14 Kulturbezogene Aspekte in psychiatrischen Klassifikationssystemen – Cultural Formulation und DSM-5

Hans-Jörg Assion und Iris Tatjana Graef-Calliess

14.1 Migration weltweit

Kulturelle Vielfalt gehört weltweit in vielen Ländern und Gesellschaften zur Lebensrealität. Die politischen und sozialen Konflikte – parallel zu den modernen technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen, u. a. politische Umbrüche, neue Kommunikationstechnologien und Transportmöglichkeiten – haben zu Wanderungsbewegungen von vielen Volksgruppen und Bevölkerungsteilen in zuvor nicht gekanntem Ausmaß geführt (Assion 2005). Entsprechend hat Migration in den letzten Jahren an gesellschaftspolitischer Bedeutung gewonnen.

Folgt man den Angaben der »International Organization for Migration« (IOM 2016), so leben mehr als 200 Millionen Menschen (ca. 3 % der Weltbevölkerung) nicht mehr in ihrer ursprünglichen Heimat. Die Europäische Union gilt weiterhin als attraktives Ziel für Wanderungsbewegungen, gleichwohl sind die USA das Einwanderungsland mit der höchsten Zahl an Migranten.

14.2 Migration als kritischer Veränderungsprozess

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten beschreibt den Migrationsprozess unter verschiedenen Sichtweisen als kritischen Prozess der Veränderung (Assion 2012). Abhängig von den Erklärungsmodellen kann dieser Prozess als kritisches Lebensereignis aufgefasst werden (Filipp 1981), bei der die Bewältigung in einem fremden kulturellen Kontext durch Lernen und Anpassen erfolgt und u. a. eine psychologische Herausforderung für die Identitätsentwicklung darstellt (Calliess et al. 2012; ► Kap. 3 u. 16). Die Auseinandersetzung mit einem fremden kulturellen Umfeld ist mit Stressoren verbunden und führt zu verschiedenen Strategien (z. B. Marginalisierung, Separation, Assimilation, Integration), folgt man dem von Berry (2005) entwickelten Akkulturationsmodell. Kizilhan (2011) konstruierte ein Modell, in dem der Prämigrationsphase eine stärkere Beachtung zukommt. Belastende Ereignisse im Heimatland (Binnenmigration, Flucht in Nachbarländer etc.) finden explizit Erwähnung und haben Bedeutung für den konsekutiven Migrations- und Anpassungsprozess.

An anderer Stelle wird diese sensible Phase der Akkulturation mit der Entwicklung eines Adoleszenten verglichen und von »kultureller Adoleszenz« gesprochen. Angeführt werden verschiedene Aspekte und eine Reihe von Prozessen, wie das Wagnis des Neubeginns, die Ablösung aus originären familiären und kulturellen Beziehungen, das Aushalten von Spannungen (Stress) zwischen dem Eigenen und dem Fremden oder die erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen (Machleidt u. Heinz 2011). Ältere Konzepte wählen den Begriff »Kulturschock« (Oberg 1960) oder sprechen mit psychoanalytischer Begrifflichkeit (Laplanche u. Pontalis 1972) von den traumatisierenden Wirkungen der Migration (Grinberg u. Grinberg 1990). An dieser Stelle kann auf die jeweiligen Modelle – deren Stärken und Grenzen – nicht detaillierter eingegangen werden, doch soll deutlich werden, dass Migration die seelische Vulnerabilität erhöht.

Im Kontext von psychischer Dekompensation oder der Entwicklung einer psychischen Störung sind diese soziokulturellen Faktoren neben den biologischen Bedingungsfaktoren also bedeutsam. Diagnostizierende und behandelnde Therapeuten sind gut beraten, darüber Kenntnisse zu haben, diesen Aspekten Aufmerksamkeit zu widmen und in die therapeutischen Überlegungen einzubeziehen.

14.3 Kultursensible Diagnostik verhindert Missverständnisse und Fehldiagnosen

Kultur- und migrationspezifische Aspekte, Umgebungsfaktoren, persönliche Ausdruckformen und -stile sind in den diagnostischen Prozess einzubeziehen, denn ohne deren Beachtung bleiben die Schlussfolgerungen entsprechend unvollständig. Bei mangelnder Berücksichtigung dieser Faktoren besteht die Gefahr von diagnostischer Fehleinschätzung im Hinblick auf die Differenzialdiagnostik (Calliess 2011). Abhängig von der kulturellen Zugehörigkeit gewinnen psychische Beschwerden eine unterschiedliche Gewichtung, Symptome werden stärker oder schwächer erlebt oder (non)verbal anders ausgedrückt. Somit kommt es je nach soziokulturellem Kontext zu potenziell differenten Symptompräsentationen, die es zu erkennen gilt, will man Fehleinschätzungen vermeiden (Koch 2011). Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang eine kulturabhängige »Körper-Organ-sprache« (Machleidt et al. 2015, S. 841). So klagen Deutsche bei psychischer Belastung eher über Beschwerden in der Herzgegend, Franzosen hingegen über Beschwerden in der Lebergegend. Menschen aus der Türkei und dem Nahen Osten neigen zu einer somatischen, Ganzkörper betonten Schilderung ihrer Beschwerden. Von Chinesen wissen wir, dass sie bei depressiver Störung statt über ein Gefühl der Traurigkeit von Langeweile, Gefühlen der inneren Spannung, Schwindel oder Erschöpfung sprechen. Bemerkenswert ist auch, dass z. B. Wahnhinhalte bei depressiven Störungen im westlichen Kulturraum stärker auf die Themen Schuld, Verarmung und Krankheit bezogen sind, im Nahen und Fernen Osten eher auf Hypochondrie und Verfolgung (Machleidt et al. 2015).

14.4 Kulturelle Psychiatrie im ICD-10 randständig

Die vielfältigen Kenntnisse über die Bedeutung von Kultur, sozialen Bezügen und Migration vor dem Hintergrund der weltweit zunehmenden Bedeutung von Migrationsprozessen finden sich in dem internationalen Klassifikationsschema der WHO, der ICD-10, nur marginal wieder – ein Manko, das einer einseitig biologischen Sichtweise geschuldet ist, die soziokulturelle Faktoren unangemessen vernachlässigt.

Es gibt nur wenige Verweise auf transkulturelle Einflussfaktoren und kaum Möglichkeiten, die Besonderheiten im Zusammenhang mit kulturellen Faktoren im ICD-10 zu verschlüsseln.

So ermöglicht das ICD-10-GM 2013 lediglich unter der Zusatzklassifikation »Z60 – Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung«, unter der Unterkategorie Z60.3 »Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung« zu verschlüsseln. Das geschieht allerdings nachgeordnet in einem Sammelsurium von sozial oder persönlich schwierigen Lebenssituationen, wie dem Alleinleben, der Menopause, dem Auszug eines Kindes aus dem Elternhaus oder Diskriminierungserfahrungen. Diese Lebenssituationen haben – jenseits der Tatsache, dass Migranten erhöhtem Diskriminierungserleben ausgesetzt sein können – mit transkultureller Psychiatrie nichts zu tun, die Probleme sind anders gelagert und damit keineswegs vergleichbar. Es ist schwer nachvollziehbar, was die Autoren bei der Erstellung dieser Kategorie des ICD-10 bewegt hat.

Z60 Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung

inkl.

- alleinlebende Person
- Anpassungsprobleme an die Übergangsphasen im Lebenszyklus
- atypische familiäre Situation
- Empty Nest Syndrome
- Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung
- soziale Ausgrenzung oder Ablehnung
- Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung

Über diese Z-Kategorie hinaus enthält das ICD-10 ein Glossar über eine nicht durchgehend nachvollziehbare Auswahl von kulturgebundenen Syndromen. In das internationale Klassifikationsschema ICD-10 haben die kulturgebundenen Syndrome etwa vor zwei Jahrzehnten Eingang gefunden. Das ICD-10 weist sie als lokale Variationen der in den F-Kategorien beschriebenen Symptome und Syndrome aus, so als lokale Varianten von Angst, Depression und somatoformer Störung. Kritisch wird angemerkt, dass es »keine zuverlässigen deskriptiven Studien mit einem epidemiologischen Ansatz [gibt], die die Unterscheidung dieser Störungen von anderen in dieser Klassifikation rechtfertigen« (Dilling et al. 2005, S. 32). Als Kriterien werden angeführt, dass sie schlecht in die Kategorien der internationalen psychiatrischen Klassifikation passen und lediglich in einer bestimmten Population

oder einem bestimmten kulturellen Bereich beschrieben wurden sowie mit diesen Bedingungen eng verbunden waren (Dilling et al. 2005). Innerhalb der evidenzbasierten Medizin mit ihrer eher kulturuniversalistischen Haltung ist die Existenz dieser sog. culture bound syndromes daher umstritten. Die Anthropologie vertritt in dieser Kontroverse eher eine kulturrelativistische Position und gewährt den kulturspezifischen Aspekten der kulturabhängigen Syndrome einen besonderen Stellenwert (Sukopp 2005).

14.5 DSM-III bis DSM-IV vernachlässigt kulturelle Faktoren

Die Begriffe Kultur oder kulturgebundene Störungen werden weder in dem 1984 herausgegebenen *DSM-III*, noch in der revidierten Fassung *DSM-III-R* in der Ausgabe von 1989 erwähnt. So wird man in diesen älteren Versionen des US-amerikanischen Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen die Ausführungen über Kultur oder kulturbezogene Störungen vergeblich suchen. Das spiegelt die biologische Ausrichtung der wissenschaftlichen Psychiatrie dieser Jahre wider, die den sozialen und kulturellen Faktoren psychischer Störungen eine untergeordnete Bedeutung beigemessen hatte.

Im *DSM-IV* (Ausgabe von 1994) wurden die kulturgebundenen Syndrome erstmals im Glossar aufgenommen und das Störungsprofil im Anhang anhand von kurzen Vignetten skizziert. Daneben fand sich erstmals ein Leitfaden zur Beurteilung kultureller Einflussfaktoren.

14.6 Cultural Formulation im DSM-5

Eine deutliche Ausweitung und Aufwertung transkultureller Aspekte ist in dem von der American Psychiatric Association (APA) im Mai 2013 erschienenen *DSM-5* umgesetzt. Gegenüber den früheren Auflagen wird wesentlich stärker der Versuch unternommen, der Bedeutung soziokultureller Einflussfaktoren gerecht zu werden. Auf drei Ebenen werden die sozialen und kulturbezogenen Aspekte in das Manual eingearbeitet. Der großen Bedeutung von kulturellen Faktoren bei der klinischen Versorgung von Patienten im Alltag wird damit Rechnung getragen.

In der Einleitung werden wichtige Begriffe erklärt, wie die Begriffe *Kultur* (als generationsübergreifendes System von Wissen, Konzepten, Praktiken etc.), *Rasse* (als Gruppeneinteilung aufgrund hypothetischer intrinsischer oder biologischer Charakteristika) und *Ethnizität* (Konstrukt der Identität von Gruppen).

Es werden zudem Hinweise für ein transkulturelles Verständnis gegeben, wobei wichtige Faktoren für gute transkulturelle Arbeit das Verständnis um die kulturelle Identität des Individuums, Normen, Hilfe-Suche-Verhalten, Vulnerabilität, Resilienz oder die kulturellen Aspekte in der Beziehung zwischen Betroffenen und Professionellen sind.