, dass von den Patientinnen zu möglichen Konflikten in den Bereichen Beruf, Partnerschaft, Familie und Sozialverhalten – speziell hinsichtlich deren Bedeutung für die Symptomentstehung – bis auf neun Fälle ausnahmslos intrafamiliäre Konflikte genannt wurden. (s. S. 58 ff. Tab. 26 und Tab. 27). Auffällig waren dabei zwei Beobachtungen: Zum Einen zeigte sich, dass es sich bei den Konflikten überwiegend um Trennungskonflikte handelte, so dass die Vermutung einer besonderen Vulnerabilität aufgrund traumatischer Migrationserfahrungen nahe lag. Ein zweiter auffälliger Befund war der hohe Anteil an aktueller familiärer bzw. partnerschaftlicher Gewalt in 45 Fällen (50,5 %) und Suizidalität in 36 Fällen (40,4 %) in zurückliegender Zeit, davon in neun Fällen in der Adoleszenz (s. S. 57). Häusliche Gewalt schien bei einem Großteil der Patientinnen über lange Zeit als ‚Problematik‘ ausgeblendet bzw. als Normalität in den Beziehungen der Geschlechter ‚kommentarlos‘ ertragen worden zu sein. Daten zur Suizidalität in der Adoleszenz ließen ebenfalls auf eine erhebliche intrafamiliäre Gewalt schließen (Ausführliches zur häuslichen Gewalt s.o. S. 59 f.).
- Auch hinsichtlich der Zugangsbedingungen zu Einrichtungen des Gesundheitssystems ergaben die eigenen Daten ein anderes als das von Kahraman gezeichnete Bild. Ein deutlich höherer Anteil der Patientinnen hatte aufgrund professionellen Anratens oder auch in Eigeninitiative Kontakt mit dem Institut aufgenommen (s. S. 41). Auch der Anteil der Patientinnen (19,1 %), die auf Anraten Dritter, sozusagen im Rahmen eines informellen Netzwerkes, den Weg in die Institutsambulanz gefunden hatte, lag gegenüber den 40% der von Kahraman (s.o. S. 74) angegebenen Zahlen einer Münchener Beratungsstelle deutlich niedriger. Eine ähnlich benachteiligte Versorgungslage wie im Fall der genannten Beratungsstelle oder gar der Situation der 50-er Jahre in den USA kann daher durch unsere Ergebnisse nicht belegt werden. Ein gravierender struktureller Mangel besteht jedoch hinsichtlich einer auf das Berliner Stadtgebiet insgesamt

bezogenen ambulanten, türkisch-sprachigen Weiterversorgung, auf den Köpp et al. bereits sehr viel früher (1993c, S. 65) hingewiesen hatten.

Unter migrationsspezifischen Aspekten zeigte das Patientenkollektiv folgende Merkmale: Aufgrund ihres langjährigen Aufenthaltes in Deutschland verfügte der überwiegende Teil der Patientinnen, wie die in Deutschland geborenen Patientinnen, über gute Deutschkenntnisse. Schulischer und beruflicher Werdegang, ein erfolgreiches Zurechtfinden im ‚öffentlichen Raum‘, was den Zugang zu medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen betraf, und eine Tendenz zur überbezirklichen Mobilität hinsichtlich des Wohnortes sprachen für eine weitgehend gelungene Akkulturation.

Andererseits fanden private Kontakte überwiegend nur in der eigenen, ethnischen Gruppe statt, was zum einen dem Wunsch nach einem kulturell vertrauten Alltagsleben entsprach, zum anderen sicher auch als ein Reflex auf Ausgrenzungstendenzen seitens der deutschen Bevölkerung verstanden werden könnte und eher für eine Separation sprach. Die Lebenspartner waren überwiegend türkischer Herkunft und traditionell-konservativ orientiert. 73 % der türkischen Partner wurden von den Patientinnen daher auch als traditionsgebunden erlebt, von denen wiederum etwas mehr als die Hälfte (58,5 %) Kontakte ausschließlich im türkischen Milieu suchten. Dem entsprach ein endogames Heiratsmuster. Auffällig war dagegen die Auflockerung des traditionellen Scheidungstabus und der Sexualmoral (s.o. S. 45). Auch wenn die Gründe dafür in den Einzelfällen unterschiedlich ausfielen, so deutet sich darin eine tiefgehende Erschütterung des traditionellen Verhältnisses der Geschlechter zueinander an, wenn man die Abhängigkeit der männlichen Ehre von der Kontrolle der Sexualität der weiblichen Familienmitglieder in Betracht zieht. Die hohe Gewaltrate in den ehelichen Konflikten der Patientinnen und die Suizidhandlungen in der Adoleszenz hingen in unterschiedlicher Weise damit zusammen. Bevorzugte Kontakte im türkischen Milieu sowie eine überwiegend ethno-zentristische Partnerwahl wiesen zwar auf separative Tendenzen hin, es entstand jedoch nicht der Eindruck, dass es sich dabei um Anzeichen einer Ghetto-bildung oder Marginalisierung handelte. Akkulturation und Separation wiesen eher auf die Bildung einer bikulturellen Identifikation als spezifische Form von Integration hin.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die eigenen Ergebnisse die Hypothese A i.S. einer primär krankheitsverursachenden, sozio-ökonomischen Benachteiligung nicht stützen, auch wenn immer wieder alltägliche oder massive migrantenfeindliche Vorfälle in der Öffentlichkeit bekannt wurden. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass die Patientinnen durch ihr eigenes kulturelles Umfeld ‚psycho-sozial‘ geschützt waren.

Gegen eine sozio-ökonomische Verursachung sprach weiter, dass individuell kein Hinweis auf ein ‚Armutrisiko‘ bestand, was mit den besonderen Bedingungen türkisch-deutscher Migration zu tun haben konnte. Abadan-Unat hatte bereits 1993 (S. 202) auf die „Besonderheit der türkisch-deutschen Migrationsbewegungen“ hingewiesen. Sie fanden im Gegensatz zu ‚persönlichen Migrationen‘ in anderen Ländern im Rahmen eines „sorgfältig abgesteckten, bilateralen Übereinkommens“ statt, d.h. als „Teil von Regierungsplänen zum ‚Import von Arbeitskraft‘ oder ‚Export von überschüssiger Arbeitskraft‘. Migration auf der Grundlage von Arbeitsverträgen mit fester Entlohnung war in dieser Zeit „ein integrierter Bestandteil des herrschenden Wirtschaftssystems“ (ebda. S. 202). Dies bedeutete, dass alle Patientinnen vermutlich in gleichermaßen gesicherten ökonomischen Verhältnissen aufwuchsen: Die in Deutschland geborenen Patientinnen aufgrund der in jener Zeit bestehenden Vollbeschäftigung, die in der Türkei geborenen Patientinnen, indem sie durch arbeitsvertraglich gesicherte, vorausgezogene Familienangehörige in Deutschland ebenfalls ökonomisch stabile Verhältnisse voranden.

## Diskussion der klinischen Daten (Symptomatik)

Ein überraschender Befund war, dass es trotz unterschiedlicher Migrationsverläufe (s. S. 52 ff., Tab. 21-24) keine schwerwiegenden, signifikanten Häufigkeitsunterschiede bei den ICD-Diagnosen gab, was man hätte erwarten können (Hypothese B). Kremer und Spangenberg (1980), Grinberg & Grinberg (1990), Koch 1995, von der Stein (2006), Gül. et al. und andere Autoren haben u.a. immer wieder auch auf die psychopathogenen Folgen des konkreten Migrationsverlaufes hingewiesen. Die eigenen Ergebnisse zeigten lediglich bei den somatoformen Störungen (F45.8 ICD-10) mit  $p < .05$  und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD F50-51) mit  $p < .05$  statistisch signifikante Unterschiede. ‚Somatisierungsstörungen‘ (F45.0 ICD-10; 24 Fälle) und ‚sonstige somatoforme Störungen‘ (F45.8 ICD-10; 3 Fälle) waren bei den in der Türkei geborenen Patientinnen deutlich häufiger vertreten, während ‚anhaltende somatische Schmerzstörungen‘ (F45.4 ICD-10; 3 Fälle) bei in Deutschland geborenen Patientinnen, u.U. als Folge einer chronifizierten, somatischen Konfliktverarbeitung, am häufigsten vertreten waren (s.o. S. 55, Tab. 22). Essstörungen (F50 ICD-10) wurden von in Deutschland geborenen Patientinnen (11 Fälle) signifikant häufiger angegeben, während in der Türkei geborene Patientinnen häufiger über Schlafstörungen (F51.2 ICD-10; 23 Fälle) klagten. (s.o. S. 55, Tab. 23). Eine schlüssige Interpretation ist wegen der geringen Fallzahlen und fehlender weiterführender Angaben nicht möglich.

Eine Überprüfung der psychoanalytischen Strukturdiagnosen ergab ebenfalls keine signifikanten Unterschiede ( $p = .533$ ) hinsichtlich ihrer Häufigkeit und ihrer Verteilung nach dem Herkunftsland der Patientinnen, was die Befunde der ICD-Diagnosen bestätigte (s.o. S. 56). Als eine mögliche Erklärung bot sich die Tatsache an, dass die Patientinnen von wenigen Ausnahmen abgesehen, über den Migrationsverlauf hinweg in einem vertrauten, familiären bzw. sozialen Umfeld blieben, das dem der in Deutschland geborenen Patientinnen entsprach. Dies galt sowohl für die soziale Struktur (vollständige Familie in 18 Fällen), Teilfamilie mit einem Elternteil und Geschwistern (in 21 Fällen), Verwandtschaft in unmittelbarer Nähe (in 14 Fällen) oder weiter entfernt (in 3 Fällen), als auch für die einzelnen Trennungseignisse (s.o. S. 50 f., Tab. 16 und S. 51, Tab. 17). Im Gegensatz zu Migrationsverläufen aufgrund politischer Verfolgung, Vertreibung, ökonomischer oder ethnischer Konflikte handelte es sich um materiell und

rechtlich weitgehend gesicherte Vorgänge, die trotz Abwesenheit eines Familienmitgliedes und örtlicher Veränderungen bestehende familiäre Beziehungsmuster nicht in ihrem Kern bedrohten.

Die im Ergebnisteil aufgeführten Daten (s.o. S. 52 ff.) ließen jedoch auch eine unterschiedliche Reaktion auf die Trennungseignisse im Verlauf des Migrationsprozesses erkennen. Soweit Patientinnen sich erinnern konnten, bezogen sich etwa 60% der Angaben auf eine gedrückte bzw. traurige Stimmungslage, während ca. 20% der Patientinnen zuversichtliche Stimmungen in Erinnerung hatten. Die übrigen 20% verteilten sich auf trotzige, teils von Hassgefühlen oder Gefühllosigkeit begleitete Ablehnungen. Da es sich um Mehrfachnennungen unterschiedlicher Patientinnen zu verschiedenen Trennungseignissen handelte, gaben die Daten lediglich einen Hinweis auf die begleitende Erlebnisverarbeitung, die insgesamt statistisch nicht signifikant waren.

So gesehen stützten die hier vorgelegten eigenen Ergebnisse weder die ‚Postmigratorische Hypothese (A)‘ (‚Sozio-ökonomische Benachteiligung als Krankheitsrisiko‘) noch die ‚Migratorische Hypothese (B)‘ (‚Traumatisierende Migration als Erkrankungsrisiko‘). Auch gab es anamnestisch keine Hinweise auf manifeste psychogene, bzw. psychiatrische Erkrankungen vor Beginn des Migrationsprozesses, so dass die ‚Prämigratorische‘ Hypothese (C) (‚Psychische Erkrankungen bereits vor dem Migrationsprozess‘) ebenfalls aufgrund der Datenlage nicht bestätigt werden konnte.

Es wurden daher relevante psychopathogene Faktoren im Zusammenhang mit Einflüssen, die lebensgeschichtlich früher und unabhängig von Migrationsereignissen lagen, in Erwägung gezogen. Hierbei wurde der Frage nachgegangen, ob es sich dabei um Generationen übergreifende, in kulturellen Beziehungsmustern verankerte Sozialisationsbedingungen handelte. Im Falle eines positiven Befundes war weiter zu fragen, in welcher Beziehung die aktuellen klinischen Befunde zu diesen psychogenetischen und psycho-sozialen Vorgaben standen, bzw. zu interpretieren waren.

### **5.3 Sozialisationsvariablen und ihre Auswirkungen**

Nicht nur in deutsch-sprachigen Veröffentlichungen zur Migration, sondern in der Türkei selbst gibt es kaum verlässliche Daten größeren Umfangs über den Einfluss von Sozialisationsbedingungen auf klinisch relevante, psychogenetische Entwicklungsbeeinträchtigungen. Erste Ansätze finden sich in neueren Untersuchungen zur Entwicklung von Gewaltbereitschaft türkischer Jugendlicher in Deutschland (Uslucan 2002; Pfeiffer et al. 2005; Mayer, Fuhrer, Uslucan 2005 und Uslucan 2009) und zur Lebenslage Jugendlicher in der Türkei (Kagitcibasi und Sunar 1997, Schönbohm 1999, Kagitcibasi 2007). Die deskriptive Darstellung der eigenen Ergebnisse leistet daher einen Beitrag zur Verkleinerung dieser Lücke.

So wie der Konflikt zwischen Tradition und Moderne seit der türkischen Staatsgründung alle Schichten der türkischen Gesellschaft durchzieht, war zu erwarten, dass auch die elterlichen Erziehungsziele und Erziehungspraktiken durch diesen Widerspruch geprägt waren. Es war daher zu klären, ob die Grundzüge des an der modernen Verfassung orientierten ‚Nationalen Bildungswesens‘ oder einer weiterbestehenden, eher traditionell-islamischen Orientierung (s.o. S. 10) in der Erziehung der Patientinnen bestimmend waren. Angaben zu den Lebensgeschichte der Eltern wurden deshalb nach Hinweisen auf ihre normativ-kulturellen Orientierungen untersucht.

#### **Sozio-kulturelle Lage der Herkunftsfamilien**

Die sozio-demographischen Daten der Eltern sowie zentrale Sozialisationsvariablen belegten eine überwiegend traditionell-islamische Orientierung der Herkunftsfamilien. Dafür sprachen folgende Daten:

- Geburtsjahrgänge und ländliche Herkunft der Eltern (s.o. S. 45);
- Sozio-ökonomischer Status der Eltern (s.o. S. 46);
- Sozialisationsvariablen, die statistisch signifikant hoch das Vorherrschen eines traditionell-islamischen Frauenbildes belegen (s.o. S. 65 ff.);
- Höhere Wertschätzung der Söhne gegenüber den Töchtern (s.o. S. 68);

- Kontrollierende Einschränkungen expansiver Impulse der Töchter in der Pubertät. Eltern aus dörflichen Regionen der Türkei waren in dieser Beziehung etwas strenger, was u.U. mit dem Bemühen um die Bewahrung tradierter kultureller Werte zusammenhing (s.o. S. 68).

### **Elterliches Verhalten (s.o. S. 62 ff.)**

Entscheidend für die frühkindliche Entwicklung ist das familiäre Klima. Wie die Ergebnisse zeigen, herrschte in der Summe betrachtet aufgrund des Übergewichts eines hierarchisch-autoritären (‚restriktiv-schlagendes‘) Erziehungsverhaltens und einer ‚distanziert-funktionalen‘ Nähe/-Distanzregulierung ein pathogenes Sozialisationsklima vor, das sich aus traditionellen Normen herleitete (s.o. S. 66 ff.). Ähnliche Merkmale prägten das gegenseitige elterliche Verhalten: Mehr als 2/3 der Patientinnen erlebten bei ihren Eltern ein ‚restriktiv-schlagendes‘, ca. 12, % ein ‚neutral-versorgendes‘ und nur knapp 8% ein ‚liebvoll-förderliches‘ Beziehungsmuster (s.o. S. 65, Tab. 34).

Diese Ergebnisse passen zu Befunden neuerer Untersuchungen zur intrafamiliären Gewalt in türkischen Familien. Unter Bezug auf eine Befragung, die vom Kriminologischen Institut Niedersachsen durchgeführt wurde (1999, Forschungsbericht Nr. 80) kam Uslucan (2003b, S.12) in seinem Beitrag „Häusliche Gewalt in Migrantenfamilien“ zum Ergebnis, dass türkische Familien im Vergleich zu anderen Migranten und einer deutschen Vergleichsgruppe am stärksten belastet waren“. So hatten

- 25 % der eingebürgerten, türkischen Familienmitglieder in ihrer Kindheit Misshandlungen, ca. 16 % schwere Züchtigungen erlebt (d.h. insgesamt 41 %),
- ca. 22 % der türkischen Familienmitglieder mit Migrantenstatus von Misshandlungen und ca. 16 % von schweren Züchtigungen berichtet (d.h. insgesamt 38 %).

Zusammengefaßt waren 79 % der befragten Familienmitglieder betroffen.

Angaben zu elterlicher Gewalterfahrung im letzten Jahr zum Zeitpunkt der Erhebung (1999) ergaben bezüglich

- eingebürgerter Türken: 18,2 % Misshandlungen und 12,4 % schwere Züchtigungen (d.h. insgesamt 30,6 %),
- türkischer Migranten: 17,8 % Misshandlungen und 11,0 % schwere Züchtigungen (d.h. insgesamt 28,8 %).

Zusammengenommen waren 59,4 % der Befragten aktuell betroffen. Uslucan kommt außerdem zu dem Ergebnis, dass „fast jeder fünfte der befragten türkischen Jugendlichen (...) im Laufe des letzten Jahres zu Hause misshandelt worden war“ (2003b, S. 13).

Eigene Daten ergaben ähnliche hohe Werte. 62 Patientinnen (69,7 %) gaben an, in ihrer Kindheit mindestens von einem Elternteil geschlagen worden zu sein, 18 Patientinnen von ihnen (20,2 %) wurden sogar von beiden Eltern geschlagen.

Uslucan (2003b, S. 13) berichtet weiter über beobachtete Gewalt in der Partnerschaft der Eltern für eingebürgerte Türken von ca. 22 % Misshandlungen und ca. 12 % schweren Züchtigungen (d.h. insgesamt 34 %). Für Türken mit Migrantenstatus wurden in knapp 15 % der Fälle Misshandlungen und in ca. 18 % schwere Züchtigungen (d.h. insgesamt 33 %) genannt. Dies ergab, dass 67 % der befragten Jugendlichen Gewalt in den Partnerschaften der Eltern beobachtet hatten.

Eigene Daten belegen in 62 Fällen (72,1 %) ein häufiger von Gewalt geprägtes (restriktiv/ schlagendes) elterliches Beziehungsmuster (s. o. S. 65, Tab. 34).

Auch Schepker et al. (2009, S. 265) berichten unter Bezug auf Pfeiffer et al. (2005) sowie Pfeiffer et al. (1999), dass 31,3 % von Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund Gewalt zwischen den Eltern erleben, d.h. ca. doppelt so häufig wie Kinder von Spätaussiedlern (17 %) und etwa dreimal so häufig wie Kinder einheimischer Eltern (11 %). 19 % türkischer Jugendlicher würden zudem misshandelnde Gewalt seitens der Eltern erleben, d.h. fast dreimal so häufig wie einheimische Kinder

(5,8 %). Sie sehen einen ursächlichen Zusammenhang mit den Risikofaktoren Bildungsferne und Arbeitslosigkeit als Hinweise auf ein Armutsrisiko: „Arbeitslose und Sozialhilfe empfangende Eltern misshandeln ihre Kinder mehr als doppelt so häufig wie privilegierte“ Eltern (ebd. S. 265). Dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen familiärer Gewalt und sozialer Lage besteht, ließ sich anhand der eigenen Daten, zumindest bezogen auf die berufliche Stellung der Partner (s.o. S. 62) als Hinweis auf ein fehlendes Armutsrisiko, nicht belegen. Beziehungen von Akademikern, Selbständigen und Angestellten waren nicht signifikant weniger von häuslicher Gewalt betroffen als Beziehungen von Arbeitern mit und ohne spezielle Ausbildung (s. S. 62, Tab. 31). Ein mögliches Motiv für die insgesamt hohen Raten häuslicher Gewalt könnte in innerfamiliären Auseinandersetzungen um Autonomie und Macht sowohl zwischen, als auch innerhalb der Generationen liegen. Fehlende katamnestische Untersuchungen und fehlende Untersuchungen von Vergleichsgruppen in der Türkei lassen jedoch nur Vermutungen zu.

Mayer (2005)\* konnte in einer vergleichenden Befragung von deutschen und türkischen Schülern sowie ihrer Eltern an 13 Berliner Schulen ebenfalls eine transgenerationale Transmission von Gewalt in türkischen Familien belegen (ebd. S. 146). Auch Uslucan belegt unter Bezug auf die Ergebnisse von Mayer, „dass die elterliche Gewalt gegenüber dem Kind zwischen Müttern und Vätern in türkischen Familien hoch korreliert“ (2005, S. 13 ff.).

Die Überprüfung der transgenerationalen Weitergabe elterlichen Beziehungsverhaltens bezüglich der eigenen Daten ergab, dass sich ein dominant-gewalttätiges eheliches Beziehungsverhalten der Väter hoch signifikant zu ca. 58 % im Erziehungsverhalten den Töchtern gegenüber wiederfand. Bei den Müttern fanden sich keine signifikanten Gemeinsamkeiten. 23 Mütter mit einem ‚passiv-unterwürfigen Verhalten‘ in der Ehe nahmen jedoch den Töchtern gegenüber eine ‚restriktiv-schlagende‘ Position (s.o. S. 69, Tab. 40 ff.) ein.

---

\* In ihrer Analyse der intrafamiliären Gewaltbeziehungen geht Mayer von einer gleichberechtigten Machtposition beider Elternteile aus, was zwar für ein aufgeklärtes, euro-amerikanisches ‚middle-class‘ Beziehungsmodell gilt jedoch der hierarchischen Position im Verhältnis der Geschlechter untereinander und der damit verbundenen Gewaltverteilung in traditionell-orientierten, türkischen Beziehungen nicht gerecht wird (Mayer 2005, S.12).

Hinsichtlich einer transgenerationalen Weitergabe von Beziehungsvariablen ergaben sich auch hochsignifikante Gemeinsamkeiten zwischen den elterlichen Beziehungsmustern und denen ihrer Töchter bezüglich des Merkmals ‚restriktiv-gewalttätig‘: 52 Mütter hatten Partner mit einem ‚restriktiv-schlagenden‘ Verhalten. Insgesamt berichteten 45 Patientinnen von Gewalt in ihren eigenen Beziehungen, dabei handelte es sich in 31 Fällen um körperliche Misshandlungen. Für die Variablen ‚neutral-funktional‘ und ‚liebvoll-förderlich‘ ergab sich jeweils eine statistische Tendenz bezüglich der Gemeinsamkeiten elterlicher oder partnerschaftlicher Beziehungsmuster der Patientinnen (s.o. S. 70, Tab. 42).

Die eigenen Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass es sich bezüglich familiärer Gewalt um eine strukturelle, d.h. kulturell verankerte Gewalt handelt, die eine transgenerationale Weitergabe von hierarchischen Autoritätsstrukturen und ihren Werten (Gehorsam, Respekt, Loyalität) gewährleistet. Uslucan (2003b, S. 12 ff.) sieht eine Gewaltbereitschaft daher unabhängig von sozio-ökonomischen Belastungssituationen auch in gut eingebürgerten Familien als Alltagsrealität. Als weitere, wenn auch in geringerem Umfang signifikant häufig gefundene Sozialisationsvariable erwies sich ein ‚neutral-funktionales‘ und – mit der geringsten Rate – ein ‚liebvoll-förderliches‘ elterliches Verhalten.

Da diese Variablen aufgrund klinischer Erfahrung als psychopathogene Faktoren hinreichend nachgewiesen gelten, sollen sie im Weiteren hinsichtlich ihrer psycho-genetischen und psycho-sozialen Bedeutung sowie ihren psychodynamischen Auswirkungen im Hinblick auf pathogene Aspekte eines kulturellen Beziehungsmusters diskutiert werden. Da es dazu keine auf umfangreichen Daten basierende Untersuchung gibt, wird es im Folgenden um einen interpretativen Bezug der klinischen Befunde zu intra- und interkulturellen psycho-pathologischen Prozessen gehen.

### **Elternvariable: ‚Liebevoll/ förderlich‘ (s. o. S. 64 ff.)**

Insgesamt hatten nur 10,1 % der Patientinnen beide Eltern in ihrem Verhalten gleichermaßen ‚liebvoll/ förderlich‘ erlebt. Die Frage, warum es trotz positiv erlebter Sozialisationsbedingungen zu den schwerwiegenden psychischen Erkrankungen kommen konnte, wird sich erst katamnestisch erhellen lassen. Beobachtungen aus Thera-

pieverläufen zeigen, dass Gewalt, soweit sie kulturell legitimiert ist, in vielen Fällen erst im Verlauf, oder am Ende einer Therapie als solche wahrgenommen wird.

### **Elternvariable: ‚Neutral/ funktional‘ (s.o. S. 64 ff.)**

15,7 % der Patientinnen hatten ihre Eltern ihnen gegenüber überwiegend ‚neutral/-funktional‘ erlebt. Bei der Frage nach der Bedeutung lebensgeschichtlich früher Trennungsergebnisse sind nicht allein äußere Trennungen von Bedeutung. Innere Abwesenheit oder Kontaktmangel im elterlichen Verhalten können ebenso ein Gefühl von Verlassenheit und Einsamkeit beim Kind bewirken, so dass in diesem bei 32,6 % der Mütter erlebten Beziehungsverhalten, ein wesentlicher pathogener Faktor gesehen werden kann.

Als aufschlussreich im Zusammenhang mit dem eigenen Forschungsvorhaben erwies sich eine von 1991 bis 2006 in den USA durchgeführte, prospektive Studie ECCYD (‚Early Child Care and Youth Development‘) des NICHD (National Institute of Child Health and Human Development/ Virginia-USA) zum Bindungsverhalten zwischen Müttern und ihren Kindern. Untersucht wurden die Folgen einer Störung der Mutter-Kind-Beziehung durch Trennungsergebnisse in verschiedenen Etappen der kindlichen Entwicklung. Von anfänglich 1.364 Familien waren 2006 noch 1.009 Familien beteiligt (Friedman und Boyle 2009).

Als entscheidend für die Entwicklung einer guten Bindungsqualität des Kindes wurde eine feinfühlig (sensitive), beantwortende (responsive) Wahrnehmung des kindlichen Bindungsverlangens durch die Mutter im ersten Lebensjahr als sichere Basis für ein Erkundungsverhalten beschrieben. Spätere Trennungen und veränderte Bindungsarrangements konnten die so früh erworbene Bindungsfähigkeit nicht ernsthaft gefährden. Fehlte es an diesen mütterlichen Einstellungen im ersten Lebensjahr, fanden sich dagegen ‚unsicher-vermeidende‘, bzw. ‚unsicher-ambivalent, gebundene‘ Kinder bis hin zu Kindern mit einem ‚desorganisierten Bindungsverhalten‘, das sich in Ängsten vor der Mutter oder einem übertriebenen Anklammerungsverhalten an die Mutter zeigte. Diese Beobachtungen stimmen mit klinischen Beobachtungen aus psychoanalytischer Sicht überein.

### **Elternvariable: ‚Restriktiv/ schlagend‘ (s.o. S. 64 ff.)**

70,7 % der Patientinnen hatten ihre Eltern restriktiv/ schlagend und/ oder abweisend erlebt. Die Väter (55,0 %) zeigten dabei gegenüber den Müttern (28,2 %) etwa doppelt so hohe Werte.

Während die Variable ‚neutral/ funktionales‘ Verhalten etwas über fehlende Nähe und emotionale Beziehung aussagt, kommt in der Variablen ‚restriktiv/ schlagend‘ eine hierarchisch orientierte, kulturelle Gewalt zum Ausdruck, die für die transgenerationale Weitergabe überlieferter sozio-kultureller Strukturen von Bedeutung ist. Dieser Prozess ist nicht nur auf die familiäre Sozialisation beschränkt, worauf Kagitcibasi und Sunar (1997) in ihren Untersuchungen zur „Familie in der Türkei“ hinweisen: „Strenge externe Kontrolle findet in der Schule ebenso statt wie zu Hause. Damit sind Kontinuität und Homogenität in der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen gewährleistet. Es handelt sich hierbei um ein sich selbsterhaltendes System, in dem Kinder in dem Moment, in dem sie das Schulalter erreichen, die Art von Disziplin und Disziplinierung erwarten, mit der sie aufgewachsen sind“ (ebd. S. 158).

Abgesichert über konkrete Gewalt werden so über subkulturell geprägte Erziehungsstile sowohl Inhalte, als auch Normen und Werte an die nächste Generation weitergegeben. Sprachsymbole erhalten auf diese Weise – kontextgebunden – eine subkulturelle soziale Bedeutung (Mead 1948) und beinhalten alle normativen Erwartungen, die von außen an das Individuum in Form von Rollenerwartungen gerichtet werden (Goffman 1963). Mit dem linguistischen Erklärungsmodell Chomsky's für eine sprachlich vermittelte Transformation soziologischer in psychologische Sachverhalte hatten Grinberg & Grinberg (1990, S. 113 ff.) die damalige Diskussion über generative Sprachgrammatiken und subkulturell geprägte Sprachcodes als Zugangsschlüssel zu den jeweiligen Bedeutungsinhalten sprachlicher Symbole aufgegriffen und auf ihre Bedeutung für den Integrationsprozess hingewiesen. Während die generativen Grammatiken sich auf eine kulturell gemeinsame (primäre) Enkulturation beziehen und Sprachcodes durch die Ebene einer sekundären (subkulturellen) Enkulturation gleichsam hindurch auf diese ‚zugreifen‘, bindet Oevermann (1970, S. 39 ff.) die sprachlichen Symbole in ihrem kon-

kreten Sprachgebrauch (grammatical performance) enger an subkulturell geprägte Strukturbedingungen mit ihren institutionalisierten Rollenerwartungen (grammatical competence). Eine derart sprachlich vermittelte, subkulturelle Gemeinsamkeit sozialen Handelns und einer kollektiven Erlebnisverarbeitung zwischen Gesellschaft und Gruppe entspricht dem Begriff eines ‚kollektiven Habitus‘ (Bourdieu, 1976, 1987). Dieser Begriff gilt hier jedoch nur insoweit, als es sich als strukturiertes und strukturierendes Prinzip um die Organisation kollektiver ‚subkultureller‘ Erfahrung i.S. einer funktionsvermittelnden, sozio-genetischen Kategorie handelt und diese Prozesse begrifflich fassbar macht \*: Affekt, Repräsentanz und Symbolisierung in einem Sprach- und Denksystem können nicht nur psychologisch erschlossen werden.

Für die therapeutische Praxis bedeutet dies, dass Deutungen keine universale Gültigkeit wie bei Grinberg & Grinberg besitzen, sondern ihrer Wirkung auch durch kollektiv-habituelle Faktoren bestimmt sind. Diese kollektive, subkulturelle Erfahrung als Teil des ideologischen Wertsystems einer Kultur wird in Gestalt früher Objektbeziehungen internalisiert (s.u.). Die in Sozialisationsvorgängen religiös-kulturell gebilligte Gewalt macht diese in traditionell-patriarchalischen Gesellschaften zur kulturellen Normalität, so dass sie als eine „alltägliche, körperliche Gewalt gleichsam unbewusst aus der offiziellen Wahrnehmung ausgespart“ bleiben kann, worauf bereits Arslan (1993, S. 67-74) und auch Willems (1997, S. 22 ff.) hingewiesen hatten.

Kohte-Meyer (2009, S. 150) verweist auf die Folgen eines interkulturell bedingten „kompletten Sprachwechsels“ mit den Schwierigkeiten, neue Äußerungsformen für das ICH zu finden und rekuriert auf Grinberg & Grinberg (1990, S. 113), die von einer „Desorganisation des ICHs“ beim Wechsel des kulturellen Lebensraumes sprechen. Der hier gemeinte Sachverhalt betrifft jedoch einen prä migratorischen, intrakulturellen Sachverhalt, und bezieht sich auf Skotome, die insbesondere das Vorhandensein intrafamiliärer Gewalt und deren psycho-sozialen Folgen betreffen. Erim (2009, S. 34-41) beschreibt ausführlich die Struktur und Sozialisationsbedingungen in türkischen Fami-

---

\* Bourdieus monokausale Anbindung der verschiedenen Kapitalformen an sozio-strukturelle Verteilungen wird jedoch weder den sozio-genetischen Bedingungen des ‚kollektiven Habitus‘ als Prozessstruktur gerecht, noch werden bei Bourdieu die Vermittlung von kollektivem und persönlichem Habitus in einem Sozialisationsprozess erkennbar. - Saller (1999, S. 104) weist ebenfalls auf den utilitaristischen Aspekt seines Menschenbildes hin, der für ein kreatives und eigenständiges Handeln keinen Raum lässt.

lien mit Hinweis auf die in den tradierten Hierarchien wirksame Gewalt. Sie nennt zwar die ‚Identifikation mit dem ‚Aggressor‘ und die ‚Wendung gegen das eigene Selbst‘ (ebd. S. 73) als ‚zentralen Abwehrmechanismus der masochistischen Persönlichkeit‘, sieht aber die Lösung bzw. seelische Reifung der Frau letztlich in der geduldigen und leidensfähigen Akzeptanz der kulturell vorgegebenen Rolle, die auf diese Weise ihrerseits tradiert wird. Gewalt als individuelles ‚Fehlverhalten‘ im Kontext eines modernen und an den Grundrechten orientierten Verhältnisses der Menschen zueinander (Unverletzbarkeit der Würde, der körperlichen Integrität, der Gleichheit, etc.) unterliegt jedoch einer anderen Wahrnehmung, als eine strukturelle Gewalt, die als konstituierendes Agens von Beziehungen durch Tradition kollektiv legitimiert ist \*.

Kernberg (2002, S. 164-170) hat im Zusammenhang mit einer kulturellen Verarbeitung von Aggressionen auf die Fixierung aggressiver Affekte in unbewussten, internalisierten Objektbeziehungen hingewiesen. Unter Einwirkung früher, intensiver Affektzustände findet eine frühe Spaltung dieser Objektbeziehungen in eine idealisierte und in eine verfolgende, jeweils unbewusste Erfahrung statt, die strikt voneinander getrennt gehalten bleiben (s.o. S. 14 ff.). Diese Spaltungen werden im Laufe der Entwicklung durch integrierende Persönlichkeitsanteile überlagert, es bleibt aber eine Bereitschaft, bei zu großer seelischer Belastung auf die Ebene der Spaltungen zurückzukehren. Je früher traumatische Erlebnisse die Integrationsfähigkeit des kindlichen ICHs überfordern, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Einbruch des psychischen Gleichgewichts kommt. Die an diese Prozesse gebundenen, affektiven Erfahrungen werden von der Mutter als unbewusste Botschaften, so Kernberg, mittels Inszenierungen unbewusster Objektbeziehungen in ihren Interaktionen mit dem Baby zum Ausdruck gebracht und werden vom Kind unbewusst interpretiert und affektiv verstanden. Diese affektive Kommunikation wird durch Sprache als „Kommunikation subjek-

---

\* Es fällt schwer sich vorzustellen, dass der frisch vermählten, jungen Ehefrau nach ersten sexuellen Erfahrungen in der Ehe wie dem Ehemann (s. Erim 2009, S. 75) eine Zeit der außerehelichen, sexuellen Erkundung zugebilligt würde, während der Ehemann mit Geduld zu Hause wartet, bis die „Individuationsreise“ sie wieder zu ihm „zurückführt“.

Wie die eigenen Ergebnisse zeigen (s. S. 45) findet in vielen Fällen jedoch eine „sexuelle Individuationsreise“ bei jüngeren Türkinnen bereits vor der Ehe - entweder in Form eines Doppellebens, oder unter einem lebensgefährlichen Ausbruch aus dem familiären Kontext - statt. Die Zunahme einer operativen Wiederherstellung der Jungfräulichkeit ist m.E. als Anzeichen eines zunehmenden traditionsorientierten Konformitätsdruckes zu verstehen. – Sicher hat die Beachtung der jeweiligen kulturellen ‚Ausgangslage‘ und die Einschätzung der inneren Wandlungsfähigkeit der Patienten eine entscheidende Bedeutung für die Reichweite therapeutischer Interventionen, worin auch die Stärke der o.g. jüngst erschienen Veröffentlichung zu sehen ist. Allerdings drängt sich die Vermutung hinsichtlich einer Tendenz auf, unter dem Signum einer ‚kultursensiblen Therapie‘ zu traditionalistischen Positionen zurückzukehren.

tiver Erfahrung und Mittel der Erschaffung einer frühen Subjektivität“ ergänzt. Sprachstruktur und Sprachstil dienen dabei der Abwehr der Affekte (ebd. S. 23), und begrenzen die Prozesse der Mentalisierung (Kohte-Meyer 2006, Reiche 2008, S. 46-47). Eine Verdichtung findet durch die Stilmittel der Metapher und Metonyme statt.

Uslucan (2003a, S. 4) hat exemplarisch einige „kulturell legitimierte, zu Sprichwörtern und Idiomen (...) geronnene (...) handlungswirksame (...) Ideologien“ zusammengetragen:

- „Kizini dövmeyen dizini döver“ - („Wer seine Tochter nicht (beizeiten) schlägt, schlägt sich am Ende (aus Verzweiflung) auf die Knie“) - als Anleitung zur Erziehung von Mädchen.
- „Dayak cenetten cikmistir“ - („Gewalt bzw. Schläge kommen aus dem Paradies“) - als Legitimation von Gewalt gegenüber Kindern.
- „Eti senin, kemigi benim“ - („Das Fleisch gehört Dir, die Knochen gehören mir“) - als Weitergabe des familiären Strafsystems an die Schule, auch Koranschule.

Uslucan spricht von einer „qualitativ wie quantitativ (...) beträchtliche(n) Menge von Gewalt innerhalb türkischer Familien“, die nur in den seltensten Fällen zur Anzeige kommt, u.a. aufgrund der „teilweise Gewalt rechtfertigenden Erziehungsideologien“ und des Fehlens „sozialer Sanktionen innerhalb des Nahraumes“ (2000, S. 5).

Özdoglar (2007, S. 1103) weist in einem ähnlichen Kontext darauf hin, dass Mädchen eher Zurechtweisungen ausgesetzt sind als Jungen und auch Güc (2009, S. 64) erwähnt eine grundsätzliche Tendenz, Kinder in erzieherischer Absicht Beschämungen auszusetzen.

Die psycho-pathogene Auswirkung von Gewalt zeigte sich bezogen auf die eigenen Patientinnen in dem hohen Anteil an Frühstörungen (61,8 %) und Psychoneurosen (38,2 %) (s. o. S. 56, Tab. 24).

## Auswirkung der Erziehungsvariablen auf die Psychosozio-genese

Normative, finale und Selbstbild bezogene Aspekte der Sozialisation lassen sich nicht strikt voneinander trennen, sondern repräsentieren in der Regel nur verschiedene Seiten eines Ereignisses. Sie stellen jedoch gleichsam die emotional-kulturelle Matrix der operativen und kognitiven Aspekte sowie ihrer ‚semantischen‘ Symbolisierungen dar. Ihre Durchsetzung durch punitive Erziehungspraktiken führt zu einer Polarität zwischen idealisierten und verfolgenden Anteilen des frühen Erlebens. Diese Polarisierung wird zwar internalisiert, muss jedoch in einer traditionell (fundamentalistischen) Gesellschaftsstruktur nicht durch innere Prozesse integriert werden, sondern kann gleichsam externalisiert und durch Identifikation mit kulturellen Spaltungsmechanismen stabilisiert werden. Wenn das entscheidende Kriterium für kulturell ‚rechtgeleitetes Verhalten‘ der Gehorsam ist, werden Affekte weniger auf dem Wege einer Affektabwehr innerlich verarbeitet, sondern bleiben vielmehr an äußere, bedrohliche Objekte gebunden. Sie unterliegen damit einer Affektabsplattung. Frühstörungen weisen daher nicht so sehr affektarme (schizoide) Anteile wie in individualistisch organisierten Kulturen auf, sondern das ICH bleibt affektiv mit dem bedrohlichen Objekt verbunden, d.h. als Frühform gebunden in einer kulturell definierten, narzisstisch überhöhten, männlichen bzw. minderwertig weiblich definierten, masochistischen Position. Damit bleiben die Objekte zwar real bedrohlich, sind aber nicht mehr verfolgend wie innere Objekte.

Affekte wie Trauer und Scham unterliegen einer starken Kontrolle und einer normenkonformen Abwehr. Traumatisierende Kindheitserfahrungen bleiben wegen der strukturellen Übereinstimmung der ICH-Funktionen mit der ihnen zugewiesenen Position in ihrem Umfeld in der Regel latent und werden erst durch klinische Spätfolgen erkennbar. Aufgrund früher Trennungsergebnisse in Verbindung mit emotionaler Mangelsituation, elterlichen Konflikten oder Abwesenheit sowie innerfamiliärer Gewalt, bilden Kinder hinsichtlich ihrer Selbst-Objektrepräsentanzen nur Teilbeziehungen, die unverbunden nebeneinander bestehen bleiben: Töchter erleben die Mütter in ihrer Unterordnung unter die Väter. Neigen diese zur Gewalt oder haben Mütter von ihren Vätern selbst Gewalt erfahren, geben sie das selbst erlittene Leid an die Töchter weiter. Sie unterdrücken damit den Eigenwillen und die lebhafteste Motorik ihrer Töchter, so dass diese ihre expansiven Impulse unter Angst und mit Schuldgefühlen abwehren müssen. Der durch die Mutter erzwungene

Gehorsam führt über eine ‚Identifikation mit dem Aggressor‘ zur Übernahme des moralischen Prinzips in Form eines strengen Über-ICHs (s.o. S. 17).

#### **5.4 Folgen der elterlichen Erziehungsvariablen für die Symptomatik**

Folgen der in der Frühgenese der Patientinnen vorherrschenden Erziehungsvariablen ‚neutral/ funktional‘ und ‚restriktiv/ schlagend‘ waren bei unseren Patientinnen – unter dem Aspekt psychoanalytischer Erkenntnisse – ‚primitive‘, internalisierte, dyadische Objektbeziehungen, gespalten in erste „gute“ und erste „schlechte“ Erfahrungen (s.o. S. 14 ff.). Abgelöst wurden diese ersten, undifferenzierten Selbst-Objekt-Repräsentanzen etwa ab dem zweiten Lebensjahr durch ein personales Selbst, das u.a. eine – in starren Rollen fixierte - normativ-traditionelle Spaltung in Form einer unterschiedlichen Wertigkeit der Geschlechter und eine kulturell erwartete Affektsteuerung beinhaltete. Die Bindung an die erweiterte Familie (s.o. S. 50) schützte vor einem drohenden ‚inneren‘ Objektverlust bei einem ‚äußeren‘ Verlust des Objekts (z.B. Trennungen im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess). Die Kontinuität dieses psycho-sozialen Kontextes bis in das Erwachsenenleben hinein hielt die soziale Identität, auch durch den Einsatz von körperlicher Gewalt, aufrecht. Aufgrund der dyadischen Struktur bestand jedoch eine ständige Objektabhängigkeit als Grundlage einer kollektiven Bindung, die eine angstfreie Wahrnehmung eigener expansiver Möglichkeiten ohne Symptomentwicklung über eine Rollendistanz und Rollenambiguität nicht nur nicht zuließ, sondern im Dienste der Angstabwehr in einigen Fällen eine vermehrte Rollenrigidität nach sich zog.

#### **5.5 ‚Copingstrategien‘**

‚Copingstrategien‘ spielten im Bemühen der Patientinnen um eine innere Stabilität eine wichtige Rolle, wofür u.a. der lange Zeitraum zwischen erster Symptommanifestation und Kontaktaufnahme mit dem Institut sprach (s.o. S. 42). Sie bildeten sich in einigen Fällen auch in den Anamnesengesprächen ähnlich wie Übertragungsszenierungen ab oder ließen sich aus den Schilderungen der Patientinnen ableiten. Sie spiegelten insgesamt die tradierten Beziehungsmuster wider (s.o. S. 57, Tab. 25).

Betrachtet man Copingstrategien als automatisierte Reiz-Reaktionsmuster, die in einem sozialen Umfeld unabhängig von Trieb-/Triebabwehrprozessen, als sog. autonome ICH-Funktionen, erworben werden (s.o. S. 17), so sind Persönlichkeitszüge, die wie persönlichkeits-strukturelle Anteile erscheinen, gleichsam als habituell erworbene ‚Persönlichkeitsmerkmale‘ zu verstehen, die u.a. deshalb gegenüber verbalen Deutungen als einer der wirkungsvollsten, psychoanalytisch-therapeutischen Interventionen, resistent bleiben\*.

Deutlich vorherrschend waren mit 35 Fällen depressive ‚Persönlichkeitsmerkmale‘. Dies bedeutete eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, die eine Ähnlichkeit mit oralen Strukturanteilen aufwiesen, jedoch in einem kollektiven Rollenverständnis gelernt worden waren. Den tradierten weiblichen Rollenmuster entsprachen u.a. eine übergroße Verzichtbereitschaft, Bescheidenheit und persönliche Bedürfnislosigkeit oder auch eine ausgeprägte Passivität mit großen Wünschen, respektive Ansprüchen auf eine Versorgung. Bei zwanghaft-funktionaler Ausprägung (21 Fälle) wurden Rangordnungen und damit verbundene Gewalterfahrungen als Normalität hingenommen. Somatisierung waren jedoch ein Indiz dafür, dass die Belastungen mit Hilfe autonomer ICH-Funktionen nicht mehr bewältigt werden konnten. In zwei Fällen stand eine Kontaktstörung in Form eines schizoiden Verhaltensmusters im Vordergrund.

Alle drei Copingmuster, sowohl in der depressiven, als auch in der zwanghaften und schizoiden Ausprägung, können als ein kollektiver Steuerungsmechanismus verstanden werden, kulturell auferlegte Belastungen ohne zu großen seelischen ‚Energieaufwand‘ rollenkonform zu ertragen.

---

\* Als hilfreich erweist sich hier eine Modifizierung der psychoanalytischen Technik. Plänklers (2003) weist m.E. zu Recht darauf hin, dass in der analytischen Situation „weniger die Richtigkeit des Deutens“ wichtig ist, „als vielmehr das praktizierende Forschen, d.h. das Beobachten und kreative Herstellen von Verbindungen. Dies bedeutet eine (...) Gewichtsverlagerung weg von der traditionellen Orientierung auf den Inhalt einer Deutung hin zu der sich im Deuten vollziehenden *Triangulierung*, die eine psychische Dreidimensionalität“, als ein *tertium comparationis*, „schafft“ (S. 517), auf die sich Therapeut und Patient gemeinsam beziehen können. Dieser Prozess ist nach eigener Erfahrung nicht notwendig an eine Muttersprache gebunden, ohne deren Gebrauch eine erfolgreiche Analyse nach Ansicht einiger Autoren (z.B. Weiss 1999, S. 249) als nicht erfolgreich durchführbar erachtet wird (Kursivdruck von D.S.).

Auch Utari-Witt (2007) macht das Gelingen einer Psychoanalyse nicht von einem Gebrauch der Muttersprache abhängig. Sie weist zusätzlich auf die regressionssteuernde und triangulierende Funktion einer Zweitsprache hin (S.252).

Anders verhielt es sich in 16 Fällen mit einem sado-masochistisch geprägten Beziehungsmuster. Dabei ging es nicht um ein tendenziell rollenkonformes ‚Ungeschehenmachen‘, sondern vermutlich um ein ‚Ausagieren‘ aggressiver Konflikte, was bei der Analyse der partnerschaftlichen Beziehungsstrukturen mit einem hohen Anteil gegenseitigen, aggressiv-destruktiven Verhaltens deutlich wurde. Bei diesem Beziehungsmuster handelt es sich um ein überwiegend Trieb/- Triebabwehr gesteuertes Verhalten wie auch bei einer paranoid-präpsychotischen Erlebnisverarbeitung (sieben Fälle). Dieses Erleben war geprägt durch eine projektiv verzerrte Interpretation von Konfliktsituationen. Hintergrund bilden erfahrungsgemäß eigene, hochaggressiv besetzte Phantasien, die aufgrund einer Beeinträchtigung von ICH-Funktionen nur externalisiert und im Außen bekämpft werden können.

Trauer über den Verlust von Beziehungen und eine Bereitschaft zu einem Neuanfang fanden sich nur in drei Fällen.

## **5.6 Symptomauslösende Konfliktdynamik aus Expertensicht**

Die Analyse der elterlichen Erziehungsvariablen deutet auf eine massive Beeinträchtigung der frühen Kindheit unabhängig vom Herkunftsland und Verlauf des Migrationsprozesses, der Häufigkeit von Trennungen und des Lebensalters zum Zeitpunkt der Migration hin. Der Verbleib zumindest in einem erweiterten Familienverband entsprach hinsichtlich Nähe und Distanz der Situation der Frühgenese und kompensierte die früh erworbenen Objektbeziehungsstörungen und begleitenden Objektverlustängste, sowohl während des Migrationsprozesses als auch im Weiteren durch einen familiären Zusammenhalt, der dem der in Deutschland geborenen Patientinnen entsprach. Erst spätere und dann aktuelle Konflikte mit Erschütterung der tradierten Beziehungsdynamik mobilisierten die seit frühester Zeit – unabhängig vom Herkunftsland – abgespaltenen, latenten Affekte und Impulse, die nunmehr aufgrund einer labilen ICH-Organisation nur mit Hilfe einer Symptombildung notdürftig bewältigt werden konnten. Unter psycho-dynamischen Gesichtspunkten lag die eigentliche Gefährdung in der Mobilisierung dieser früh verdrängten Affekte und Impulse bei einer bestehenden Steuerungsschwäche.

Bei den hier untersuchten Patientinnen berührten angedrohte oder selbst intendierte Trennungen diese latenten und weit zurückreichenden Spaltungen sowie die damit zusammenhängenden Objektverlustängste. Erst vor dem Hintergrund der frühgenetisch entstandenen ‚Prädispositionen‘ wurden diese aktuellen Beanspruchungen zu jeweils individuell pathogenen Belastungsfaktoren.

Die Frage nach der Bedeutung frühkindlicher migrationspezifischer oder kulturspezifischer Einflüsse für psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter führte aufgrund der untersuchten Daten zu der Einschätzung, dass frühkindliche, kulturell bedingte Sozialisationsmuster für die Bildung pathogener Prädispositionen verantwortlich waren. Die Patientinnen blieben symptomfrei, solange die resultierenden Persönlichkeitsmerkmale gleichsam kulturell institutionalisiert blieben. Die Erlebnisverarbeitung von Konflikten, Auslösern oder Symptomen war durch diese Grunderfahrung jedoch weitgehend geprägt und wurde erst unter veränderten Bedingungen krankheitsrelevant. Die Spezifität lag wesentlich in dem Zusammenspiel aktueller Trennungsszenarien und Mobilisierung von Objektverlustängsten als Folge früher, migrationsunabhängiger ‚Objektverluste‘.

Dieser Sachverhalt kann somit keine der eingangs aufgestellten Hypothesen bestätigen (s.o. S. 71). Als krankheitsrelevant erwies sich dagegen eine kulturell bedingte, vom Migrationsprozess unabhängige Bildung psycho-pathogener Prädispositionen.

## **6. ZUSAMMENFASSUNG**

Das zentrale Forschungsvorhaben richtete sich auf den Einfluß frühgenetischer migrationsspezifischer und kultureller Faktoren auf Erkrankungen im Erwachsenenalter. Dafür wurden die Untersuchungsdaten von 86 türkischen Patientinnen statistisch ausgewertet, die in der Zeit von 1997 bis 2006 aus diagnostischen Gründen im Institut für Psychotherapie e.V. Berlin erhoben worden waren. Die Datenerfassung erfolgte unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, die deskriptive Auswertung mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS und unter Anwendung des  $\chi^2$ -, des Mann-Whitney- und des Fisher-Pitman-Tests.

Als Ergebnis zeigte sich, dass keine statistisch signifikanten, krankheitsrelevanten Migrationseinflüsse nachgewiesen werden konnten. Vielmehr fand sich in allen Herkunftsfamilien übereinstimmend ein kulturelles Sozialisationsmilieu, das sich durch eine traditionell-religiös legitimierte Gewalt, eine kulturell verankerte Affektsperre und eine unterschiedliche Wertigkeit der Geschlechter gegen die Patientinnen richtete. Dies führte zu einer Entwicklung von psychischen Frühstörungen mit basalen Objektverlustängsten und – aufgrund eines einengenden Gehorsams – zu einer Entwicklung von ‚Teil-ICH-Funktionen‘. Diese blieben solange kompensiert und klinisch unauffällig, solange sich das Umfeld ihrer Entstehungsbedingungen nicht änderte. Für die in der Türkei geborenen Patientinnen konnten daher im Zusammenhang mit der Migration auch keine schwerwiegenden Trennungseignisse registriert werden: Sie blieben in allen Phasen des Migrationsprozesses fast ausnahmslos in einem engen Familienverband, der eine kulturelle Kontinuität aufrecht erhielt, die auch nach der Migration durch enge familiäre und verwandtschaftliche Verhältnisse weiterbestand.

Erst Konflikte, die die Patientinnen im späteren Leben dazu brachten, ihre kollektiven Werte und Normen infrage zu stellen, führten dazu, dass bis dahin unbewusst wirksame kulturelle Identifikationen ihre stabilisierende Wirkung verloren. Die an einem Gehorsam orientierten ‚Teil-ICH-Funktionen‘ konnten die dadurch mobilisierten Objektverlustängste und Impulse nur über eine Symptombildung binden. Das Ausmaß der kulturell früh erworbenen psychischen Prädisposition entschied letztlich darüber, ob und in welcher Schwere die Patientinnen in aktuellen Konflikten erkrankten. Im Spannungs-

feld zwischen aktuellem Konflikt und kulturell geprägter, früh erworbener Prädisposition entfaltetete sich die zum Symptom führende Pathodynamik.

Die Reichweite der eigenen Ergebnisse ist insbesondere aus zwei Gründen kritisch zu sehen. Zum Einen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Einbindung des Institutes in eine überbezirkliche Versorgungssituation zu Selektionseffekten geführt hat, die bei der Interpretation und Verallgemeinerung der Ergebnisse zu bedenken war. Zum Zweiten fehlen breiter angelegte, kulturübergreifende Vergleichsuntersuchungen zur Psychopathologie unter Beachtung psycho-dynamischer Vorgänge, so dass die vorgelegte Untersuchung einen explorativen Charakter hat.

Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass in klinischen Untersuchungen der Einfluß kultureller Faktoren genauer und Einzelfall bezogen beachtet werden muß. Generalisierende, an gesamtgesellschaftlichen Phänomenen orientierte Diagnosekriterien können einen Einblick in individuelle Psychopathologien erschweren.

## **7. SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung und der Sichtung der älteren und neueren klinischen Literatur lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Schwerwiegende psychische Traumatisierungen im Zusammenhang mit der Migration, d. h. dem konkreten Wechsel des Kulturraumes, konnten nicht nachgewiesen werden.
2. Offenkundige Benachteiligungen sozial-ökonomischer, politisch-administrativer, und allgemein-gesellschaftlicher Art, etc. waren ebenfalls nicht ursächlich pathogen, können es jedoch vor dem Hintergrund von Prädispositionen als Ergebnis von Sozialisationsprozessen werden und müssen daher bei der psychotherapeutischen Behandlung als Belastungsfaktoren Beachtung finden. Die Fokussierung muß sich jedoch fallbezogen auf die zugrundeliegende Pathodynamik vor dem Hintergrund einer kulturabhängigen, geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Prädisposition richten.

3. Intrafamiliäre Gewalt als ein Teil kulturell verankerter Normalität findet in ihrer Ubiquität und pathogenen Wirkung noch zu wenig Beachtung. Fragen kultureller Gewalt sind in der offiziellen, wissenschaftlichen Forschung der Türkei noch weitgehend tabu. In Deutschland beginnt die wissenschaftliche Auseinandersetzung – wenn auch zögerlich – im pädagogischen Bereich unter dem Druck zunehmender, jugendlicher Gewaltbereitschaft. Diese Thematik sollte auch im medizinischen Bereich größere Beachtung finden.

## 8. LITERATURVERZEICHNIS

- Abadan-Unat, N., Die Auswirkungen der internationalen Arbeitsmigration auf die Rolle der Frau am Beispiel der Türkei. In: Abadan-Unat, N., Die Frau in der türkischen Gesellschaft. Dagyeli Verlag, Frankfurt a/M, 1993:201-239
- Akkaya, C., Özbek, Y., Sen, F., Länderbericht Türkei. Darmstadt, 1958
- Akpınar, Ü., Familienstruktur in der Türkei. In: Arbeitsgemeinschaft der katholischen Studenten- und Hochschulgemeinschaft AG, Materialien zum Projektbereich „Ausländische Arbeiter“, Bonn 11;1975:21 ff.
- Albani, C., Reulecke, M., Körner, A., Villmann, T., Blaser, G., Geyer, M., Pokorny, D. und H. Kächele. Erinnerung an elterliches Erziehungsverhalten und zentrale Beziehungsmuster bei Psychotherapiepatientinnen. Psychotherapie Forum 9; 2002:162-171
- Alt, C., Holzmüller, H., Der familiäre Hintergrund türkischer und russland-deutscher Kinder (2006). In: Christian Alt (Hrsg.): Kinderleben – Integration durch Sprache? Band 4: 23-38, Wiesbaden (zit. bei Thiessen 2007, S.5)
- Andrae, T., Islamische Mystiker. Kohlhammer, Stuttgart, 1960
- Arslan, S., Eroglu, S., Türkische Psychiatriepatienten und ihre Angehörigen. In: Köpp, W., R. Rohner (Hrsg.): Das Fremde in uns, die Fremden bei uns. Asanger Verlag, Heidelberg, 1993:67-74
- Bade, K.J., *Homo Migrans* – Wanderung aus und nach Deutschland. Erfahrungen und Fragen. Essen: Klartext 1994:21 ff.
- Battegay, R., Das ICH - Abwehrmechanismen und Coping. Zsch Psychosom Med Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen und Zürich, 35;1989:220-240
- Behrens, C., Callies, I., Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten. Psychother Psych Med 58;2008:162-168
- Benjamin, L.S., Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior. In: Zucker et al.: Personality and the prediction of behavior. Academic Press 1984:121-173 (zit. bei Tress et al. 1990)
- Bion, W.R. (1962): Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius, E. (Hg): Melanie Klein heute, Entwicklungen in Theorie und Praxis. Bd. 1, 2002:225-235, Klett-Kotta, Stuttgart
- Bohnsack, R., Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Leske und Budrich, Opladen. 1991-24
- Borde, T., Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Dissertation, TU Berlin – Fakultät VIII, 2002
- Bourdieu, P., Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt a/M. 1976-446
- Bourdieu, P., Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Suhrkamp, Frankfurt a/M. 1987-98 ff.
- Bowlby, J., Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind Beziehung. Fischer-Taschenbuch Verlag, Frankfurt a/M, 1984
- Bulut, Y., Türkische Frauen in Deutschland – Auf dem Weg in die Moderne? Magisterarbeit, Uni Düsseldorf, 2002
- Busch, H.J., Die Anwendung psychoanalytischer Methoden in der Sozialforschung (II). In: Psychoanalyse/ Texte zur Sozialforschung 9;2001:203 – 232

- Bußmann, H. Lexikon der Sprachwissenschaft. Kröner Verlag, Stuttgart, 2008:241 ff.
- Charlier, M., Geschlechtsspezifische Entwicklung in patriarchalisch-islamischen Gesellschaften und deren Auswirkung auf den Migrationsprozeß. Z Psychosomat 60;2006:97-117
- Charlier, M., Religiöse Tradition und die Sozialisation des muslimischen Mannes. Z Psychosomat 61;2007:1116-1131
- Chebel, M., Die Welt der Liebe im Islam. VMA, Wiesbaden, 2007
- Cicek, H., Psychische und psychosomatische Störungen unter besonderer Berücksichtigung psychosexueller Störungen bei Arbeitsmigranten aus der Türkei. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, 1989
- Clyman, R., The procedural organization of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. Int. Univers. Press. Madison, 1992:349-382- zit. bei Mertens 2004-28
- Cohen (1960) zit. bei Lienert, G.A., Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik, Bd. II, Verlag A. Hain, Meisenheim am Glan, 1978:636-637
- Collatz, J., Welt im Umbruch – Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration. In: KOCH, E. et al. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. 1995
- Collatz, J., Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, T. & Salamander, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001:52-63
- David, M., Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland. Habilschrift, Med. Fak. Charité, Humboldt-Universität Berlin, 2001:160 ff.
- DJI – Thiessen, B., Muslimische Familien in Deutschland – Grundsatzreferat Familienpolitik/ Islamkonferenz 2008 (Wissenschaftliche Texte), 2008
- Dührssen, A., Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. Psychosom Med 34;1984:18-42
- El Baradie, A., Gottes-Recht und Menschen-Recht – Grundprobleme der islamischen Strafrechtslehre. Baden-Baden, 1983
- Elias, N., Über den Prozeß der Zivilisation: Sozio-genetische und psycho-genetische Untersuchungen. 2 Bände, Frankfurt a/M, 1980:320 ff.
- Erikson, E.H., Kindheit und Gesellschaft. Klett, Stuttgart, 1950
- Erikson, E.H., Das Problem der Identität. In: Mitscherlich, A. (1953, Hrsg.): Entfaltung der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart, 1956:114 –176
- Erim, Y., Klinische Interkulturelle Psychotherapie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2009-81
- Erim, Y., Senf, W., Psychotherapie mit Migranten. Psychotherapeut 47, 2002: 336-346
- Esser; H., Aspekte der Wanderungssoziologie – Assimilation und Integration von Wanderern, ethnischen Gruppen und Minderheiten; eine handlungstheoretische Analyse. Luchterhand, Darmstadt, 1980
- Ferchl, D., in: Sahih al-Buchari, Einleitung, Philipp Reclam jun., Stuttgart, 2006:7-20
- Fonagy, P., Bindungstheorie und Psychoanalys. Klett, Stuttgart, 2003
- Freud, A., Das ICH und die Abwehrmechanismen. Kindler Taschenbuch Nr.2001München, S.34 ff.

- Freud, S., Massenpsychologie und ICH-Analyse (1921). Gesammelte Schriften Bd. XIII, Imago Publ. Co. Ltd., London, 1940:71–161
- Freud, S., Das ICH und das Es. Gesammelte Schriften (1923) Bd. XIII, Imago Publ. Co. Ltd., London, 1940:235–289
- Freud, S., Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1932). Gesammelte Schriften , Bd. XV, Imago Publ. Co. Ltd., London 1940
- Friedmann S.L., Boyle, E., Kind-Mutter-Bindung in der NICHD-Studie „Early Child Care and Youth Development“: Methoden, Erkenntnisse und zukünftige Ausrichtungen. In: Briesch, K.H., Hellbrügge, Th. (Hrsg.): Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2009:94-151
- Friessem, D., Ausländische Abeitnehmer, psychische Erkrankung und Arbeitslosigkeit. Problemaufriss und Diskussionsrahmen. *Curare* 9;1986:69-82
- Fuchs,T., Der Blick zurück. Psychologische und gerontologische Aspekte der Erinnerung. *Ztschr. für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 40;1992:281-296
- Goffman, E., Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Engle-wood Cliffs. N.J.: Prentice Hall 1963, zit. bei Krappmann 2005-73
- Grinberg, L., Grinberg, R., Psychoanalyse der Migration und des Exils. Verlag Internationale Psychoanalyse, München/ Wien, 1990
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. (Hrsg.), Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2003
- Güc, F., Familientherapie mit Immigrantenfamilien. *Familiendynamik* 16;1991:3-23
- Güc, F., Transkulturelle Psychoanalyse: Ein Psychotherapieansatz für Migranten. In: Wohlfart, E., Zaumseil, M. (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie*. Springer 2006:241-275
- Güc, F., Innere und äußere Migration zwischen Wiederholung und Neuschöpfung. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 141;2009:64
- Gül ,V., Öner, E., Uyar, K., Kultur und Ethnizität. Ihre Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen am Beispiel der türkischen Gemeinschaft in Deutschland. In: *psycho-neuro* Thieme, Stuttgart. 34;2008:97-99
- Günay, E., Haag, M., Krankheit in der Emigration. Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. *Psychother. Psychosom. med. Psychol* 40;1990:417 ff.
- Habermas, J., Zur Logik der Sozialwissenschaften. Vorlesungsmanuskript, SS 1966, Frankfurt a/M. 1966:124 f.
- Häfner, H., Moschel, G., Özek, M., Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. *Nervenarzt* 48;1977;268-275
- Hahn, P., Soziologie der Migration. Verlag Lucius & Lucius, Stuttgart, 2000
- Hartmann, H., ICH-Psychologie und Anpassungsprobleme. Klett-Cotta, Stuttgart,1960:63
- Hartmann, H. (1972): Die Grundlagen der Psychoanalyse. Klett Verlag, Stuttgart
- Hau,T.F., Frühkindliches Schicksal und Neurose. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1968
- Höll, R., Die Stellung der Frau im zeitgenössischen Islam. Heidelberg Orientalische Studien, Frankfurt a/M, 1979-68

- Hoffmann, S.O., Trimborn, W., Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung psychischer Substrukturen (Instanzen). Z Psychosom. Med. u. Psychoanal. 25(2);1979:141-152
- Holden, G. W., Edwards. L.A., Parental attitudes toward child rearing: instruments, issues and implications. Psychol. Bull.106;1989:29-58 (zit. bei Albani, C. et al. 2002:162-171)
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F.C., Social class and mental illness: Community study Hoboken, N J: John Wiley & sons 1958, zit. bei Kahraman 2008-18
- <http://www.hips.hacettepe.edu.tr>: Institute for Population Studies, Hacettepe Universität Ankara
- Ibn Ishaq, Das Leben des Propheten. H. Erdmann, Tübingen/Basel, 1976
- ISOPLAN Länderkundliche Information/ Türkei. Institut für Entwicklungsforschung, Wirtschafts- und Sozialplanung GmbH, Saarbrücken, Brüssel, Potsdam, 1994
- Jacobson, E., Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp, Frankfurt a/M, 1973
- Jacobson, E., Depression.Suhrkamp, Frankfurt a/M, 1977
- Kadushin, C., The friends and supporters of psychotherapy: on social circles in urban life. American Sociological Review 31(6);1966:780-802 (zit. bei Kahraman 2008-18)
- Kagitcibasi, C., Sunar, D., Familie und Sozialisation in der Türkei. In: B. Nauck, U. Schönpflug (Hrsg.): Familien in verschiedenen Kulturen. Enke Verlag, Stuttgart, 1997:145-161
- Kagitcibasi, C., Family, Self, and Human Development Across Cultures. LEA, London, 2007:133-147
- Kahraman, B., Die kultursensible Therapiebeziehung. Psychosozial-Verlag, Gießen. 2008-18
- Kaya, K.Y., İnsan Yetistirme Düzenimiz ("Unsere Ordnung für die Menschenbildung"). Ankara, 1974-127
- Kelek, N., Die fremde Braut. Goldmann-Reihe (Nr.15386), 2006
- Kernberg,O.F., Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp, Frankfurt a/M, 1980
- Kernberg,O.F. (1993): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Huber, Bern, 1993
- Kernberg, O. F., Affekt, Objekt und Übertragung. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2002:164-170
- Khoury., A.TH., Der Koran. Patmos, Düsseldorf, 2005:288-291
- Klaus, D., Suckow, J., Nauck, B., The Value of Children in Palestine and Turkey. Current Sociology, Intern. Sociological Association SAGE, Vol. 55 (4);2007:527-544
- Klein, M. (1997): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart
- Klitzing, K.v., Risiken und Formen psychischer Störungen bei ausländischen Arbeiterkindern. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Beltz Verlag, Weinheim, Basel,1983
- Klitzing, K.v., Psychische Störungen bei ausländischen Arbeiterkindern. In: Kentenich, H., Reeg. P., Wehkamp, K.-H. (Hrsg.): Zwischen zwei Kulturen. – Was macht Ausländer krank ? Mabuse, Frankfurt a/M, 1990:1138-1147
- Klussmann, R., Psychosomatische Medizin. 4. Aufl. Springer, Heidelberg, Berlin. 1998:6-8
- Koch, U., Hintergründe „gescheiterter Migration“. In: Koch, U., Özek, M., Pfeiffer, W. M.. In: Psychologie und Pathologie der Migration – Deutsch-türkische Perspektiven, 1995:101-110

- Koch, U., Brähler, E., „Migration und Gesundheit“ – ein Thema mit hoher Priorität. *Psychother Psych Med* 58;2008:105-106
- Köpp, W., Rohner, R., Das Fremde in uns, die Fremden bei uns (Hrsg.). Asanger Verlag, Heidelberg, 1993a
- Köpp, W., Rohner, R., Psychogene Störungen bei ausländischen Patienten. In: Köpp, W., Rohner, R. (Hrsg.) Das Fremde in uns, die Fremden bei uns. 1993a, Asanger Verlag, Heidelberg, 1993b:54-66
- Köpp, W., Rohner, R., Trebbin, M., Ausländische Patienten in der psychosomatischen Ambulanz. *Psychother Psychosom med Psychol.*, Thieme Verlag, Stuttgart, 43;1993c:63-69
- Kohte-Meyer, I., „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ Migrationserleben, ICH-Identität und Neurose. In: Streeck, U. (Hrsg.): Das Fremde in der Psychoanalyse. Pfeiffer, München, 1993
- Kohte-Meyer, I., Spannungsfeld Migration. ICH-Funktionen und ICH-Identität im Wechsel von Sprache und kulturellem Raum. In: Pedrina, F. et al. (Hrsg.): Kultur Migration Psychoanalyse, edition discord, 1999:71-97
- Kohte-Meyer, I., Interkulturelle Perspektive im psychotherapeutischen Dialog: Zur Dynamik zwischen individuellem Konflikt, verinnerlichtem Kollektiv und transkulturellen Erfahrungen. In: Gruppenanalyse, Mattes Verlag, Heidelberg 16(1); 2006 Mattes Verlag, Heidelberg
- Kohte-Meyer, I., Funktionsstörungen des ICHs und die Neuorientierung der ICH-Identität im Migrationsprozess. In: Erim, Y. (Hrsg.): Klinische Interkulturelle Psychotherapie, 2009:146-157
- Kohut, H., Narzissmus, Suhrkamp, Frankfurt a/M, 1971
- Kongar, E., İmparatorlukta Günümüze Türkiye'nin Toplumsal yapısı („Die gesellschaftliche Struktur der Türkei seit dem Osmanischen (wörtl.: Welt-)Reich ).2 Bde, 6. Aufl., Remzi Kitabevi (Remzi Verlag 1992: 1962-382)
- Koran, Das heilige Buch des Islam. Maulana Sadr-ud-Din (Hrsg.), Verlag Moslemische Revue, Berlin, 1924, 2.Aufl. 1964
- Krappmann, L. , Soziologische Dimension der Identität: Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Klett-Cotta, Stuttgart, 2005-133
- Krawietz, B., Die Hurma. Schriften zur Rechtstheorie, Bd. 145. Duncker und Humblot Verlag, Berlin 1990-57
- Kremer, M., H., Spangenberg, Assimilation ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsbericht. Hanstein Verlag, 1980
- Kriminologisches Institut Niedersachsen: Forschungsbericht Nr. 80 (zit. bei Uslucan, H.H., 2003) s. auch Pfeiffer, Wetzels, Enzmann (1999)
- Lazarus, R. S., Psychological Stress and the Coping Process. McGraw. Hill,1966.(zit. bei Battegay 1989-224)
- Lorenzer, A. , Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Suhrkamp, Frankfurt a/M, 1970-107 f.
- Mayer, S., Akkulturation und intergenerationale Transmission von Gewalt in türkischen Migrantenfamilien – eine longitudinale Mehrebenenanalyse. Diss. Universität Magdeburg, Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften. 2005
- Mayer, S., Fuhrer, U., Uslucan, H.-H., Akkulturation und intergenerationale Transmission von Gewalt in Familien türkischer Herkunft. In: „Gewalt in Familien türkischer Herkunft“, Projekt des BMFSFJ (<http://www.hsu-hh.de/paepsy/>), Universität Magdeburg, 2002-2005

- Mayring, P., Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1988-34 f.
- Mayering, P., Qualitative Inhaltsanalyse, Beltz Verlag, Weinheim/ Basel, 2008
- Mead, G.H., Mind, Self, Society from the Standpoint of a Social Behaviorist. Chicago, 1948, zit in: Habermas, J., Vorlesungsmanuskript ‚Zur Logik der Sozialwissenschaften‘ WS 1966. Frankfurt a/M, 1966:47 ff.
- Mernissi, F., Geschlecht, Ideologie, Islam, 1987 – zit. bei Kelek 2006-164
- Mertens, W., Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 20;2004:26-34
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U., Schulz, H., Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Psychther Psych Med 58;2008:176-182
- Oevermann, U., Sprache und soziale Herkunft. Studien und Berichte 18, Max-Planck-Gesellschaft, Berlin, 1970
- Özdogar, A., Über Schwierigkeiten in deutsch-türkischen Psychoanalysen. Psyche 61;2007:1093-1115
- Onur, B., Die Besonderheiten des türkischen Bildungswesens. In: Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W.M.: Psychologie und Pathologie der Migration – Deutsch-türkische Perspektiven 1995:71–80
- Pally, R., Development in neuroscience II. How the brain actively constructs perceptions. Int. J. Psychoanal. 78 ;1997:1021-1030
- Perris, C., Arrindell, W., Eisenmann, M., Parenting and psychopathology. Wiley, N.Y. 1994, (zit. bei Albani et al. 2002: 162 ff.)
- Pfeiffer, Wetzels, Enzmann, Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Kriminologisches Institut Niedersachsen, Forschungsberichte Nr. 80, 1999
- Pfeiffer, C., Kleimann, M., Petersen, P., Schott, T., Migranten und Kriminalität. Ein Gutachten für den Zuwanderungsrat der Bundesregierung. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2005
- Plänkers, T., Trieb, Objekt, Raum. Veränderungen im psychoanalytischen Verständnis der Angst. In: Psyche 57;2003:487-522
- Porsch, U., Allgemeine und psychologische Grundlagen der Psychotherapie. In: Hopf, H. und Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 5, CIP-Medien, München, 2007-16
- Rahim, A., Muhammadan Jurisprudence, 1911, S.2-3, Westport – zit. bei Senzig, T.: Universalismus der Menschenrechte und Islam/ kultureller Relativismus, 2004: 8 ff. Quelle: Dokument Nr. v 29821 <http://www.grin.com/>
- Rapaport, D., Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Klett Verlag, Stuttgart, 1970
- Reiche, B., Do we gender? Psychoanalytische Familientherapie. Psychosozial-Verlag, Giessen, 16(1);2008:46-47
- Richter, J., Eisenmann, M., Perris, C., Das EMBU-Projekt – eine multinationale Untersuchung zur Bedeutung elterlichen Erziehungsverhaltens für die Entwicklung psychopathologischer Phänomene. Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie 42;1990:660–665

- Rieck, J., Islamische Eheverträge. Informationsstelle für Auswanderer und Auslandstätige, Bundesverwaltungsamt, Köln, 2003-36
- Ritsert, J. (1972): Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Athenäum, Ff/M. Zit. Bei Mayering, P. 2008:92
- Rohde-Dachser, C. Das Borderline-Syndrom, Huber, Bern, Stuttgart Wien, 1979
- Rohde-Dachser, C., Die ödipale Konstellation bei narzisstischen und Borderline-Störungen, Z Psychosomat 41, Clett-Cotta, Stuttgart, 1987
- Rohmert, W., Vorlesungsmanuskript : Arbeitswissenschaft (I). TU Darmstadt, 1975:15-16
- Ronneberger, F., Türkische Kinder in Deutschland. Südosteuropa-Studien, Heft 26, Nürnberger Forschungsberichte Band 9; 1976-177
- Sandler, J., Sandler, A-M., A psychoanalytic theory of repression an the un-conscious. International University Press, Madison, 1997:163-181
- Saller, V., Die Bedeutung des Kulturbegriffs für psychoanalytische Therapien. In: Pedrina, F., Saller, V., Weiss, R., Würgle, M. (Hrsg.): Kultur Migration Psychoanalyse. edition-diskord, Stuttgart, 1999:99-148
- Saussure, F. de, Grundlagen der allgemeinen Sprachwissenschaft, Berlin, 2001
- Schaff, A., Lenguaje y realidad. In Problemas del lenguaje. Buenos Aires:Editorial Sudamerican 1969, (zit. bei Grinberg & Grinberg 1990:113)
- Schepker, R., Beiträge aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Prävention und Integration bei Kindern in Zuwandererfamilien. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58;2009: 263-277
- Schirmacher, C., Spuler-Stegemann, U., Frauen und die Scharia. Goldmann, München, 2006
- Schouler-Ocak, M., Rapp, M., Reiske, S.L., Heinz, A., Psychotherapie bei traumatisierten Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund: Berücksichtigung kultureller Faktoren. Psychother Psych Med 58;2008:169-175
- Schröter, R., Welzel, U., Nationalitätenspezifische Integrationshemmnisse. Gutachten im Auftrage des Regierenden Bürgermeisters von Berlin, Senatskanzlei/ Planungsleitstelle, 1979-51 ff.
- Schumacher, J., Eisemann, M., Brähler, E., Rückblick auf die Eltern: der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). Diagnostica – Zeitschrift für psychologische Diagnostik und Differentielle Psychologie 45;1999:194–204
- Schumacher, J., Eisemann, M., Brähler, E., Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). Handanweisung. Huber, Bern, 2000
- Sedlacek, S., Beurteilungsgrundlagen psychodynamischer Diagnostik. Eine Untersuchung zur Urteilsbildung in psycho-analytischen Ausbildungsanamnesen. Forum Psychoanal 20;2004-425
- Sen, F., Türkei. Verlag C.H. Beck, München, 1986-63
- Squire, L., Declarative and nondeclarative memory. In: Schacter D.L., Tulving, E. (eds.) Memory systems. MIT Press, Cambridge, 1994:203-232 (zit. bei Mertens 2004-28)
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2005): Länderprofil Türkei: <http://www.destatis.de>.
- Statistisches Landesamt Berlin, Ausländer in Berlin, Pressemitteilung, 2008

Stein von der, B., Verborgene Traumatisierungen und transgenerationale Traumaweitergabe bei Nachkommen von Migranten. *Psychoanalyse-Texte zur Sozialforschung*, (10(2);2006:137-150

Steinhaus, K., *Soziologie der türkischen Revolution*. Frankfurt a/M, 1969-117

Stoikopoulou, A., *Geschlechtsspezifische Sozialisation ausländischer Mädchen in Deutschland und deren Bedeutung für Partnerschaft und Sexualverhalten*. Neckarsulm, 2001

Strauss, A. L., (1987): *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: University of Cambridge Press, zit. Bei Mayering, P. 2008:75

Strauss, A. L., & Corbin, J., *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage. Zit. Bei Mayering, P. 2008:75

Tan, M., *Das türkische Bildungswesen aus der Sicht der Frau*. In: Koch, E., Özek, M., Pfeiffer, W.M.: *Psychologie und Pathologie der Migration – Deutsch-türkische Perspektiven* 1995:60-70

Tagay, S., Zararsitz, R., Erim, Y., Düllmann, S., Schlegel, S., Brähler, E., Senf, W., *Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstörung bei türkischsprachigen Patienten in der Primärversorgung*. *Psychother Psych Med* 58;2008:155-161

Tepper, M., *Identitätsfindung junger türkischer Frauen unter Berücksichtigung migrationsbedingter Lebensverhältnisse in Deutschland aus soziologischer und psychologischer Sicht*. Kathol. Fachhochschule NRW, 2002

Thiessen, B., *Muslimische Familien in Deutschland*. DJI – Wissenschaftliche Texte: Grundsatzreferat Islamkonferenz 2008, 2008

Thome, R., Wagner, G., *Dokumentation, Datenverarbeitung und Statistik*. Statistik in der Medizin. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1975-98

Tilli, K., *Psychosomatische Erkrankungen türkischer Frauen in der Bundesrepublik*. In: Söllner, W., Wesiack, W., Wurm, B. (Hrsg.): *Soziopsychosomatik*, Springer Verlag, Berlin/ Heidelberg, 1989

Timur, S., *Charakteristika der Familienstruktur in der Türkei*. In: Abadan-Unat, N. (Hrsg.): *Die Frau in der türkischen Gesellschaft*. Dageyeli Verlag, Frankfurt a/M, 1993:56-76

Toprak, A., „Wer sein Kind nicht schlägt, hat später das Nachsehen“. Reihe Pädagogik Bd. 21, Centaurus Verlag, Herbolzheim, 2004-99

Tress, W., *Psychoanalyse als Wissenschaft*. *Psyche* 39; 1985: 385 – 412

Tress, W., *Die positive frühkindliche Bezugsperson – Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen*. *Psychother Med Psychol* 36;1986:51-57

TÜİK = Türkiye İstatistik Kurumu (Staatliches Institut für Statistik der Türkei): <http://www.turkstat.gov.tr>

TÜİK, *Statistisches Jahrbuch der Türkei 2007*; <http://www.die.gov.tr>.

Uslucan, H.H., *Gewalt in Kontexten kultureller und sozialer Verunsicherung*. *Frühe Kindheit* 4;2002: 20-24

Uslucan, H.H., „Eti benim, kemigi benim“ („Das Fleisch ist deins, die Knochen gehören mir!“). Interview in der *taz* vom 13.1. 2003a:16-18

Uslucan, H.H., *Häusliche Gewalt in Migrantenfamilien*. Fachtagung: Kinder und häusliche Gewalt am 18.6.2003 – Vortragsmanuskript, 2003b

Uslucan, H.H., Gewalterfahrungen, Erziehung im Elternhaus und Wohlbefinden bei deutschen und türkischen Jugendlichen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 58;2009:278-296

Uslucan, H.H., Fuhrer, U., Mayer, S., Erziehung in Zeiten der Verunsicherung. In: Borde, Th., David, M. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Mabuse Verlag, Frankfurt a.M., 2005:65-88

Utari-Witt, H., Schimpfworte hinter dem Beichtstuhl. Lockerungen der Abwehr und Bildung von Abwehrstrukturen durch Verwendung einer Zweitsprache in der psychoanalytischen Therapie. Forum Psychoanal (7);2007:235-253

Weber, A., Autobiographische Erinnerungen und Persönlichkeit. Lang, Frankfurt a/M, 1993

Weber, M., Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen, 1980-70 ff.

Weilandt, C., Rommel, R., Raven, U., Gutachten zur psychischen, psycho-sozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. 2003

Weiss, R., Fremd- und Muttersprache im psychoanalytischen Prozess. In: Pedrina, F., Saller, V., Weiss, R., Würzler, M. (Hrsg.): Kultur, Migration, Psychoanalyse. edition-diskord, Stuttgart, 1999:243-269

Westphal, M., Vaterschaft und Erziehung. In: Herwartz-Emden, L. (Hrsg.): Einwandererfamilien. Geschlechterverhältnisse, Erziehung und Akkulturation. Osnabrück, 2000:121-204

Willems, H., Das „unbewusste“ Selbst: Zur Genese von Verhaltensstilen, Kompetenzen und Symptomen. in: Experimenta, Trier, 1;1997-22

Yücel, S., Familiendiagnostischer Ansatz in der Einzelfallhilfe mit türkischen Jugendlichen. (unveröffentlichte Dipl.-Arbeit) TU Berlin, 1995

Zeiler, J., Zarifoglu, F., Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention. Zeitschrift für Sozialreform 4; 1997:300-335

## **9. PERSÖNLICHE ANGABEN**

### **9.1 Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht

### **9.2 Publikationsverzeichnis**

1. „Suizidalität bei Patienten einer geriatrischen Abteilung“. akt. geront. 7;1977:101-104
2. „Gedanken zur Einrichtung einer arbeitsmedizinisch-psychiatrischen Beratungsstelle bei der Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin“. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin. 4;1977:89-91
3. „Paradoxe Verschreibung als einmalige familientherapeutische Krisenintervention im Verlauf einer Einzelbehandlung bei einer Patientin mit Magersuchtserkrankung“. Psychother. Med. Psychol. 34;1984:232-236
4. Schmidt, D. und Pontzen, W. :“Zur Psychodynamik der industriellen Arbeitsplatzsituation“. Soziale Welt 26(4);1975:441-455

### **9.3 Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt vor allem dem wissenschaftlichen Begleiter meiner Arbeit, Herrn Privatdozent Dr. med. Werner Köpp, der – selber seit vielen Jahren mit der Materie vertraut – mir stets motivierend und fachkundig zur Seite stand. Herrn Privatdozent Dr. med. Dr. rer. nat. Werner Hopfenmüller danke ich sehr für seine Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Daten. Bedanken möchte ich mich bei Frau Dipl. Psych. Meike Weiß für die zeitaufwendige Übertragung der Daten in das Statistikprogramm SPSS. Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei meiner Kollegin

und Psychoanalytikerin, Frau Dipl. Psych. Selma Yücel, für ihre Unterstützung bei der Sichtung und Übersetzung der türkisch-sprachigen Literatur und für ihren hilfreichen Gedankenaustausch.

Soweit es die vorliegende Arbeit unmittelbar betrifft, gilt mein Dank in besonderer Weise auch dem Institut für Psychotherapie e.V. Berlin, dem ich mich seit 40 Jahren verbunden fühle. In dankbarer Erinnerung habe ich besonders zwei meiner früheren Lehrer und späteren Kollegen: Herrn Prof. Dr. med. Helmut Bach wegen seiner Kreativität und Offenheit gegenüber allen Entwicklungstendenzen und Neuerungen unseres Faches und Herrn Dr. med. Alfred Köhler wegen seiner diagnostischen Klarheit und seiner stets von Achtung und Respekt getragenen Haltung Patienten gegenüber, die für ihn nie ‚Fälle‘ wurden. Nicht zuletzt denke ich dabei auch an meine Patienten, denen ich viel meiner klinischen Erfahrungen verdanke. Mittelbar gibt es viele berufliche und private Einflüsse, ohne die diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre, die alle aufzuzählen den hier vorgegebenen Rahmen sprengen würden, die jedoch insgesamt ein tiefes Gefühl der Dankbarkeit hinterlassen haben.

#### **9.4 Eidsstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, Dieter Schmidt, an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit nach bestem Wissen und Gewissen selbständig, ohne Hilfe Dritter verfasst habe, und dass die Arbeit keine Kopie anderer Arbeiten darstellt und die benutzten Hilfsmittel, sowie die Literatur, vollständig angegeben sind

Berlin, den 6. Januar 2010

.....