



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2005

**”Fragt nicht nach meiner Mutter, fragt nach meiner Arbeit” :
ethnopschoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken
Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo**

Künzler Amacher, Eva

Abstract: Ein Abschnitt über traditionelle Krankheits- und Therapiekonzepte führt in das im Südwestbalkan vorhandene, aber langsam schwindende traditionelle Wissen ein. Es wird diskutiert, unter welchen Bedingungen solche Wissensbestände als Ressourcen auch im Einwanderungsland genutzt und daher in schulmedizinische Therapien integriert werden können. Die Untersuchung zeigt, dass chronifizierter Schmerz - und anderer körperlicher Krankheitsausdruck - nicht nur Ergebnis des einschneidenden Migrationsprozesses ist, sondern häufig Folge einer langjährigen sozialen, rechtlichen und ethnischen Marginalisierung im Aufnahmeland, kombiniert mit individuellen und historischen Prämissen. The purpose of this investigation are Kosovo Albanian immigrants in Switzerland, suffering from chronic pain and other specific chronic illnesses. The study focusses on the causes before, during and after the migrational process, which have promoted the illness and its chronification. Working with the ethnopschoanalytical method according to G. Devereux, the author interviewed regularly six Kosovo Albanians during several months and questioned them about their daily-life- and illness-experiences. The case studies presented here are based on these recorded conversations, interpretatory observations and insights, which are gathered by a supervision accompanying the investigation. Cognition leading for the understanding of illness was the model of the "transitional space" of D. W. Winnicott. The absence of this transitional space can be problematic for the migrational process. A chapter to the issue of traditional concepts of illness and therapy broaches the rich, but vanishing traditional knowledge of the southwestern Balkans. It is discussed, how far such resources of knowledge could benefit the migrational situation and add to professional western medicine. The investigation shows, that chronic pain - as well as other physical expression - is not only the result of an incising migrational process. The consequences of a long term social, legal and ethnic marginalisation in the reception country, in combination with individual and historic premises can also contribute to chronic illness.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-163292>

Dissertation

Published Version

Originally published at:

Künzler Amacher, Eva. "Fragt nicht nach meiner Mutter, fragt nach meiner Arbeit" : ethnopschoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken Arbeitsmigrantinnen und -migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo. 2005, University of Zurich, Faculty of Arts.

„Fragt nicht nach meiner Mutter, fragt nach meiner Arbeit“
Ethnopschoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chro-
nisch kranken Arbeitsmigrantinnen und -migranten
sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Eva Künzler Amacher

von
Walzenhausen AR

Angenommen auf Antrag von
Prof. Dr. Hans-Peter Müller und PD Dr. Mario Erdheim

Studentendruckerei Zürich 2005

| | |
|---|----|
| Vorwort | 1 |
| 1 Einleitung | 2 |
| 1.1 Zielsetzung und Fragestellung | 2 |
| 1.2 Gliederung | 3 |
| 1.3 Forschungsmethode und Setting | 4 |
| 1.3.1 Sprache und Wortwahl in der Gesprächssituation | 7 |
| 1.3.2 Kommentar zur Untersuchung | 7 |
| 1.4 Abgrenzung Forschungsthema | 9 |
| 1.5 Zum Forschungsstand | 10 |
| 2 Zur Geschichte und Ethnologie des Kosovo | 18 |
| 2.1 Zur Geschichte | 18 |
| 2.2 Das Gesundheitssystem im Kosovo 1950-1999 | 23 |
| 2.3 Ethnologie der albanischen Bevölkerung des Kosovo | 27 |
| 2.3.1 Das mediterrane Konzept von Ehre und Schande | 28 |
| 2.3.2 Der Kanun | 30 |
| 2.3.3 „Patriarchale“ Gesellschaftsordnung | 31 |
| 2.3.4 <i>Non-Relationship</i> und ethnische Loyalität | 32 |
| 2.3.5 Geschlechter- und Familienbeziehungen | 34 |
| 2.3.6 Sozialisation | 38 |
| 2.3.7 Demografische Aspekte | 39 |
| 2.3.8 Blutsbrüderschaft und Gastfreundschaft | 39 |
| 2.3.9 Zur Bedeutung der Religion | 40 |
| 2.4 Kosovo-albanische Migrantinnen und Migranten in der Schweiz | 42 |
| 3 Medizinethnologische und ethnopsychologische Ansätze | 47 |
| 3.1 Medizinethnologische Ansätze | 47 |
| 3.1.1 <i>Illness</i> und <i>disease</i> | 47 |
| 3.1.2 Die Krankheitssektoren nach Arthur Kleinman | 48 |
| 3.1.3 Der Einfluss des Psyche-Soma-Konzeptes auf die Behandlung psychosomatischer Leiden | 52 |
| 3.1.4 Das therapeutische Dreieck nach Jean Pouillon | 55 |
| 3.2 Ethnopsychologische Ansätze mit Schwerpunkt Psychoanalyse | 57 |
| 3.2.1 Körperlicher Schmerz als dominantes Symptom | 62 |
| 4 Theoretische Grundlagen | 70 |
| 4.1 Theoretische Grundlagen zur Psychopathologie | 70 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4.1.1 | Der Kulturschock | 72 |
| 4.1.2 | Übergangsobjekte nach Donald W. Winnicott und ihre Bedeutung für den Migrationsprozess | 74 |
| 4.1.3 | Überlegungen zur Anwendung der Theorien Winnicotts | 79 |
| 4.1.4 | Der Migrationsprozess als zweite Adoleszenz | 83 |
| 4.2 | Theoretische Grundlagen zur ethnopschoanalytischen Methode | 86 |
| 4.2.1 | Subjektivität in den Verhaltenswissenschaften | 87 |
| 4.2.2 | Abwehrmechanismen gegen das Fremde | 89 |
| 4.2.3 | Übertragung und Gegenübertragung der Forscherin | 91 |
| 5 | Traditionelle Krankheits- und Therapiekonzepte | 95 |
| 5.1 | Einleitung | 95 |
| 5.2 | Traditionelle Vorstellungen von Körper und Geist | 96 |
| 5.2.1 | Die Bedeutung der Körperorgane | 96 |
| 5.3 | Die Medizin des Propheten | 100 |
| 5.4 | Die galenische Medizin | 102 |
| 5.5 | Volksmedizin im muslimischen Balkan und in der Türkei | 104 |
| 5.5.1 | Die Hodschas | 107 |
| 5.5.2 | Diagnose und Therapie | 109 |
| 5.5.3 | Exogene und endogene Krankheitsursachen | 111 |
| 5.5.4 | Häufige rituelle Praktiken | 115 |
| 5.6 | Die Medizin des Propheten und ihre synkretistische Anwendung | 122 |
| 5.7 | Die therapeutische Technik nach Tobie Nathan | 124 |
| 5.8 | Help-seeking und treatment preferences | 126 |
| 6 | Die Bedeutung von Krankheit: Fallvignetten | 128 |
| 6.1 | Einleitung | 128 |
| 6.2 | Die kafkaeske Welt des Herrn A | 129 |
| 6.2.1 | Höhenangst und sozialer Abstieg | 131 |
| 6.2.2 | Traditionen und Kollektivität | 135 |
| 6.2.3 | Die Sprache – ein Korsett | 136 |
| 6.2.4 | Das Schweigen der Familie | 139 |
| 6.2.5 | Nonverbale Kommunikation | 145 |
| 6.3 | Frau B: „Fragt nicht nach meiner Mutter, fragt nach meiner Arbeit“ | 147 |
| 6.3.1 | Zur Bedeutung der Arbeit | 151 |
| 6.3.2 | Die freundliche und die unfreundliche Verwandte | 153 |
| 6.3.3 | Interaktion mit dem formellen Medizinsektor | 154 |
| 6.3.3.1 | Einverständnis im Missverständnis | 155 |
| 6.3.3.2 | Tabletten, die im Darm stecken bleiben | 156 |
| 6.3.3.3 | Mangelndes Bezugswissen | 159 |
| 6.3.3.4 | Abhängig und ausgeliefert | 159 |
| 6.3.3.5 | Stumme Medizin | 161 |

| | |
|--|-----|
| 6.3.3.6 Psychosomatische oder somatische Beschwerden?..... | 162 |
| 6.3.4 Krankheit als Mittel der Kommunikation | 166 |
| 6.3.5 Die Migrationssituation als Nicht-Ort..... | 168 |
| 6.3.6 Familie Bs Kinder: Loyalität versus Integration | 169 |
| 6.3.7 Rechtliche Unsicherheit | 175 |
| 6.3.8 Identität und Migration..... | 176 |
| 6.3.9 Mein letzter Besuch: Individuelle Hintergründe der Erkrankung..... | 178 |
| 6.4 Familie C: „Sie brauchen uns nicht mehrmals zu besuchen: Wir sagen immer das Gleiche” | 179 |
| 6.4.1 Melonenstücke und Bauchschmerzen | 180 |
| 6.4.2 Keine „Herren der Zeit“ | 184 |
| 6.4.3 Familie Cs Kinder: „Zurück“, wohin? | 186 |
| 6.4.4 Desorientierung und Desorganisation | 187 |
| 6.4.5 Die Eltern von Herrn und Frau C | 188 |
| 6.5 Besuch bei einem Hodscha: Volksmedizin in der Migration | 192 |
| 6.6 Frau E, Heilerin: „Niemand hilft mir!“..... | 195 |
| 6.6.1 Der Hodscha und die Heilerin: Grenzüberschreiter | 197 |
| 6.6.2 Aspekte des Schamanischen..... | 199 |
| 6.7 Die „gesunde“ Familie G: Nichts wird vergessen | 200 |
| 6.8 Salutogenetische Faktoren bei Familie G | 204 |
| 7 Schlussfolgerungen | 207 |
| 7.1 Beantwortung der Fragen | 207 |
| 8 Zusammenfassung | 224 |
| 9 Bibliographie | 226 |

Vorwort

Schon als Heranwachsende haben mich Menschen fasziniert, die aus anderen Kulturkreisen stammen. Die Assoziationen, die ihr Anderssein in mir hervorrief, waren sinnlich und inspirierend: Farben, Wärme, Gewürze, Reisen und vieles mehr. Das Fremde in seiner kulturspezifischen Eigenart zu entdecken fesselte mich ebenso wie die Erfahrung von Verbindendem, allgemein Menschlichem.

Ich wunderte mich: Warum trug der junge Mann aus unserer Nachbarschaft ein eng anliegendes Jackett mit Nadelstreifen und nicht eine Blousonjacke wie bei den jungen Burschen „bei uns“ auf dem Land üblich? Warum klang sein Name exotisch? Erst später erfuhr ich, dass er aus der Türkei stammte und seine Eltern ihm den dort geläufigen Namen eines bedeutenden Sultans des Osmanischen Reiches gegeben hatten.

Dieses Interesse am Fremden, verbunden mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden und einer strikten Abneigung gegen Stammtisch-Vorurteile und Gedankenträgheit – Eigenschaften, welche ich sicherlich mit vielen Menschen teile –, führte mich fast zwangsläufig zu immer neuen und komplexen Fragen im Zusammenhang mit Menschen aus fremden Kulturen, über ihre Lebensweisen, Denkart, Gefühlswelten, Fragen auch über die Ursachen ihrer Leiden.

Die Dissertation von Anfang an begleitet, mich geduldig unterstützt und qualifiziert beraten hat die Ethnologin Marianne Schiess. Ihr gilt mein herzlicher Dank. Da ich sie stets an meiner Seite wusste, empfand ich das Arbeiten an der Dissertation selten als beschwerlich. PD Dr. Mario Erdheim hat mich immer wieder ermutigt, weiter zu gehen in meinen Fragestellungen, scharfe und präzise Folgerungen zu ziehen. Dank unserer Gespräche in der Supervision eröffneten sich mir neue ethnopsychoanalytische Tiefendimensionen. Für die Betreuung der Dissertation möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Hans-Peter Müller herzlich danken. Mein Dank geht auch an alle, die meine Arbeit stets mit Wertschätzung und grossem Interesse verfolgt haben. Dies sind die Mitarbeitenden des Ethnologisch-Psychologischen Zentrums Zürich, sowie Dr. med. Xhevat Hasani, Osman Osmani, Tone Berisha und weitere Schlüsselpersonen. Ein herzliches Dankeschön geht auch an meinen Partner, an meine Familie sowie an Freundinnen und Freunde.

1 Einleitung

Arbeitsmigrant/innen, Asyl Suchende und Flüchtlinge gehören in unserem Land längst zum Alltag. Sie reisen ein, meist als junge Menschen, mit der Hoffnung auf Frieden und um Verfolgung, Krieg und Repression zu entgehen, sie suchen materielle Sicherheit und hoffen, die zu Hause Gebliebenen finanziell unterstützen zu können. Sie wagen den Sprung aus ihrer vertrauten Umgebung in eine völlig neue Welt. Die schwierige Neuorientierung in der Fremde kann, zusammen mit der aus ökonomischen Gründen oftmals hohen Arbeitsbelastung (beispielsweise bei berufstätigen Müttern), der ungewissen Zukunft und dem gesellschaftlichen Druck, dem sie als Migrant/innen ausgesetzt sind, zu Krise und Krankheit führen.

Verglichen mit der medizinischen Versorgung im Herkunftsland wird das schweizerische Gesundheitssystem als fortschrittlicher und moderner wahrgenommen, der Umgang mit diesem erweist sich aber nicht immer als unproblematisch. Einerseits zeigen Migrant/innen häufig Ausprägungen von chronischem Schmerz, welche nicht leicht klassifizier- und therapierbar sind, andererseits fallen immer wieder Verständigungsschwierigkeiten zwischen ihnen und dem medizinischen Fachpersonal auf.

In meiner Tätigkeit als Betreuerin von Asyl Suchenden und als Mitarbeiterin am Ethnologisch-Psychologischen Zentrum in Zürich (EPZ) bin ich damit konfrontiert worden, wie schlecht viele meiner Klient/innen unser Gesundheitssystem kannten, und wie die traditionellen Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, die in den jeweiligen Herkunftsländern neben dem schulmedizinischen System fortbestehen, ihre Erwartungen an einen Heilungsprozess beeinflussten. Die unterschiedlichen Konzepte zum Verhältnis von Psyche und Soma waren dabei für mich von besonderem Interesse. In welchen Kategorien dachten meine Klient/innen und Klienten über dieses Verhältnis? Wie beeinflussten ihre Auffassungen darüber die Art und Weise, wie sie Krankheit zum Ausdruck brachten – und wie sie Krankheit und Leid bewältigten?

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich zum einen mit den Bedingungen, welche aus emischer Sicht, also aus der Sicht der Betroffenen in der Migration, zu Krankheit und Leiden führen, zum anderen mit der Wahrnehmung, Erfahrung und Bewältigung von Krankheit im Spannungsfeld von verschiedenen Krankheitskonzepten und Gesundheitssystemen. Am Beispiel von Migrant/innen aus dem Kosovo untersuche ich diese Themenbereiche. Literatur über türkische und, so-

weit vorhanden, bosnische Migrant/innen soll ergänzend beigezogen werden. Mit meiner Untersuchung möchte ich einen Beitrag zur besseren Kenntnis krankheitsverursachender Bedingungen im Kontext der kosovo-albanischen Migration leisten. Zudem soll die Bedeutung bestimmter Aspekte der kosovo-albanischen Volksmedizin erhellt und Fragen nach jenen Faktoren aufgeworfen werden, die die Verständigung zwischen Migrant/innen und Instanzen des öffentlichen Gesundheitssystems in der Schweiz erschweren.

Es wird auch der Frage nach erschwerenden Faktoren in der Interaktion zwischen den Migrant/innen und dem offiziellen schweizerischen Gesundheitssystem nachgegangen. Denn abgesehen von der schwierigen sprachlichen Verständigung bestehen zahlreiche weitere Hemmnisse, deren Überwindung eine Analyse voraussetzt.

Der ethnopsychanalytische Ansatz, den ich in meiner Untersuchung anwende, gestattet es, gerade im sensiblen Feld „Krankheit und Leiden“ immer wieder nachzufragen und die Bedeutungszuschreibungen und Interpretationen sowohl der Befragten wie auch der Forscherin zu reflektieren, zu diskutieren und zu verifizieren.

Erkenntnis leitend waren für mich folgende Fragen:

Welches sind pathologisierende Faktoren bei kosovo-albanischen Einwanderern?

Welches sind entsprechend salutogenetische Faktoren?

Bei welchen häufig auftretenden chronischen Krankheitsbildern kann ein Zusammenhang mit Migrationseinflüssen vermutet werden?

Welches ist das Psyche-Soma-Konzept, das den beschriebenen Krankheitsäusserungen zugrunde liegt?

Welches sind, aus der Sicht der Betroffenen, die Mängel in der Interaktion mit dem schulmedizinischen System?

1.2 Gliederung

Die folgenden Teilkapitel dieser Einleitung befassen sich mit dem ethnopsychanalytischen Ansatz, den ich für meine Untersuchung gewählt habe. Das Forschungsthema wird genauer umrissen, meine albanischsprachigen Gesprächspartner/innen – die „Forschungsobjekte“ dieser Studie – vorgestellt und der Forschungsstand zu schmerz- und chronisch kranken Migrant/innen in der Medizin rekapituliert. Der Stand der Forschung in Ethnomedizin sowie zu Psychoanalyse im Zusammenhang mit der Migrationssituation wird an anderer Stelle erörtert.

Die besondere Situation, in welcher sich kosovo-albanische Migrant/innen befinden, kann nicht ohne fundierte Kenntnisse der historischen und ethnologischen Hintergründe diskutiert werden. Daher befasst sich das zweite Kapitel mit den historischen und ethnologischen Gegebenheiten im Kosovo, aber auch mit den Lebensbedingungen im schweizerischen Exil.

Das dritte Kapitel widmet sich medizinethnologischen Ansätzen sowie ethnopsychanalytischen Ansätzen mit psychoanalytischem Schwerpunkt.

Auf ethnopsychologische Grundlagen gehe ich im vierten Kapitel ein.

Die kosovo-albanische Volksmedizin ist in der Schweiz wenig bekannt. In meiner Untersuchung und bei der täglichen Betreuungsarbeit im Durchgangszentrum für Asyl Suchende und im Ethnologisch-Psychologischen Zentrum bin ich bei Kranken jedoch immer wieder auf volksmedizinische Strategien gestossen, sodass es sich lohnt, in einem ausführlichen Exkurs im fünften Kapitel darauf einzugehen.

Im sechsten Kapitel werden empirische Daten der Fallvignetten aufgezeichnet und medizinethnologisch und theoretisch sowie auch ethnopsychanalytisch verarbeitet. Dieser ausführlich gehaltene Abschnitt stellt den Kern der Untersuchung dar. Hier führen Praxis und Theorie zusammen, hier zeigt sich oder eben nicht – anhand konkreter Beispiele, ob das, was vorher theoretisch (und allgemein) erörtert worden ist, auf die empirischen Daten angewendet werden kann. Auf der Basis der erarbeiteten Kenntnisse und Erfahrungen werden am Schluss die am Anfang der Dissertation gestellten Fragen beantwortet.

1.3 Forschungsmethode und Setting

Nach Georges Devereux gelangt die Tiefenanalyse eines einzigen Phänomens zu ebenso relevanten Einsichten wie die Analyse einer grossen Anzahl relativ oberflächlicher Fakten, die die „Breite“ eines Phänomens illustrieren.¹ Es sind allerdings nicht die gleichen Feststellungen, die sich daraus ergeben, doch sind sie ebenso aussagekräftig. Der Gewinn an vertieften Erkenntnissen muss mit einem gewissen Verlust an Repräsentativität erkaufte werden. Es wird sich jedoch zeigen, dass die in dieser Arbeit untersuchten Einzelphänomene exemplarischen Charakter haben: bestimmte Konstellationen, die bei meinen InformantInnen zu chronischer Krankheit beigetragen haben, finden sich auch in den Beschreibungen von Fallgeschichten aus anderer Literatur.²

¹ Devereux 1973:21.

² Siehe zum Beispiel Kapitel 6.3.1.

Für meine Erhebungen habe ich den ethnopsychanalytischen Ansatz gewählt. Der ethnopsychanalytische Ansatz geht davon aus, dass „Verhaltenswissenschaften“, also Sozialwissenschaften, stets der Subjektivität unterliegen. Diese Subjektivität kann als Forschungsinstrument eingesetzt werden. Das Subjekt, das heisst hier: die Forschende, beobachtet nicht einseitig das Objekt und zieht Schlüsse aus der Beobachtung. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Subjekt und Objekt in einer dynamischen Beziehung zueinander stehen, die den Forschungsprozess und damit die Untersuchungsergebnisse beeinflusst: So soll die Wirkung der besuchten Kranken und ihrer Familien auf die Forschende wie auch umgekehrt der Einfluss der Forschenden auf die Gesprächspartner/innen und ihr Umfeld sowie die Reaktionen auf solche Wirkungen (Übertragung und Gegenübertragung) in die Analyse miteinbezogen werden. Im Abschnitt 4.2.1 wird beschrieben, wie die „Verzerrungen“ und „Widerstände“ im subjektiven Erleben in der Untersuchung als signifikante und charakteristische sozialwissenschaftliche Daten herangezogen werden können.

Da die Forschende dem Forschungsprozess also selber unterliegt, bedarf es einer dritten Person, welche die Interaktionen zwischen Subjekt und Objekt von neutraler Seite her wiedergeben und gemeinsam mit ihr analysieren und reflektieren kann. Diese Triangulierung findet in Form einer Supervision statt. Die Beschreibung der Besuche bei meinen Informant/innen und meine damit verbundenen Eindrücke und Empfindungen wurden laufend durch den Ethnologen und Psychoanalytiker Dr. Mario Erdheim supervisiert.

Die angemessene Vorbereitung einer Untersuchung in einem sensiblen Themenbereich erfordert im Zusammenhang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen auch, sich mit den zu erwartenden Ängsten, Abwehrreaktionen, Wünschen etc. schon im Vorhinein auseinanderzusetzen, um in der entsprechenden Situation nicht unvorbereitet zu sein. Nur bei ausreichender Kenntnis der eigenen psychischen Reaktionsmuster können fremde Ängste und Erwartungen erkannt und von den eigenen unterschieden werden.

Für die vorliegende Analyse sind drei Haushalte über längere (sieben bis dreizehn Monate) und zwei Haushalte über kürzere Zeit (vier bis zwölf Wochen) besucht worden. Bei diesen Besuchen habe ich einen Einblick in den Alltag der betroffenen Familienmitglieder gewonnen, ihre Bewältigungsstrategien kennen gelernt und sie während ihrer Krankheitsphase begleitet.³ Die Eindrücke wurden jeweils nach den Treffen protokolliert.

³ Unter Familie verstehe ich mindestens ein Elternteil mit einem Kind. Die Verwandtschaft und das nähere soziale Umfeld, die in die Bewältigungsstrategien einbezogen werden, beschränken sich nicht auf die Migrationssituation. Oftmals werden die Kontakte zu Familienmitgliedern im Herkunftsland rege genutzt.

Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden Haushalte gewählt, bei denen je ein Familienmitglied in medizinischer und/oder psychiatrischer Behandlung steht. In Betracht gezogen wurden bei Migrant/innen häufig anzutreffende Schmerzerkrankungen wie chronisches Schmerzsyndrom (dieses kann sich durch vielerlei körperliche Erscheinungsformen äussern), verbunden mit psychischen Symptomen des hysterischen oder hypochondrischen Formenkreises oder Formen von Depression.⁴ Durch den Vergleich mit einer „gesunden“ oder eher, beschwerdefreien Familie wird versucht, krankheitsverursachende und salutogenetische Faktoren zu unterscheiden und herauszuarbeiten.

Bei der Suche nach geeigneten Personen unterstützten mich albanischsprachige Schlüsselpersonen und psychiatrische oder psychologische Institutionen.

Ein mir bekanntes Vorstandsmitglied des albanischen Dachverbandes in Zürich vermittelte mir jene Person, die ich im Text Herr A nenne. Über Herrn As Ärztin im Psychiatrischen Ambulatorium der Klinik Hard stiess ich auf Familie B. Die Tatsache, dass ich bereits einen ihnen entfernt bekannten Patienten des Ambulatoriums besuchte, erleichterte mir den Zugang zu dieser Familie. Die Familie C wurde mir von einem kosovo-albanischen Betreuer von albanischen Asylsuchenden der Asyl-Organisation Zürich angegeben. Mit Frau C hatte ich bereits durch meine Tätigkeit in einem Durchgangszentrum kurz Bekanntschaft geschlossen. Bei früheren Kontakten zum Ethnologisch-Psychologischen Zentrum, einer Spezialinstitution der Asyl-Organisation Zürich, in der ich tätig war, lernte ich Frau E kennen. In der Zeitspanne der Besuche von Frau E arbeitete ich nicht im Ethnologisch-Psychologischen Zentrum. Alle anderen Informant/innen hatten nichts mit jenem Zentrum zu tun.

Die wöchentlich bis zweiwöchentlichen Besuche spielten sich meistens im Wohnzimmer ab, wo ich zunächst mit Mineralwasser, danach mit Kaffee bewirtet wurde. Ich blieb nie länger als sechzig bis neunzig Minuten, ausser bei der „gesunden“ Familie G, bei der ich mühelos zwei, drei Stunden verbringen konnte.⁵

⁴ Schmerz-, hysterische und hypochondrische Symptome werden von Leyer 1991:71 erwähnt. Formen der Depression entwickeln sich oftmals, nachdem die Erkrankung chronisch geworden ist, vgl. Herrn A, Familien B und C. Die von Woodruff, Murphy und Herjanic vorgeschlagene Bezeichnung „Sekundäre Depression“ nach primären psychischen oder somatischen Leiden konnte sich nicht durchsetzen. Woodruff; Murphy; Herjanic (1967).

⁵ Siehe Kapitel 6.7. In der Einleitung zu Kapitel 6 wird das Besuchssetting detailliert ausgeführt.

Es wurden auch Schlüsselpersonen kontaktiert, so Xhevat Hasani, der als Arzt am Universitäts-spital Prishtina gearbeitet hatte und lange im Beratungszentrum für türkische, kurdische und albanische Flüchtlinge „Derman“ in Zürich tätig war sowie psychosoziale Mitarbeiter kosovo-albanischer Herkunft in der Asyl-Organisation Zürich. Es wurden auch verschiedene volksmedi-zinische Heilerinnen und Heiler befragt.

1.3.1 Sprache und Wortwahl in der Gesprächssituation

Als Betreuerin in einem Durchgangszentrum für albanische Einzelpersonen und Familien und auch in einem Sprachkurs hatte ich mir im Laufe der Zeit einen albanischen Grundwortschatz erworben. Er genügte aber nicht, um die Gespräche auf albanisch zu führen. Meine Gesprächspartner/innen und ich unterhielten uns während der Besuche stets auf Deutsch. Das Vokabular war begrenzt, was eine differenzierte Kommunikation erschwerte. Allerdings hatte ich ja die Gelegenheit, zurückzufragen oder mit anderen Worten das Gesagte zu wiederholen, um sicher zu gehen, dass ich etwas richtig verstanden hatte. Aber auch ich wählte gängige, einfache Worte und büsste dadurch Feinheiten, Nuancen in der Kommunikation ein. Es waren immer wieder Annahmen, auf denen meine Wortwahl basierte, die Annahmen nämlich, dass beispielsweise die Bedeutung von „traurig“ meinem Gegenüber bekannt war, jene des präziseren „enttäuscht“ oder etwa „verzweifelt“ hingegen nicht. So wählte ich das Bekanntere und wusste doch nicht mit Bestimmtheit, ob es die richtige Wahl war. Meine Albanischkenntnisse halfen mir immerhin, das unter den Familienmitgliedern Gesprochene zu verstehen. Den Einbezug eines Übersetzers oder einer Übersetzerin habe ich ausser Betracht gelassen, denn das Deutsch der Gesprächspartner/-innen reichte, um sich hinreichend zu verständigen. Auch hätte eine Übersetzung zur Umständlichkeit der Interaktionen beigetragen. Die Gesprächsatmosphäre hätte an Vertrautheit und verloren, der Redefluss wäre weniger unmittelbar gewesen. Zur semantischen Dimension der Sprache wird auf den nächsten Abschnitt, aber auch auf die Fallvignetten verwiesen.

1.3.2 Kommentar zur Untersuchung

Das Gespräch zwischen meinen Informantinnen und Informanten, ihren allfällig anwesenden Familienmitgliedern und mir gestaltete sich nicht immer mühelos. Obwohl infolge der Erkrankung, wie mir schien, an sich viel Gesprächsstoff vorhanden war, waren manche Themen schwierig anzugehen: die Welt des inneren Erlebens eröffnete man nicht einer aussen stehenden Person wie mir. Es erwies sich auch als schwierig, bei Gegebenheiten, die mir besonders wichtig er-

schienen, nachzufragen. Bildhafte Vergleiche, Sprichwörter, die mir unbekannt waren usw. wollte ich eindeutig verstehen und fragte bisweilen nach oder rief meinen Gesprächspartner/innen ihre früheren Aussagen in Erinnerung, um weitere Anhaltspunkte darüber zu erhalten. Als ich zum Beispiel Frau B daran erinnerte, dass sie einst die Beziehung zu ihrem Arzt als Mutter-Kind-Beziehung umschrieben hatte, liess sie mich ohne Antwort. Ich fasste ihre Reaktion dahingehend auf, dass sie fürchtete, ich fände ihre Assoziationen unpassend. Oder als ich Herrn B an seine Bemerkung erinnerte, dass das Tragen von schmutzigen Teppichen zu Infektionen führe, weil ich noch mehr darüber in Erfahrung bringen wollte, erhielt ich nicht mehr dieselbe Antwort. Auf den erhaltenen Aussagen baute ich aber meine Arbeit auf.

Meine Formulierungen waren daher eine Gratwanderung zwischen dem Einhalten der Regeln der Höflichkeit und der neugierigen, manchmal eindringlichen Haltung als Forscherin. Mir fiel immer wieder auf, wie schnell eine etwas eigentümliche Situation entstand, die mich veranlasste, nicht mehr weiter nachzufragen (in Kapitel 2.1 und 4.1.2 wird auf die Thematik der Verfolgungsängste eingegangen, die im Migrationsprozess entstehen können, aber auch durch historisch-politische Hintergründe verstärkt werden können). Ich war gezwungen, mit der Inkonsistenz der Aussagen mitzugehen. Der sensible Themenbereich der Migrationssituation im Zusammenhang mit Krankheit veranlasste mich, die Gespräche nicht mittels einem Tonbandgerät aufzuzeichnen. Ich machte bewusst wenig Notizen und teilte meinen Gesprächspartnern stets mit, was ich aufschrieb, falls ich dies dennoch für nötig befand. Bereits zu Beginn hatte ich sie darüber informiert, dass ich über die Begegnungen ein schriftliches Protokoll führte. Ich hatte ihnen erklärt, dass ich meine Eindrücke und Erfahrungen bei den Besuchen durch eine Supervision mit ethnopschoanalytischer Herangehensweise abstützte.

Eine weitere Aufgabe war es für mich, meine vorgefassten Meinungen und vorschnellen Gedankenfolgen im Kontakt mit den Befragten immer wieder zu reflektieren und zu revidieren. So wurde diese Spannung zwischen mir und „dem Fremden“ immer wieder erneuert. „Man kann dieser Spannung ausweichen“, schreibt die Psychoanalytikerin Emanuela Maria Leyer, „indem man nicht mit Angehörigen einer anderen ethnokulturellen Herkunft als der eigenen arbeitet, oder man kann die Spannung als Chance nutzen, in der Konfrontation mit den Fremden sich selbst im Spiegel des Fremden zu erkennen und zugleich bestehende Andersartigkeit und Fremdheit kennen- und aushalten zu lernen.“⁶

⁶ Leyer 1991:184.

1.4 Abgrenzung Forschungsthema

Forschungsthema meiner Studie sind albanischsprachige Migrantinnen und Migranten aus dem Kosovo und den angrenzenden Gebieten in Südserbien, Westmazedonien und Montenegro. Diese Gebiete liegen alle im Bereich der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien. Die Clans sind durch ihre Heiratsverbindungen (vgl. Kapitel 2.3.3) über die Grenzen der Provinz Kosovo weit in die erwähnte Gebiete hinein verzweigt. Sie können ethnisch nicht unterschieden werden, sondern gehören alle der gegischen Volksgruppe der Albanischsprachigen an.⁷ Durch diese grenzübergreifende Verwandtschaft sind sie auch direkt oder indirekt von den politischen Ereignissen der letzten Jahre – und besonders von der Auflösung der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien – betroffen. Der besseren Lesbarkeit wegen werden in dieser Arbeit die Betroffenen „Kosovo-Albaner/innen“ genannt, ihre Herkunft als „das Kosovo“ bezeichnet.⁸

Der Fokus meiner Untersuchung richtet sich auf Migrant/innen, die sich seit mindestens fünf Jahren in der Schweiz aufhalten. Unter „Migrant/innen“ fallen für diese Studie Personen mit der Niederlassungsbewilligung C, Aufenthaltsbewilligung B sowie Asyl Suchende und anerkannte Flüchtlinge.⁹ Die Aufenthaltsdauer von fünf Jahren wird vorausgesetzt, da angenommen wird, dass sich Migrant/innen in dieser Zeit in der Schweiz einigermaßen eingerichtet und sich auf das neue Leben eingestellt haben.

Auf einen ersten Blick scheinen Asyl Suchende mit Migrant/innen, die eine Aufenthaltsbewilligung B oder C besitzen, wenig gemeinsam zu haben. Tatsächlich trägt ein unklarer Asylstatus aufgrund der drohenden möglichen Ausweisung wesentlich zu einer Pathologisierung bei.

⁷ Siehe Whitacker (1976)

⁸ Kosovo-Albaner/innen werden auch als Albaner/innen bezeichnet, also gleich wie die Einwohner Albanien.

⁹ Asyl Suchende sind Ausländer/innen, die in der Schweiz um Flüchtlingsstatus nachgesucht haben und auf den Entscheid der Bundesbehörden warten. Sie können in der Regel nach sechs bis zwölf Monaten eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, falls ihr Asylgesuch nicht negativ beantwortet worden ist. Familiennachzug ist nicht möglich. Kantonswechsel ist nicht möglich.

Flüchtlinge (je nach Aufenthaltsdauer Ausweis B oder C) sind Ausländer/innen, die gemäss der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 als solche anerkannt wurden. Sie haben aufgrund von Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder ihrer politischen Anschauung mit ernsthaften Nachteilen in ihrem Heimat- oder letzten Wohnstaat zu rechnen.

Jahresaufenthalter mit Bewilligung B sind Personen, deren Bewilligung zunächst auf ein Jahr beschränkt ist, hernach aber jährlich erneuert werden kann, falls die entsprechende Person fürsorgeunabhängig ist. Ein Stellen- oder Kantonswechsel ist nur mit Bewilligung möglich. Der Familiennachzug ist möglich.

Dieser Faktor fällt jedoch nur bei Migrant/innen mit der Niederlassungsbewilligung C ausser Betracht. Denn auch Herr B mit Aufenthaltsstatus B fürchtete, aus der Schweiz gewiesen zu werden, da er ja krank sei und nicht mehr arbeiten könne.

Asyl Suchende, aber auch anerkannte Flüchtlinge setzen andere Prioritäten und Ziele als Leute mit der Niederlassungsbewilligung C, die nicht mehr um ihren Verbleib fürchten müssen. Diesen Umständen wird in der vorliegenden Arbeit hinreichend Rechnung getragen, denn jeder „Fall“ wird individuell betrachtet und diskutiert.

Ein weiterer Grund, weshalb ich Personen mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus gewählt habe, liegt darin, dass gerade bei Einwanderern aus dem Kosovo für die Zeit vor 1998 nicht zwischen Flüchtling und Arbeitsmigrant unterschieden werden kann. Die repressive, diskriminierende Politik gegenüber den Kosovo-Albaner/innen in ihrer Heimat war ja weitgehend ursächlich für das Klima der Angst, des Misstrauens, aber auch für die ökonomische und soziale Situation, die sie in die Emigration trieb. Dazu schreibt die Zürcher Psychologin Brigitte Hartmann Kunkel:

„Aus der Optik der kosovo-albanischen MigrantInnen selber erscheint die Differenzierung zwischen Flüchtling und Gastarbeiter (...) in einem anderen Licht: Wirkliche Freiheit und Menschenwürde lassen sich nur unter sozial und wirtschaftlich einigermaßen ausgeglichenen Verhältnissen realisieren. Politische Rechte und demokratische Strukturen bleiben reine Theorie, solange die Menschen gar keine Zeit und Energie haben, diese wahrzunehmen, weil sie sich im täglichen Kampf ums Überleben aufreiben müssen. So zeigt sich am Beispiel der Kosovo-Albaner, dass politische, wirtschaftliche und soziale Aspekte als Motiv für die Migration kaum zu trennen sind.“¹⁰

1.5 Zum Forschungsstand

Wie erwähnt, bestand bisher in Westeuropa zur ethnischen Gruppe der kosovo-albanischen MigrantInnen und Migranten im Zusammenhang mit Krankheit, und hier speziell mit chronischem Schmerz wenig Fachliteratur.

Personen mit der Niederlassungsbewilligung C sind Ausländer, denen nach einem längeren Aufenthalt mit der unbeschränkten Niederlassungsbewilligung eine Vorzugsstellung eingeräumt wird. Je nach Staatsangehörigkeit (und auch in Abhängigkeit, ob eine Person mit einem/r Schweizer Bürger/in verheiratet ist oder den Flüchtlingsstatus besitzt) ist dies nach einem Aufenthalt von 5-10 Jahren möglich. Ehepartner und Kinder unter 18 Jahren haben Anspruch darauf, in die Bewilligung einbezogen zu werden, falls alle Personen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Informationen aus: Bundesamt für Statistik 2000:50f.

¹⁰ Hartmann Kunkel 1996:29.

Aus diesem Grund wird vergleichbare Literatur zu anderen Migrantengruppen herangezogen, insbesondere zu Gruppen, die aus der Türkei sowie aus mediterranen und bosnischen Gebieten stammen. An dieser Stelle ist zu vermerken, dass zwischen türkischen und albanischen Migrant/innen in der Beziehung zum Herkunftsstaat wesentliche Unterschiede bestehen. Während sich die Türk/innen mit ihrem Staat weitgehend identifizieren und ein starkes nationales Bewusstsein besitzen, fehlt dies im Kosovo, wo man durch den slawisch dominierten jugoslawischen Staat marginalisiert wurde und, um zu überleben, in institutionellen Bereichen wie Medizin, Bildung und Kultur informelle Substrukturen aufbaute. Anstelle eines nationalen besteht bei den Kosovo-Albaner/innen eine Form ethnischen Bewusstseins (vgl. Kapitel 2.3.4). Ähnlich wie in der Türkei bestehen aber zahlreiche traditionelle Elemente teilweise weiter wie zum Beispiel das Konzept von Ehre und Schande, die raum-zeitliche Geschlechtersegregation, das innige Zusammengehörigkeitsgefühl in der erweiterten Familie. Auch existieren bei beiden Ethnien erhebliche Unterschiede zwischen den eher modernen, urbanen und den traditionellen ländlichen Gebieten. Wie in Kapitel 2.1 erwähnt, wurden die kosovo-albanischen Gebiete jahrhundertlang von den Osmanen verwaltet, und dies hat auch in nichtislamischen Gebieten des Kosovo ihre weithin sichtbaren kulturellen Spuren hinterlassen. Wie in Abschnitt 3.2.1 deutlich wird, bestehen zwischen häufig auftretenden psychosomatischen Krankheitssymptomen der Migrant/innen aus dem Kosovo und der Türkei Gemeinsamkeiten.

Der aktuelle Erkenntnisstand der Ethnomedizin wird in Kapitel 3 ausgeführt. Zu Beginn des anschließenden Kapitels 4 sind die wichtigsten Arbeiten zum Forschungsbereich Psychoanalyse und Migration erwähnt. In meiner Arbeit geht es um die Untersuchungsgruppe, die an chronischem Schmerz leidet. Chronischer Schmerz ist ein Ausdruck des Körpers, auch wenn psychische Faktoren mit hineinspielen können. Deshalb wird zunächst das schulmedizinische Gesundheitssystem konsultiert. Im Folgenden erörtere ich die Literatur zum Thema schmerzkrank und chronisch kranke Migrant/innen am Beispiel einschlägiger Artikel.

Seit den fünfziger Jahren beschäftigte man sich zunächst im angelsächsischen, später auch im deutschsprachigen Raum mit der Frage, ob der kulturelle Hintergrund das Schmerzverhalten und die Schmerzvorstellungen der Menschen prägt. Bis in die neunziger Jahre hinein wurde Kultur dabei als unabhängige Variable betrachtet, welche den Verlauf des Schmerzsyndroms beziehungsweise das Schmerzverhalten des Patienten wesentlich bestimmt. Erst in den letzten Jah-

ren wird das Augenmerk zunehmend auf sozialökonomische und psychologische Bedingungen gerichtet, die chronischen Schmerz mit verursachen können (vgl. Kapitel 3.1.3).

Als beispielhaft für die kulturalisierende Schule wird häufig die Studie von Mark Zborowski zitiert: Er untersuchte die kulturellen Unterschiede im Schmerzverhalten zwischen italienischen, jüdischen und protestantischen Amerikanern im Staat New York und kam zum Schluss, dass jede dieser Gruppen ein unterschiedliches Schmerzverhalten aufweist.¹¹

Wird das Thema „Schmerzverhalten und Kultur“ näher eingegrenzt zu der Fragestellung in dieser Arbeit, „chronischer Schmerz bei Migrant/innen unterschiedlicher Herkunft (spezifisch ginge es um Migrant/innen aus dem Kosovo)“, lässt sich feststellen, dass im angelsächsischen Raum in den letzten Jahren nur wenige Artikel dazu publiziert worden sind. Zu erwähnen sind etwa Bates, Edwards und Anderson, die in ihrer Studie nach dem „Einfluss der Kultur“ in der Wahrnehmung von chronischem Schmerz fragen.¹² Die Autor/innen unterscheiden sechs Kategorien ethnischer Zugehörigkeit: die Gruppe der „Old-Americans“ (ausgewählt nach ähnlichen Merkmalen wie Zborowski), nämlich Patient/innen von Familien, die seit mindestens drei Generationen in Nordamerika lebten und sich keiner anderen „ethnischen“ Gruppe als derjenigen der „Amerikaner“ zugehörig wählten, gegenüber fünf Gruppen anderer ethnischer Zugehörigkeit, nämlich eingewanderte Italiener, Franko-Kanadier, Iren, Hispanics und Polen. Während die Iren und Franko-Kanadier damals seit zwei, drei oder mehr Generationen in Nordamerika heimisch waren, lebten Italiener und Polen in erster oder zweiter Generation in Nordamerika. Die meisten Mitglieder der fünften Untersuchungsgruppe, nämlich der Hispanics, waren erst in den letzten fünf Jahren vor der Studie eingewandert. Bates, Edwards und Anderson führen in ihrer quantitativen Untersuchung an, dass die Berücksichtigung kultureller Faktoren in der medizinischen Behandlung von chronischem Schmerz umso wesentlicher sei, je mehr sich ein Patient einer ethnischen Gruppe zugehörig fühle und je kürzer der Zeitraum sei, seit dem er sich in Nordamerika niedergelassen habe. Aufgrund ihrer Ergebnisse postulieren die Autor/innen ein biokulturelles Modell der Schmerzwahrnehmung, -reaktion und -bewältigung, das andere als kulturelle und körperliche Faktoren völlig ausser Acht lässt. Lediglich am Ende ihres Artikels erwähnen sie, dass auch psychosoziale Faktoren bei chronischem Schmerz mit zu berücksichtigen seien.

¹¹ Zborowski (1969).

¹² Bates; Edwards; Anderson (1993).

Dwayne C. Turner untersuchte die Rolle des Medizinsystems in der Therapie von chronischen Schmerzen an aus Mexiko stammenden Patient/innen.¹³ Er betont, dass andere Interpretationssysteme neben der westlichen Medizin bei der Therapie mitberücksichtigt werden müssen.

McCracken, Matthews, Tang et al. sowie auch Edwards, Doleys, Fillingim et al. erforschten chronische Schmerzzustände bei „weissen“ und „afro-amerikanischen“ Patient/innen, wie die Autor/innen sie nennen.¹⁴ Letztere Patient/innen nahmen chronische Schmerzen intensiver wahr, und ihre körperliche Leistungsfähigkeit war dadurch eher beeinträchtigt.

Wie unzureichend erforscht der Zusammenhang zwischen Migration und chronischem Schmerz bislang im angelsächsischen Raum ist, zeigt ein Zitat aus dem Artikel von Becker, Beyene, Newsom et al.: „Despite advances in medical approaches to the management of chronic illnesses, relatively little is known about how older members of ethnic minority groups view their chronic illnesses or how they manage them in daily life.“¹⁵

Etwa vom gleichen Zeitraum an entstanden, unter anderem unter dem Druck ausbleibender Therapie und Rehabilitationserfolge, auch im deutschsprachigen Raum medizinische Fachartikel zum Thema Migration und chronischer Schmerz. Anders als in Nordamerika leben in Westeuropa Migrant/innen häufiger in erster oder zweiter, seltener in dritter Generation.

Die Mediziner/innen am Rheuma- und Rehabilitationszentrum Valens oberhalb Bad Ragaz, J. Kool, P. Oesch und S. Bachmann, halten Migrant/innen in besonderem Mass von Schmerzsyndromen und chronischem Leiden betroffen.¹⁶ Eine ähnliche Folgerung zieht auch die an einer Basler Spezialklinik durchgeführte Studie, nämlich dass Migrant/innen aus den Mittelmeerlandern (hier sind es Italien, Spanien, Jugoslawien, Türkei) mit Beschwerden des unteren Wirbelsäulenbereiches als Patient/innen im Vergleich zu anderen zahlenmässig überrepräsentiert sind.¹⁷ Die Häufung chronischer Schmerzen sowie der „schlechtere Verlauf“ der Schmerzleiden führte dazu, dass man sich auf medizinischer Ebene (Innere Medizin, Rheumatologie, Rehabilitation, Psychosomatik, Psychiatrie etc.) zunehmend mit dem Stellenwert der Kultur in der Bedeutung von chronischem Schmerz auseinander setzte. Der Psychiater Peter Keel richtet seine Untersuchung auf die Frage, ob die Kultur bei Arbeitsmigrant/innen bei Schmerzen des unteren Wirbel-

¹³ Turner (1996).

¹⁴ Siehe McCracken; Matthews; Tang et al. (2001) und Edwards; Doleys; Fillingim et al. (2001).

¹⁵ Becker; Beyene; Newsom et al. (1998).

¹⁶ Siehe Kool; Oesch; Bachmann (2000).

säulenbereiches einen wesentlichen Faktor bilde.¹⁸ Seine Resultate zeigen, dass sozioökonomische Faktoren wie schwere physische Arbeit, unqualifizierte Tätigkeit, Umweltbedingungen (extreme Witterungszustände), niedriger Ausbildungsstatus, Armutserfahrungen in der Kindheit, früher Arbeitseintritt und fehlende Beherrschung der deutschen Sprache schwerer wiegen als die Rolle der Kultur. In der Art und Weise, wie Keel die Kategorien in seiner Studie gewählt hat, äussert sich jedoch sein enges Verständnis von Kultur. Denn gerade der umfassende Bereich der Arbeitstätigkeit ist von kulturellen Elementen durchdrungen.

Der oben erwähnte J. Kool wählte in seiner Untersuchung über chronische unspezifische Rückenschmerzen in Beziehung zur Nationalität Patient/innen aus dem „ehemaligen Jugoslawien“ aus. Er folgert, dass die Nationalität erst an fünfter Stelle einer Reihe von verschiedenen Kriterien rangiert, mit deren Hilfe Vorhersagen zur Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit gemacht werden können.¹⁹ Eine Untersuchungsgruppe mit dem Unterscheidungskriterium „Nationalität ehemaliges Jugoslawien“ zu wählen, ist jedoch meines Erachtens fragwürdig, da sie die ethnische Heterogenität des Landes übergeht: Die Tatsache, dass die Bevölkerung sich aus unterschiedlichen Ethnien mit jeweils eigener Geschichte und Kultur und damit auch mit unterschiedlichen Interessen zusammensetzte, hat ja zum Zerfall des Staates Jugoslawien beigetragen. Kools quantitative Studie setzt auf einer naturwissenschaftlichen Ebene an und muss daher mit schablonenhaften Tests arbeiten. Diese erlaubt das Sicheinlassen auf eine individuelle Situation des Patienten in keiner Weise und verhindert so eine Summe wichtiger Erkenntnisse.

Dass das Phänomen „chronifizierte Schmerzen des unteren Wirbelsäulenbereiches“ bei Einwanderer/innen aktuell ist, zeigen auch die kurz gehaltenen, wenig aussagekräftigen Artikel der Rehabilitationsmediziner Knüsel und Herzer. Sie erwähnen darin die Problematik eines „chronischen Immigrationskreuzschmerzes“, der insbesondere bei Patient/innen aus dem Balkan auftritt.²⁰

André Thali und sein Team untersuchen in ihrer quantitativen Studie psychosoziale Faktoren in der Bewältigung von Erkrankungen des unteren Wirbelsäulenbereiches bei knapp zweihundert Patient/innen aus der Schweiz, Italien und aus dem „ehemaligen Jugoslawien.“²¹ Die Autor/innen suchten nach Merkmalen für chronifizierende Krankheitsverläufe. Da klassische, kostenintensive

¹⁷ Keel (2001).

¹⁸ Kool; Oesch; Bachmann (2000)

¹⁹ Kool (2000).

²⁰ Vgl. Knüsel (2000) und Herzer (2000) in 3.2.1 und 6.4.2.

Therapie- und Rehabilitationsmassnahmen gemäss den Autor/innen bei Patient/innen mit einem derartigen Krankheitsverlauf zu ungenügendem Heilerfolg führten, müsse diese Gruppe möglichst frühzeitig erkannt werden, damit für sie alternative Massnahmen der Wiedereingliederung gefunden werden könnten. Das Autorenteam um Thali identifizierte bei seiner Untersuchung den „typischen“ Patienten mit chronifizierendem Krankheitsverlauf als „Arbeiter“ mit tiefem Bildungsniveau,²² der seinen Körper als alleiniges „Kapital“ wahrnehme und einsetze, um zu Wohlstand und Anerkennung zu gelangen. Es seien vor der Erkrankung häufig „ausgesprochene Krampfer-Naturen“ gewesen, mit einseitiger Ausrichtung auf Arbeit und Leistung. Von Beginn der Verletzung oder Erkrankung an wird die Situation sowie der Genesungsverlauf vom Betroffenen pessimistisch eingeschätzt, gerade auch deshalb, weil die Wertschätzung der eigenen Person vom eigenen „Kapital“ abhängt. Gemäss den Autor/innen würde diese Patient/innengruppe die nichtleistungsbezogenen Lebensbereiche wie Familie, soziale Beziehungen und Freizeit unterbewerten. Diese könnten daher nach der Erkrankung auch nicht vollumfänglich als Ressource für Selbstbestätigung und Genesung dienen. Die klinischen Therapie- und Rehabilitationsmassnahmen brachten bei den Patient/innen mit Chronifizierungsverläufen in 56% der Fälle keine Besserung und in 16% der Fälle gar eine Verschlechterung. Dieses Verhältnis war noch problematischer bei Patient/innen aus dem „ehemaligen Jugoslawien“; von ihnen reagierte ein Viertel mit einer Zunahme der Schmerzen und einer Abnahme der Beweglichkeit während des Klinikaufenthaltes.

Thali, Stern, Rothenbühler et al. folgerten daraus, dass solche Patientinnen und Patienten umgehend einer zumindest teilweisen Wiedereingliederung in die Arbeitstätigkeit zurückzuführen seien, damit sie die für sie unheilvolle passive Patientenrolle aufgeben und zu einer aktiven Lebensgestaltung zurückfinden könnten.

Obwohl bei dieser Studie versucht wird, den Fragen nach den Bedingungen für die Chronifizierung von Schmerzen mit Bedacht nachzugehen, handelt es sich letztlich wie beim Artikel Kools um eine ökonomisch motivierte Fragestellung: Es geht darum, in der Rehabilitation Kosten zu sparen. Die quantitative Studie von Thali, Stern, Rothenbühler et al. ist aufschlussreich und liefert wesentliche Hinweise über psychosoziale Faktoren der Chronifizierung von Schmerzen im

²¹ Thali; Stern; Rothenbühler et al. (1996)

²² 65% der untersuchten Patient/innen mit Chronifizierungsmerkmalen verfügen über ein tiefes Bildungsniveau und arbeiten in Branchen mit körperlicher Schwerarbeit wie Baugewerbe, Bergbau, Land- und Forstwirtschaft, häufig als Hilfskräfte, vgl. Knüsel (2000) und Herzer (2000).

unteren Wirbelsäulenbereich nach Unfall und Krankheit. Einige dieser Erkenntnisse könnten sich mit grösster Umsicht auch auf Patient/innen mit anderen Formen chronifizierten Schmerzes übertragen lassen. Gemäss der Fragestellung kann die Studie lediglich einen Überblick über einige Faktoren liefern, welche diejenigen Patient/innen identifizieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen chronischen Schmerzverlauf entwickeln. Sie lässt die Fragen nach den tieferen Ursachen, weshalb eine Verletzung oder Erkrankung bei bestimmten Patient/innen nur den Anfang eines langen Irr- und Leidensweges markiert, ausser Acht. Fragen nach den psychologischen Hintergründen bleiben aufgrund des Umfangs und der Methode der Untersuchung zwangsläufig oberflächlich und skizzenhaft.

Wie die Auswahl der erwähnten Artikel zum Thema „chronischer Schmerz – Migration“ zeigt, wurde das Augenmerk in den letzten Jahren – zumindest in der Schweiz – zunehmend auch auf Patient/innen aus dem Balkan oder aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien gerichtet. Die albanischsprachige Diaspora, von der in dieser Arbeit die Rede ist, vertritt einen grossen Teil dieser Gruppe. Die Artikel handeln von klinischen Untersuchungen in quantitativ-naturwissenschaftlicher Tradition. Arbeiten, die an die somatische Diskussion anknüpfen und den psychischen sowie psychosozialen Hintergrund umfassend aufarbeiten, fehlen jedoch.²³

Ähnlich verhält es sich im ethnomedizinischen Bereich. Untersuchungen über fremde Körper- und Heilkonzepte und über die Berücksichtigung anderer Medizinsysteme, die die formelle Gesundheitsversorgung in der Schweiz ergänzen könnten, fehlen fast völlig. Angesichts der ausgewiesenen Häufung einiger spezifischer Schmerzbilder, wie beispielsweise chronifizierte Rückenschmerzen oder chronische Schmerzsymptome aus dem rheumatischen Formenkreis, besteht auch Bedarf an der Aufschlüsselung der traditionellen Körperkonzepte und Körperwahrnehmung.

Die vorliegende Untersuchung über chronisch kranke Kosovo-Albaner/innen in der Schweiz soll die bestehende medizinische Diskussion erweitern, indem sie sowohl den psychischen beziehungsweise psychosozialen Hintergrund durchleuchtet wie auch ergänzend die bestehende Lücke über Kenntnisse traditioneller Körper- und Heilkonzepte schliesst.

²³ Einer der Gründe hierzu kann meines Erachtens der Umstand sein, dass die albanischsprachigen Migrant/innen im grössten deutschsprachigen Land Deutschland – in dem sehr viel Literatur über das Thema chronischer Schmerz bei MigrantInnen aus der Türkei vorhanden ist – eine im prozentualen Verhältnis mit der Schweiz kleine Gruppe darstellen. Matthias Rüb schätzt die Anzahl Kosovo-Albaner/innen in der Bundesrepublik Deutschland auf dreihunderttausend, während Schätzungen für die Schweiz bei hundertfünfzigtausend und zweihunderttausend liegen (Rüb 1999:192).

Die Beschränkung auf wenige kosovo-albanische Untersuchungspersonen erlaubt eine Konzentration auf die Lebenssituation und Biographie jedes Einzelnen. Quantitative Vorgehensweisen führen, wie oben dargestellt wurde, zu unvollständigen Erkenntnissen über den Zusammenhang zwischen Migration und chronischem Schmerz. Eine qualitative Untersuchung mit einer ethnopsychoanalytischen Herangehensweise, wie sie in der vorliegenden Arbeit präsentiert wird, bringt dank ihrer besonderen Perspektive einen wesentlichen Beitrag zum Stand der Erkenntnisse. Im folgenden Kapitel werden die politischen, ökonomischen sowie ethnologischen und sozialen Eigenheiten des Kosovo sowie die Faktoren, die die Bevölkerung in die Emigration trieben, näher erläutert.

2 Zur Geschichte und Ethnologie des Kosovo

2.1 Zur Geschichte

Wie bereits erwähnt, leben albanischstämmige Bevölkerungsgruppen, abgesehen von Albanien, als Minderheiten in mehreren südosteuropäischen Staaten: in Serbien und Montenegro sowie in Mazedonien. Kleinere Gruppen finden sich auch in Bulgarien und Italien. Vor allem aber leben sie im Kosovo, einem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, das heute unter dem Protektorat der UNO steht. Das Kosovo umfasst ein Gebiet von rund zehntausend Quadratkilometern und hat ca. 2,1 Millionen Einwohner/innen, davon waren vor dem Kosovo-Konflikt 1999 je nach Schätzung ca. 110'000-190'000 Serb/innen, ca. 30'000 Roma und 4000 Goraner (slawische Muslime).²⁴ Nach 1999 sind nur wenige Roma und Goraner im Kosovo geblieben, die meisten flüchteten, da man sie der Kollaboration bezichtigte, aus der Region.²⁵ Rund die Hälfte der serbischen Bevölkerung dürfte nach Hans-Peter von Aarburg Kosova verlassen haben, die übrigen sind mehrheitlich in Enklaven geflohen.

Massgebend für die heutige politische und soziale Situation der Kosovo-Albaner/innen ist ihr geschichtlicher Hintergrund und die Tatsache, dass die Frage nach der Herkunft der Albaner bis heute noch nicht schlüssig beantwortet ist.²⁶

Die albanische Sprache stellt einen selbständigen Zweig des indoeuropäischen Sprachstammes dar. Viele Indizien sprechen dafür, dass die Albaner von den Illyrern abstammen, von Indoeuropäern, die in der Antike auf dem Westbalkan weit verbreitet waren. Das Siedlungsgebiet der Illyrer wurde im Süden durch die Griechen, im Osten durch die Thraker bzw. Daker und im Norden durch die Veneter und anderen begrenzt. Die Zeit vor der Christianisierung, deren Anfänge für das albanisch-illyrische Gebiet ins vierte Jahrhundert fallen, war vor allem durch griechischen und römischen Kultureinfluss geprägt.²⁷ Im Jahr 395 wurde „Illyricum“ geteilt, der Süden fiel an das Ostreich. In der Folge wanderten fremde Völker ein, vorwiegend Slawen. Kleinere und größere Staaten entstanden und zerfielen wieder. Das heutige albanische Siedlungsgebiet befand sich nacheinander unter byzantinischer, serbischer und bulgarischer Herrschaft; prägende Elemente der byzantinischen wie auch der slawischen Kultur waren die orthodoxe Konfession und die grie-

²⁴ Siehe Aktuelle Landkarte (1999) sowie der Artikel aus der Neuen Zürcher Zeitung vom 5.9.2001.

²⁵ Von Aarburg 2001:49).

²⁶ In diesem Abschnitt beziehe ich mich, sofern nicht anders vermerkt, auf Schmidt-Neke 1993:26ff.

²⁷ Albanien ist reich an archäologischen Schätzen aus der Antike.

chische bzw. slawische Schriftsprache. Während des elften bis dreizehnten Jahrhunderts fiel das Gebiet zeitweilig unter die Oberhoheit der Normannen und der Kreuzfahrer.

Gegen die These, dass die Albaner schon seit jeher im heutigen Siedlungsgebiet lebten, spricht das Fehlen schriftlicher Belege im ersten Jahrtausend: „Ob man nun eine illyrisch-albanische Siedlungskontinuität im gesamten albanischen Raum, die Zusammendrängung illyrischer Reste im Bergland (...) oder eine Zuwanderung aus Thrakien annimmt, fest steht, dass es für die ‚dunklen Jahrhunderte‘ keine Belege der albanischen Sprache gibt.“²⁸ Die ersten Erwähnungen der „Arvanitai“ oder „Arvanoï“ finden sich erst im elften Jahrhundert. Das ist einer der Gründe, warum die Slawen die Anciennität für dieses Gebiet beanspruchen.

Der Niedergang der grösseren Staaten am Ende des Mittelalters; die Einmischung Venedigs und das Auftreten der türkischstämmigen Osmanen zogen auch diese Region in Mitleidenschaft. Die Bevölkerung verarmte, viele Albaner verdingten sich als Söldner auf dem Balkan und in Westeuropa. Adelsherrschaften entstanden, darunter die Familie der Kastriota, deren Sprössling Gjergj, genannt „Skanderbeg“ (1405-1468), als Nationalheld in die europäische Geschichte und Literatur einging. Er schaffte es, die zerstrittenen albanischen Fürsten erstmals zu einigen und durch ein gemeinsames Vorgehen den Vormarsch der Ottomanen um ein Vierteljahrhundert zu stoppen. Aber auch er konnte die überlegenen türkischen Heere nicht endgültig aufhalten. Der schwarze Doppeladler auf rotem Tuch, die Flagge Skanderbegs, ist heute noch Symbol der gesamtalbanischen Identität.

Zu Beginn des sechzehnten Jahrhunderts waren die albanischen Siedlungsgebiete unter türkischer Oberhoheit. Vierhundert Jahre sollte die türkische Herrschaft währen. Obwohl diese Gebiete immer in die osmanische Reichsverwaltung integriert waren, blieb die Bevölkerung des nördlichen Berglandes weiterhin in Sippen und Stämmen organisiert, die sich nach dem Gewohnheitsrecht, dem so genannten Kanun (siehe Kapitel 2.3.2) selbst verwalteten. Zur langsamen, aber stetig fortschreitenden Eroberung des albanischen Gebietes durch die Osmanen im fünfzehnten Jahrhundert schreibt Hösch: „Die Freiheit der Berge blieb den Albanern auch in der Folgezeit erhalten. Wie im benachbarten Montenegro beschränkten sich die türkischen Eroberer auf eine Kontrolle der strategisch wichtigen Plätze und der verkehrszugänglichen Gebiete.“²⁹ Zwar war die ottomani-

²⁸ Schmidt-Neke 1993:27.

²⁹ Hoesch (1988).

sche Herrschaft absolutistisch und streng militärisch organisiert, sie liess aber den unterworfenen Gebieten ihre kulturellen, rechtlichen und administrativen Eigenheiten. Diese lange Zeit der ottomanischen Vorherrschaft hat das Kosovo dennoch entscheidend kulturell und religiös überprägt. Langsamer als in den bosnischen Gebieten, aber umfassender als jene wurden die albanischen Gebiete islamisiert, "bis rund zwei Drittel der Albaner islamisiert waren."³⁰

Nach dem russisch-türkischen Krieg (1877/88) entschied der Berliner Kongress, dass albanische Gebiete an Serbien und Montenegro zuzuschlagen seien. In der Kriegszeit entstand die nationale "Erneuerungsbewegung", die Riljndia. Diese strebte, zunächst unter osmanischer Oberhoheit, einen Zusammenhalt der albanischen Gebiete in Teilautonomie an. Es bildete sich die „Albanische Liga“ (Lidhja Shqiptare), die aber in Konflikt geriet mit Serbien, Montenegro und Griechenland, da sie alle albanischen Gebiete vereinigen wollte. Als sie sich offen gegen die Türken richtete, griff das türkische Militär ein. Die eigenen Regierungs- und Verwaltungsstrukturen, die die Liga mittlerweile aufgebaut hatte, wurden im Mai 1881 zerschlagen.

Die heutigen Grenzen des Kosovo und seine politische Zugehörigkeit zu Serbien bestehen seit 1913.³¹ Bereits zu jener Zeit erfolgten staatliche Repressionen gegen die albanische Minderheit in Form von Verhaftungen, Misshandlungen, Morden. Gruppen von albanischen Freischärlern leisteten bis Ende der zwanziger Jahre militärischen Widerstand.

Durch staatliche Lenkung wurden entlang wichtiger Verkehrswege und an strategischen Punkten Serben und Montenegriner angesiedelt. Gleichzeitig versuchte man, die Albaner durch Repressalien zur Auswanderung in die Türkei und nach Albanien zu zwingen. Während des Zweiten Weltkrieges kam das Kosovo zum „Mutterland“ Albanien, zunächst unter Kontrolle von Italien, dann von Deutschland. Für die jugoslawischen Kommunisten stand aber eine Aufgabe des für sie historisch bedeutsamen Amselfeldes (*kosovo polje*) nie zur Diskussion.³²

Im Januar 1945 besiegelte der Vertrag zwischen Jugoslawien und Albanien die "kleinalbanische" Lösung. Das Kosovo wurde nicht Albanien, sondern Jugoslawien zugeschlagen. 1948 kam es

³⁰ Schmidt-Neke 1993:29.

³¹ In diesem Abschnitt beziehe ich mich, sofern nicht anders vermerkt, auf Schukalla (1993).

³² Dort hatten zwei für die Serb/innen bedeutsame Schlachten stattgefunden. 1389 unterlag das serbische Heer dem osmanischen Herrscher Sultan Murad, eine Niederlage, die zum Ausgangspunkt der 500jährigen türkischen Vorherrschaft auf dem Balkan wurde. In einer zweiten Schlacht im Jahre 1448 verloren die christlichen Verbündeten (Serbien, Ungarn, Polen) im Kosovo Polje erneut gegen die Türken; nun war der Weg nach Kroatien, in die Wojwodina und nach Ungarn frei, die Türken rückten weiter gegen Norden vor und wurden erst im 17. Jahrhundert mit Hilfe Österreichs erfolgreich zurückgeschlagen.

zum Bruch zwischen Jugoslawien und Albanien, was erneut zu Unterdrückung gegenüber den Kosovo-Albaner/innen führte, denn diese wurden der politischen Unzuverlässigkeit und gar der Zusammenarbeit mit Albanien verdächtigt. Mit der Schutzbehauptung, ein bewaffneter Umsturz stehe bevor, ging die jugoslawische Geheimpolizei rücksichtslos gegen verdächtige Albaner vor. 1945 entstand die "Autonome Region Kosovo-Metohija" und 1963 wurde daraus die "Autonome Provinz Kosmet", doch dies änderte kaum etwas an der fortdauernden serbischen zentralstaatlichen Diskriminierungspolitik. 1968 kam es zu einer offenen Auflehnung der Albaner und zu blutigen Auseinandersetzungen, die die serbischen Machthaber schliesslich zu einer bis zum Beginn der achtziger Jahre andauernden begrenzten Konzessionspolitik bewegten. Bestandteil dieser Konzessionen war die Aufwertung des teilautonomen Status von Kosovo 1974, in deren Rahmen beispielsweise das Albanische in allen Bildungsinstitutionen zugelassen wurde. Die trotz dieser Zugeständnisse anhaltende Diskriminierung und blutige Repression führte 1981 zu bürgerkriegsähnlichen Unruhen und zur halbjährigen Abriegelung der Region von der Aussenwelt. Nicht nur politisch, sondern auch wirtschaftlich waren die Kosovo-Albaner stark benachteiligt. Das Kosovo wurde das "Armenhaus Jugoslawiens" genannt. Es wies gegenüber anderen jugoslawischen Regionen einen sich ständig vergrößernden Rückstand auf.³³ Eine verstärkte Bundesförderung vermochte diese Entwicklung nicht zu stoppen, denn ein Grossteil der Bundesmittel floss in kapitalintensive, aber wenig beschäftigungswirksame Industrieanlagen oder in Prestigeprojekte.

Seit 1981 war Kosovo nicht mehr zur Normalität zurückgekehrt. Eine weitere blutige Eskalation der politischen Unruhen geschah 1989, als serbische Panzer in Prishtina auffuhren, um einen Streik von Tausenden von Bergarbeitern zu beenden. Am 28. März 1989 wurde die Autonomie aufgehoben und die Festnahme führender kosovo-albanischer Politiker angeordnet. In der Folge wurde eine kosovo-albanische "Schattenregierung" gebildet, und es entstand als Reaktion auf das Verbot der albanischen Sprache in der Schule ein „Schattenbildungswesen“. Ähnliche Strukturen bildeten sich auch in der Gesundheitsversorgung heraus (vgl. Kapitel 2.2). Es ist nachvollziehbar, dass die langjährigen Bedingungen der Repression und der Verfolgung nicht nur den Zusammenhalt unter den Albanischstämmigen förderten, sondern auch ein Klima der Angst gegenüber den nicht-albanischen Ethnien entstehen liess. Wie wir in 4.1.2 sehen werden, können als pathologi-

³³ Anhand der Zahlen in Kapitel 2.2 über die Gesundheitsversorgung kann die wirtschaftliche Benachteiligung belegt werden.

sche Konfliktverarbeitung in der Migrationssituation Verfolgungs-Ängste entstehen oder allfällige alte, in der Heimat entwickelten Angst- und Wahnvorstellungen erneut aktiviert werden. Der Krieg in Jugoslawien 1992-94 und die Entstehung neuer Staaten wie Slowenien, Mazedonien, Kroatien und Bosnien-Herzegowina änderte nichts an der Unterdrückungspolitik "Restserbiens". Seit den achtziger Jahren und verstärkt seit Ende der neunziger Jahre, als die serbische Repression in einen offenen Bürgerkrieg umschlug, flüchten Tausende von vor allem jungen Kosovo-Albaner aus ihrer Heimat, um der politisch und wirtschaftlich düsteren Zukunft ihrer Heimat zu entfliehen, aber auch in der Hoffnung, durch Erwerbsarbeit die Zurückgebliebenen finanziell unterstützen zu können. Der Jugoslawienkrieg 1998/99 löste die Flucht Hunderttausender nach Mazedonien und Albanien – und später in Richtung Norden – aus. Diese Zeit liess nicht nur bei den direkt Betroffenen, sondern auch bei den in der Schweiz lebenden Angehörigen tiefe Traumatisierungen zurück. Letztere wussten wochen-, ja monatelang nicht, wo sich ihre engsten Verwandten befanden, was mit ihnen geschehen war, bis der erlösende Telefonanruf aus einem Flüchtlingslager, oder von ausserhalb Kosovos lebenden Verwandten sie erreichte. Zu den Traumatisierungen mischten sich Schuld- und Ohnmachtsgefühle, da die in der Diaspora lebenden diejenigen waren, die sich in Sicherheit befanden, und sich oft hilflos den Ereignissen ausgeliefert sahen. Diese Zeit extremen psychischen Druckes führte bei vielen Kosovo-Albaner/innen zu chronischer Schlaflosigkeit, massiven Konzentrationsstörungen, depressiven Verstimmungen, Kopf- und Rückenschmerzen etc.³⁴

In jener Zeit besuchte ich Herrn A (aus Kapitel 6.2) mehrmals im Kreis seiner Familie. Bereits morgens lief laut und dominant der Fernsehapparat; ein deutsches Nachrichtenprogramm war eingeschaltet. Die neusten Informationen und Bilder über den Krieg in Jugoslawien liefen über den Bildschirm in regelmässiger halbstündiger Wiederkehr, unterbrochen von bunter, banal wirkender Werbung. Jedes Mal, wenn die Bilder von neuem gezeigt wurden, riss sich, wie mir schien, Herr A von unserem zögerlich begonnenen Gespräch weg und konzentrierte sich auf das gezeigte Geschehen, obwohl es selten Neuigkeiten gab. Alles, was er und seine Familie tun konnten, war, das in ihrer Heimat Geschehende so gut und intensiv wie möglich mitzuverfolgen, wenn auch „nur“ am Fernsehen. Einmal zeigten sie mir ein vor dem Krieg aufgenommenes Videoband ihrer Familie. Zu sehen war eine junge Frau aus der Nachbarschaft, die einige Tage nach ihrer

³⁴ Hasani; Berisha 2000:82ff.

Hochzeit mit ihrem Brautkostüm zu Besuch in einem Haus der Familie von Herrn A gekommen war. Sie erklärten mir die Personen auf dem Videoband. Die Mutter von Herrn A weinte, als sie die vertrauten Bilder sah³⁵.

2.2 Das Gesundheitssystem im Kosovo 1950-1999

Eine staatliche Gesundheitsversorgung vor 1970 war im Kosovo für Albanischsprachige nur rudimentär verfügbar. Anzahl und Ausbaugrad der medizinischen Einrichtungen waren gering und für viele Einheimische innert nützlicher Frist kaum zugänglich. Die Angestellten dieser Einrichtungen sprachen serbisch, montenegrinisch oder mazedonisch, nicht aber albanisch. Daher wurden die meisten Albanischsprachigen zuhause gepflegt oder man kontaktierte einen traditionellen Heiler.³⁶ „Die meisten Albaner/innen führten ein stark vom Staat getrenntes, eigenes Leben. Viele Albaner/innen starben, ohne jemals eine professionelle medizinische Behandlung in Anspruch genommen und ohne jemals ein einziges Medikament eingenommen zu haben.“³⁷

„Die soziale Lage, die grosse Armut, die bei den Albaner/innen in dieser Zeit herrschte, war überdurchschnittlich schwierig und die schlimmste im ganzen ehemaligen Jugoslawien.“³⁸ Diese Armut war der Hauptgrund für die hohe Mortalitätsrate unter den Kosovo-Albaner/innen. Diese Rate war insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg sehr hoch, als bei mehreren Hungersnöten vor allem Kinder und ältere Menschen in grosser Zahl umkamen.

Die Krankenversicherung im jugoslawischen Staat SIZ (*Self-Managing Communities of Interest*) war an ein bestimmtes Arbeitnehmerverhältnis gebunden.³⁹ Im sozialistischen Staat hatten unter anderem Eisenbahner/innen, Militärs, Polizist/innen und ihre Angehörigen einen privilegierten Zugang zu medizinischen Leistungen und Medikamenten. Infolge der diskriminierenden Arbeitsmarktpolitik des serbischen Staates und der daraus resultierenden hohen Arbeitslosenrate unter den Kosovo-Albaner/innen erfolgte auch im Krankenversicherungswesen eine Benachteiligung.

Nach Erhalt der erwähnten Teilautonomie für das Kosovo 1974 besserte sich die allgemeine Situation etwas. Die albanische Sprache wurde neben dem Serbischen als offizielle Sprache zugelas-

³⁵ Wie sich später erwies, waren Frau und Kinder von Herrn A zu anderen Verwandten geflüchtet. Dort war es glücklicherweise die ganze Zeit über ruhig geblieben. Alle Angehörigen der Familie A waren heil und unversehrt.

³⁶ Hasani; Berisha 2000:14.

³⁷ Hasani; Berisha 2000:14.

³⁸ Hasani; Berisha 2000:14.

sen, und der neu gegründeten Universität Prishtina wurde bereits 1969 auch eine Medizinische Fakultät mit vierzehn universitären Kliniken angegliedert. (In Bosnien-Herzegowina war eine medizinische Fakultät 1946, in Mazedonien 1947 eingerichtet worden.)⁴⁰ Erstmals konnten Albaner/innen in der eigenen Sprache ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium absolvieren. Zahlreiche Ärzt/innen verschiedener Fachrichtungen wurden in Prishtina ausgebildet und konnten nun, zusammen mit weiterem albanischsprachigem Fachpersonal, im Kosovo ihre Arbeit aufnehmen.

Das *Health Service Delivery System* im sozialistischen Jugoslawien kann in drei Bereiche eingeteilt werden:

- Ordinanzen
- Ambulatorien
- regionale Spitäler sowie das Universitätsspital Prishtina

Die Ordinanzen gewährleisteten als regionale Zentren die Grundversorgung im ambulanten Bereich. In einer Ordinanza arbeiteten ein/e Allgemeinarzt/ärztin zusammen mit wenigen Krankenschwestern/-pflegern. Zum Einzugsgebiet einer Ordinanza zählten im Kosovo durchschnittlich vierzehn Dörfer.

Die Ambulatorien, wie der Name besagt, ebenfalls ambulante Einrichtungen, waren für Gemeinden von 30'000 – 50'000 Einwohner/innen eingerichtet. Sie verfügten in der Regel über ein Team von allgemein praktizierenden Ärzt/innen, Spezialist/innen und Pflegepersonal sowie Laboreinrichtungen. Die Ambulatorien waren für folgende Bereiche verantwortlich:

- Nicht-stationäre Behandlung von allgemeinen, häufig vorkommenden Krankheiten
- Prävention
- Ambulante Rehabilitation
- Koordination mit verschiedenen Gesundheitsbereichen wie Zahnmedizin oder Mutterschaftsversorgung (Einrichtungen ausserhalb der Ambulatorien)

Sowohl in den Ordinanzen wie auch in den Ambulatorien gab es keine terminliche Vereinbarungen. Die Patient/innen warteten bisweilen lange im Wartezimmer, bis sie aufgerufen wurden.

³⁹ Parmelee 1989:175.

⁴⁰ Parmelee 1989:181.

Fünf regionale Spitalzentren und das Universitätsspital Prishtina verfügten als einzige über Pflegeabteilungen. In den regionalen Spitälern waren in der Regel folgende Fachgebiete vertreten: Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie sowie Gynäkologie. An die regionalen Spitäler wurden Patient/innen aus dem Bereich der Basisgesundheitsversorgung, also der Ordinanzen und Ambulatorien, sowie aus den verschiedenen Notfallabteilungen verwiesen. Einzig am Universitätsspital Prishtina arbeiteten Fachärztinnen und Fachärzte in Spezialgebieten wie Immunologie, Ophthalmologie und andere.

Das Medizinstudium dauerte für eine/n Allgemeinpraktiker/in fünf bis sechs Jahre, für eine/n Fachspezialisten/in mindestens acht Jahre. Da ein/e Spezialist/in auch mehr Geld verdiente, verfügte er/sie über einen besseren Status sowohl in der Bevölkerung wie auch beim Staat. Entsprechend war die Leistungsfähigkeit der Ordinanzen eher schwach, was auf die schlechte Ausbildung der Allgemeinpraktiker, aber auch auf veraltete oder ungenügende Einrichtungen zurückzuführen war.

Die folgenden Daten sollen die systematische Benachteiligung der Albaner/innen im jugoslawischen Gesundheitssystem belegen⁴¹:

1984 standen im Kosovo durchschnittlich für 100'000 Einwohner/innen 94,5 Fachkräfte zur Verfügung, in Serbien (ohne Kosovo und Wojwodina) 247,6 Ärzt/innen. Die Anzahl Spitalbetten pro 10'000 Einwohner/innen belief sich 1983 im entwickelteren Slowenien auf 56,1, in Serbien auf 40,4, im Kosovo im selben Jahr lediglich auf 23,6.

Immerhin verbesserte sich die Lebenserwartung (ab Geburt) in der Zeitspanne von 1950 bis 1980 im Kosovo markant, nämlich von 49 Jahren für Männer sowie 45 Jahren für Frauen auf 67 / 71 Jahren. In Serbien stieg die Lebenserwartung im selben Zeitraum von 59 (bei Männern) bzw. 61 (bei Frauen) auf 69 bzw. 74 Jahre.

Auffallend ist auch die hohe Rate der Kindersterblichkeit im Kosovo: 1952 betrug sie 145,9 pro 1000 lebend geborener Kinder, in Serbien lag sie damals bei 87,0, in Bosnien-Herzegowina bei 113,9 und in Slowenien bei 64,3. Die Rate konnte insbesondere ab 1961 (125,9) deutlich gesenkt werden auf 89,6 im Jahr 1971 und 59,2 im Jahr 1985. Aber auch diese Raten sind im Vergleich

⁴¹ Parmelee 1989:179ff.

mit den Zahlen in Serbien und in anderen Teilrepubliken viel höher: 1985 betrug die Kindersterblichkeitsrate in Serbien 24,9, in Bosnien-Herzegowina 24,2 und in Slowenien 14,0.

Als Folge der gewaltsamen Aufhebung der Autonomie und der Verfassung Kosovos durch das serbische Regime ab 1990 verschlimmerten sich die Verhältnisse nachhaltig: Die Universität, Mittel- und Primarschulen wurden für Albaner/innen geschlossen, die meisten albanischen Angestellten wurden entlassen, das Albanische wurde als offizielle Sprache nicht mehr zugelassen. Sämtliche medizinischen Institutionen wurden mit Nicht-Albaner/innen besetzt, die – mindestens zum Teil – dem zunehmend repressiven serbischen Regime loyal ergeben waren. Die Albaner/innen verloren mit ihrer Entlassung auch den Zugang zu Leistungen der Krankenversicherung. „Von diesen Umständen wurde das Gesundheitssystem Kosovos stark getroffen; die albanische Bevölkerung (...) verlor alle Möglichkeiten für eine institutionelle soziale und gesundheitliche Pflege.“⁴² Die mitunter teuren Krankenkosten mussten nun bar oder in Form von Tauschgeschäften bezahlt werden.⁴³ Als Folge der allgemeinen Repression erhöhte sich die Mortalitätsrate erneut, insbesondere bei Säuglingen, Kleinkindern und älteren Menschen. Es traten verschiedene endemische Krankheiten wie Hepatitis, hämorrhagisches Fieber u. a. auf, da bei der albanischen Bevölkerung keine regelmässigen Impfungen durchgeführt werden konnten.⁴⁴ Die albanischen Ärzt/innen, die in beträchtlicher Zahl entlassen worden waren, eröffneten private Ordinanzen. Sie stellten eine Art parallelen Gesundheitssystems dar. Diese Ordinanzen wurden durch das serbische Regime streng kontrolliert und häufig von der serbischen Polizei durchsucht. Man versuchte, durch hohe Steuern die Ärzt/innen zur Schliessung der medizinischen Zentren oder zu Preiserhöhungen zu zwingen.

⁴² Hasani; Berisha 2000:68.

⁴³ Als Beispiel für die repressive Atmosphäre, die damals herrschte, soll ein Ereignis um 1981, also noch vor der Aufhebung der Teilautonomie aus Hasani und Berisha zitiert werden: „In diesem Jahr wurden Tausende junger Albaner/innen Kosovos und der anderen albanischen Gebiete (...) während der friedlichen Demonstrationen für mehr politische und wirtschaftliche Rechte sowie Menschenrechte durch die brutalen und gewaltsamen Interventionen der jugoslawischen und serbischen Polizei- und Militäreinheiten verletzt. Die serbischen Ärzt/innen und das medizinische Personal in den Spitälern von Prishtina und anderen Städten Kosovos, wo die verletzten Demonstrant/innen Hilfe suchten, beleidigten, bedrohten und denunzierten sogar die Verletzten bei der serbischen Polizei und dem Sicherheitsdienst, statt medizinische Hilfe zu leisten. Alle von den verletzten Patient/innen aufgenommenen persönlichen Angaben wurden dem serbischen Sicherheitsdienst übermittelt. Diese inhumane Aktion des serbischen medizinischen Personals ermöglichte der serbischen Polizei und dem Sicherheitsdienst, viele politische Strafprozesse gegen die albanischen Jugendlichen einzuleiten.“ (Hasani; Berisha 2000:68f).

⁴⁴ Hasani; Berisha 2000:71.

Wie oben erwähnt, verschlimmerte sich die Lage für die Kosovo-Albaner/innen Ende der neunziger Jahre zunehmend, was sich auch in der Gesundheitsversorgung niederschlug. „Allein in den Jahren 1998/1999 wurden im Kosovo Dutzende von Ärzt/innen und anderes medizinisches Personal im Dienst ermordet,“ schreiben Hasani und Berisha, „sie hatten freiwillig den durch die Bombardierungen und Massaker der serbischen Soldateska vertriebenen Albaner/innen geholfen. Mehrere hundert albanische Ärzt/innen und medizinisches Personal wurden unter dem Verdacht, dass sie die Befreiungsarmee Kosovos (UÇK) unterstützten, von der serbischen Polizei und vom Sicherheitsdienst verschleppt und sind seither verschwunden. Eine grosse Zahl wurde schon vorher verfolgt und war insbesondere nach Kriegsausbruch 1999 gezwungen, ihre Praxis zu verlassen, die in der Folge geplündert und zerstört wurde, und ins Ausland zu fliehen.“⁴⁵

Unter diesen verheerenden Zuständen im Kosovo wurde die wohltätige, humanitäre Organisation „Mutter Teresa“ gegründet. Diese Organisation bot einem Grossteil der Bevölkerung gesundheitliche Unterstützung. Hunderte von Ärzt/innen und anderes medizinisches Personal arbeiteten im ganzen Kosovo in neu eingerichteten Ordinanzen und Ambulatorien auf freiwilliger Basis.⁴⁶

Nach dem Krieg und der Einrichtung des temporären Protektorates durch die NATO siedelten sich zahlreiche Hilfsorganisationen im Kosovo an, die einen Teil der Gesundheitsversorgung übernahmen. Diese Organisationen geben bei Nachweis von Bedürftigkeit manche Medikamente billig oder gar gratis ab. Es gibt jedoch viele Medikamente, die im Kosovo nicht erhältlich oder nur teuer zu beschaffen sind.

2.3 Ethnologie der albanischen Bevölkerung des Kosovo

Ethnologisch betrachtet gehört das Gebiet des Kosovo zu den mediterranen Regionen. Die traditionelle, für diese Regionen entscheidende Grundlage des Wertesystems ist dasjenige von „Ehre und Schande“. Längst nicht alle Verhaltensweisen und Phänomene lassen sich jedoch durch dieses Konzept erklären. Viele Regeln, Werte und Normen haben die Kosovo-Albaner/innen mit anderen südbalkanischen Gesellschaften gemeinsam,⁴⁷ andere sind nur der albanischen Gesellschaft eigen.

⁴⁵ Hasani; Berisha 2000:71f.

⁴⁶ Hasani; Berisha 2000:72.

⁴⁷ Vgl. Denich (1974).

Das für die Albaner/innen geltende Regelwerk ist der Kanun, ein komplexes System von jahrhundertalten Rechtsnormen über die soziale und wirtschaftliche Ordnung der albanischen Gemeinschaft.

Das Ehre-Schande-Konzept sowie der Kanun sind heute nicht mehr allgemein gültig, sondern eher als alter, traditioneller Hintergrund zu verstehen. Gerade die jüngeren Generationen halten sich längst nicht mehr an alle Regeln und stehen damit, wie in anderen Regionen auch, im Konflikt mit den Angehörigen der älteren Generation, für die in den Grossfamilien zum Beispiel noch eine strenge Hierarchie herrschte und die Wahl der Braut oft eine taktische Angelegenheit darstellte. In der Folge werden die beiden Konzepte näher betrachtet.

2.3.1 Das mediterrane Konzept von Ehre und Schande

Der Ethnologe Pierre Bourdieu hat mit seinem "Entwurf einer Theorie der Praxis" ein grundlegendes Werk über das Ehre-Schande-Konzept geschaffen.⁴⁸ Bourdieu forschte bei der kabyliischen Gesellschaft im Maghreb, seine Ausführungen haben aber auch für die albanische Kultur Gültigkeit.

An erster Stelle steht die Ehre des Mannes, in der Kabylei "nif" genannt. Diese Ehre ist ein Attribut, das nur in einem sozialen Raum seinen Ausdruck findet, in dem Mass nämlich, als es von den Mitgliedern der Gesellschaft anerkannt wird. *Nif* ist etwas, was man also in den Augen der Anderen hat oder nicht hat. Nach Bourdieu ist es das Fundament einer Moral, in der der Einzelne die Anderen braucht, weil das Bild, das sich der Mann von sich selbst macht, nicht von dem Bild unterschieden werden kann, das von den Anderen reflektiert wird. Er erlangt also seine Identität erst im sozialen Kontext.

Der Ehre des Mannes ist das Ehrgefühl der Frau, "hurma", gegenübergestellt. Die Verwandtschaft des Begriffes zu "haram" liegt auf der Hand, dem arabischen Wort für das Sakrale, Heilige, dem was verboten, tabu und illegal ist.

Dieser *hurma*-Aspekt ist den Frauen zugeordnet, was auch im Wort "Harem" deutlich wird. Das Sakrale ist zugleich das Innere und das Verletzliche, das, was es zu schützen gilt. Wird nun die Integrität der *hurma* auf irgendeine Art versehrt oder angegriffen, ist auch die Ehre des Mannes in Frage gestellt, weil er nicht fähig ist, die *hurma* seiner Frau zu verteidigen und zu schützen. Seine Ehre kann nur in einem Akt der Vergeltung wiederhergestellt werden. In extremis ge-

⁴⁸ Bourdieu (1979). Weitere ältere Standardwerke sind Peristiany (1965) sowie Gilmore (1987).

schiebt dies in Form der Blutrache, also durch die Tötung desjenigen, der die *hurma* verletzt hat, oder auch durch den Tod der Frau. Reagiert der Mann nicht angemessen, d. h. wie die Gesellschaft es verlangt, ist er in den Augen der Anderen ein Feigling, und es gibt für ihn nur die Unehre oder das Exil. Unehre heisst Schande. Man ist für die Gemeinschaft nicht mehr existent und erleidet letztlich den sozialen Tod.

Kosovo-albanische Frauen, die während des Krieges 1998/1999 vergewaltigt wurden, wurden oft von ihren Männern oder – falls sie nicht verheiratet waren – von ihren Eltern verstossen. Vergewaltigungen durften zudem unter keinen Umständen bekannt werden. Blieb der Täter unerkant, konnte man sich weder rächen noch das Ehrgefühl des Opfers wiederherstellen. Wurden betroffene Frauen nach ihrer Flucht aus dem Kosovo bei ärztlichen Konsultationen oder bei Befragungen durch Vertreter oder Vertreterinnen des Bundesamtes für Flüchtlinge dazu gedrängt, über ihre Vergewaltigung zu sprechen, verlangten sie Übersetzerinnen, die nicht zur kosovo-albanischen *community*, also der ethnischen Gemeinschaft im Aufnahmeland, gehörten⁴⁹. Gerade jüngeren Vergewaltigungsopfern erscheint es auch unmöglich, je wieder zurückzukehren; als Ausweg bleibt die Heirat mit einem Mann ausserhalb der *community* oder – falls sie zur Rückkehr in die Heimat genötigt werden, der Suizid.

Bourdieu unterscheidet also zwischen der Ehre des Mannes und dem Ehrgefühl der Frau. Der Ehre des Mannes ist das "rechte Sakrale" zugeordnet, die Aufrechterhaltung des guten Rufes und des Namens der agnatischen Familie, zudem Virilität, Grosszügigkeit und Mut. Es ist der über wohlthuende und durch seine Virilität schützende Kräfte verfügende Mann. Er ist für das Äussere, die Öffentlichkeit, formelle Austauschbeziehungen etc. zuständig.

Dem Ehrgefühl hingegen ist das „linke Sakrale“ und der Frauenbereich zugeordnet. Mit dem Frauenbereich ist die ganze Familie gemeint, in räumlicher Hinsicht das Innere des Hauses, aber auch die Privatsphäre, das Intime (und damit die Sexualität), das Verborgene etc. Bourdieu spricht vom „Geheimen“.⁵⁰ Den Frauen wird ein hohes Potenzial an Erotik und an sexueller Unberechenbarkeit nachgesagt. Typisch ist daher die verbreitete Haltung, man dürfe keine Frau mit

⁴⁹ Unter *community* verstehe ich eine Gemeinschaft von Immigrant/innen, die derselben Ethnie zugehören und dasselbe Wertesystem weitgehend teilen. Die Gemeinschaft kann aus Verwandtschaftsmitgliedern, Freund/innen und Bekannten bestehen. Da sich in einer lokalen *community* die Mitglieder meist bekannt sind, entsteht eine soziale Kontrolle.

⁵⁰ Siehe Bourdieu 1979:39.

einem fremden Mann alleine lassen, denn dann geschehe das Unvermeidliche: Sie verführe ihn durch die Natur ihrer weiblichen Sinnlichkeit.

Den gesamten Bereich der Intimität zu verbergen, zu "verschleiern" und zu schützen ist oberstes Gebot: Auch familien-interne Streitigkeiten, Misserfolge oder Mängel dürfen in keinem Fall vor einem Fremden ausgebreitet werden. Tatsächlich wird der Frauenbereich in einem öffentlichen, männlichen Kontext eher abgewertet, aber in Wirklichkeit symbolisieren Frauen ja auch das Innere, Wertvolle, sie sind die Erhalterinnen und Reproduzentinnen der Familie, dem Wertvollsten überhaupt.⁵¹

Männliche Ehre und weibliches Ehrgefühl stehen komplementär zueinander. Bourdieu betrachtet überdies die Ehre und die Herausforderung der Ehre als Tauschbeziehung zwischen Gleichgestellten. Damit ist sie ein wichtiges Element, um die Gesellschaft zu stabilisieren und zu erhalten.

2.3.2 Der Kanun⁵²

„Jeder Hochalbaner versichert, dass der Kanun i Lek Dukagjinit schon in vorchristlicher Zeit entstanden und eigentlich eine Art Weltanschauung für jeden Menschen albanischen Blutes, der Niederschlag seiner Auffassungen von Familie, Sippe und Gemeinschaftsleben sei.“⁵³

Der mündlich überlieferte Kanun ist jahrhunderte- wenn nicht jahrtausendealt und bestand nachweislich bereits im sechsten Jahrhundert.⁵⁴ Er regelt insbesondere zivilrechtliche Fragen von Personen, Familien bzw. stammesinternen Rechtsbeziehungen und existiert in lokalen Variationen. Grundsätzlich gilt für die Regionen Kosovo und Nordalbanien der *Kanun i Leka Dukagjinit*, für Mittel- und Südalbanien der *Kanun i Papazhulit*.⁵⁵ Während der jahrhundertelangen ottomani-schen Herrschaft wurde vor allem in den schwer kontrollierbaren Berggebieten weiterhin nach Recht und Gesetz des Kanun gehandelt. Aber auch in den Ebenen war er massgeblich, nach von Godin vor allem für die katholische Bevölkerung.⁵⁶

⁵¹ Vgl. Künzler (1999).

⁵² In Originalsprache albanisch und übersetzt auf englisch wurde der Kanun publiziert bei: Gjecov (1989).

⁵³ Von Godin 1956:180. In der Studie beziehe ich mich auf die deutsche Version von Marie Amelie Freiin von Godin. Eine neue Übersetzung ins Deutsche liefert Elsie (2001).

⁵⁴ Von Godin 1956:186.

⁵⁵ Von Godin 1956:181.

⁵⁶ Von Godin 1956:189. In einer Tabelle listet E. Bey Vlora die Gültigkeit des Kanun für verschiedene ländliche Gebiete auf. Nach dieser Tabelle galt er für fast das ganze Kosova bis zu seiner Übernahme durch Serbien 1912-1919 (Bey Vlora 1956).

2.3.3 „Patriarchale“ Gesellschaftsordnung

Die Gesellschaftsordnung der Albaner/innen wird als „patriarchal“ bezeichnet, denn ihre Abstammung ist patrilinear organisiert.⁵⁷ Die Braut übernimmt nach der Hochzeit den Namen des Mannes und zieht an den Wohnort des Vaters des Mannes (Patrilokalität). Mehrere albanische Grossfamilien, die meist zusammen in einem Dorf oder einem Ortsteil wohnten, bildeten zusammen eine Blutsbrüderschaft, innerhalb derer man gegenseitig zu Hilfeleistung und Verteidigung nach aussen verpflichtet war. Mehrere Blutsbrüderschaften bildeten einen Clan.⁵⁸ Der Führer dieses Clans hatte eine erbliche Position inne, die sich teilweise noch von der Administration im osmanischen Reich herleitete. In der Vergangenheit bestand eine strenge Exogamieregel (bis in den siebten Verwandtschaftsgrad), die in vielen Regionen heute noch beachtet wird. Die Wahl einer Partnerin durfte nicht auf eine Frau „des Blutes“, d. h. der eigenen, wenn auch entfernten Verwandtschaft fallen. Selbst wenn verschiedene Clans im gleichen Dorf siedelten, wurde die Braut dennoch aus anderen Dörfern ausgewählt.

Die männliche Verwandtschaftslineie wurde nach der Blutszugehörigkeit definiert. Gemäss albanischer Überzeugung besitzen Tochter und Sohn das Blut des Vaters, aber nur der Sohn vererbt dieses Blut der nächsten Generation weiter⁵⁹. Auch die gesamten produktiven Güter und das Land wurden von Vater zu Sohn vererbt.

Bei hohen Geburtenraten wurden die Ressourcen für Mensch und Vieh zunehmend knapp. In den Ebenen reichte das Land nur aus, wenn man das Vieh in den höher gelegenen Weiden sömmeren konnte – ein weiterer Faktor für den Kampf um Land.⁶⁰ Andererseits befanden sich Leute, die sich nicht der osmanischen Fremdherrschaft fügen wollten, in ständigem Widerstand.

Jahrhundertlang mussten sich die Albaner unter diesen schwierigen Umständen behaupten.

Wehrhaftigkeit wurde oder war daher zentrales Thema für das materielle Überleben. Die Albaner sehen sich von jeher als furchtlos und mutig. „Wir kämpften um Wasser und Weideland“, war die geläufige Antwort, wenn nach dem Grund der häufigen Querelen zwischen lokalen Gruppen gefragt wurde.

Verletzungen der Ehre und Integrität einer sozialen Organisationseinheit (Grossfamilie, Blutsbrüderschaft oder Clan) lösten manchmal eine Blutfehde aus. Durch Tötung eines Mitgliedes der

⁵⁷ Den Begriff „patriarchal“ benutzt u.a. Backer 1983:48 für die kosovo-albanische Gesellschaftsordnung.

⁵⁸ Hartmann Kunkel 1996:18.

⁵⁹ In bestimmten Regionen, beispielsweise in Teilen Nordalbanien, wird bei der Abstammung der Frauen vom „Milchbaum“ gesprochen (Schwandner 1996:86).

Verwandtschaftseinheit, von dem die Verletzung ausging, konnte die Integrität wieder hergestellt werden. War beispielsweise der Täter innerhalb desselben Clans zu suchen, wurde die Tat durch das Mitglied der Grossfamilie des Opfers gesühnt. Falls dies nicht möglich war, weil die Grossfamilie keine erwachsenen männlichen Personen enthielt, übernahm ein Mann der übergeordneten Einheit, also der Blutsverwandtschaft, die Aufgabe der Sühne.

So entstanden Konflikte, die sich über Jahrhunderte hielten und viele Opfer forderten.⁶¹ Frauen waren nur indirekt in diese Fehden involviert. Sie wurden als unverletzlich eingestuft, an ihnen konnte keine Rache geübt werden. Sie verloren jedoch ihre Gatten, Söhne, Väter, Brüder. Es konnte geschehen, dass bedrohte Verwandtschaftsmitglieder jahrelang in ihren Häusern ausharrten, während die Frauen an ihrer Stelle die Felder bestellten.⁶²

2.3.4 *Non-Relationship* und ethnische Loyalität

Zur Wehrhaftigkeit gegen aussen und Loyalität nach innen kann ein drittes Clan-Merkmal hinzugefügt werden: Die von Berit Backer als „*Non-Relationship*“ bezeichnete geringe Beziehungspflege unter den Clans.⁶³ Um zu vermeiden, dass es im Zusammenhang mit Landbesitz oder Ehre mit anderen Clans zu Streitigkeiten kam, welche schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen konnten, blieb man nach Backer unter sich und unterhielt nur die nötigsten Kontakte zur Aussenwelt.

Die jahrezehntelange Diskriminierung und Repression durch die Serb/innen führten dazu, dass sich die Tendenz des *Non-Relationship* unter den Clans eher abschwächte und einer ethnischen Loyalität Platz machte. Dagegen entstand eine Art *Non-Relationship* gegenüber Nicht-Albanern, denn wie erwähnt, waren die Beziehungen zu Vertreter/innen der staatlichen Institutionen durch Distanz und Entfremdung geprägt, und man wandte sich nur im Notfall an sie. Mehr denn je war es angebracht, sich ausschliesslich auf die eigenen Leute (zunächst auf den eigenen Clan, dann auch auf die eigenen Landsleute) zu verlassen.⁶⁴ Es fragt sich, ob sich diese Entfremdung nicht

⁶⁰ Backer 1983:50.

⁶¹ Auch heute gilt noch in Nordalbanien dieses Blutfehdenkonzept. Viele junge Männer flüchteten, weil nach dem Zusammenbruch des alten politischen Systems die Blutfehden wieder aufflammten. Angesichts der Plünderung der Armeebestände und der Bewaffnung der Bevölkerung war die Angst vor Blutrache realistisch. Vgl. auch Schwandner 1996:82.

⁶² Whitaker 1976:200. Ian Whitaker untersuchte die Familienverhältnisse in Nordalbanien, einer Region, die ausgeprägte stammesmäßige Strukturen aufweist. (Das gegische Nordalbanien steht dem gegischen Kosovo kulturell näher als dem toskischen, südlichen Teil Albaniens. Von Aarburg 2001:45).

⁶³ Backer 1983:56.

⁶⁴ Vgl. beispielsweise Gay (1999).

auch in veränderter Form in der Diaspora fortsetzt und zur Passivität in Beziehungen zu Vertreter/innen der Schweiz beiträgt. Zu der Haltung von Kosovo-Albaner/innen gegenüber öffentlichen Institutionen schreibt Hartmann Kunkel:

„In der traditionellen kosovo-albanischen Familie wird eine ganz klare Grenze gezogen zwischen verwandtschaftlichen Beziehungen und öffentlichem Leben. Für beide Bereiche gelten je getrennte Regeln des Verhaltens, und im Zweifelsfalle kommt die Loyalität der Familie gegenüber absolut vor gesellschaftlichen Verpflichtungen. Es ist deshalb auch nicht selbstverständlich, dass die Verhaltensnormen, welche für den Umgang mit Verwandten gelten, einfach auf Exponenten des öffentlichen Lebens übertragen werden. Diese müssen sich vielmehr erst durch ein entsprechendes Verhalten als Autorität legitimieren.“⁶⁵

Und in Bezug auf das schweizerische Bildungswesen schreibt sie:

„Lehrer/innen, Schulpsycholog/innen und Betreuer erzählten mir, dass es oftmals nicht leicht sei, zu albanischen Familien ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Manche von ihnen scheinen die staatlichen Einrichtungen der Schweiz so gut wie möglich für ihre eigenen Zwecke instrumentalisieren zu wollen, ohne die Bereitschaft für einen echten Dialog aufzubringen. Für schweizerische Berufsleute, die an einem vertieften, sozialen Engagement interessiert sind, bedeutet diese Reaktion oftmals eine grosse Kränkung.“⁶⁶

An dieser Stelle sei betont, dass der Umgang mit traditionellen und kulturellen Merkmalen individuell verschieden ist. So gibt es neben distanzierteren auch sehr offene Albaner/innen. Eine Beziehung aufzunehmen und zu vertiefen, ist ja immer auch eine Frage der Zeit.

Die Distanziertheit, die auch ich oft im Kontakt mit kosovo-albanischen Immigrant/innen erlebt habe, könnte zudem auch darin begründet sein, dass sie sich in der Schweiz zunächst als Gäste betrachten. Das differenzierte Gastrecht und die Gastfreundschaft, die sie in der Heimat schätzen, schreibt ihnen vor, sich dem Gastgeber gegenüber nicht allzu aktiv zu verhalten.

⁶⁵ Hartmann Kunkel 1996:78.

⁶⁶ Hartmann Kunkel 1996:77f.

2.3.5 Geschlechter- und Familienbeziehungen

Das Exogamiegebot hat zur Folge, dass die eingeheiratete Frau zunächst fremd ist in der Familie des Mannes und eine untergeordnete Stellung einnimmt, zumal, wenn sie noch nicht Kinder, insbesondere Söhne, geboren hat. Da sie von aussen eindringt und bis ins Innerste die engen, von Vertrauen und tiefer Loyalität getragenen Familienbande durchbricht, wird sie zunächst als potentielle Bedrohung gesehen. Vertrauen und Respekt muss sie sich erst „verdienen“. Andererseits sind die durch einen Heiratsbund entstandenen „Austauschbeziehungen“ mit einem anderen Clan – deren Angehörige die Braut ja ist – notwendig, denn sonst würde die Verwandtschaftsgruppe, die derart deutlich zwischen „Vertrautem“ und „Fremdem“ unterscheidet, sich gänzlich isolieren und damit den sozialen und politischen Status gefährden.⁶⁷ Weiter unten wird auf zwei weitere Strategien eingegangen, Beziehungen zu anderen Clans aufrechtzuerhalten: die Blutsfreundschaft und die Gastfreundschaft. Zunächst aber sollen die Geschlechterbeziehungen näher betrachtet werden.

Wie andernorts bröckeln auch im Kosovo die traditionellen Gesellschaftsstrukturen. Seit dem Zweiten Weltkrieg haben die muslimischen Frauen den Schleier abgelegt, die Wahl des Ehepartners wird nicht mehr lediglich durch Claninteressen beeinflusst, die alten Regeln, die aus dem Kanun stammen, gelten nicht mehr in aller Konsequenz.⁶⁸ Vor allem gebildete Frauen bewegen sich in den früher von Männern dominierten Sphären. In grösseren Städten und ihren Agglomerationen entwickelten sich seit längerem neben Gross- auch Kernfamilien, und die Mädchen flanieren abends in Gruppen auf der Strasse wie in irgendeiner anderen südeuropäischen Stadt. Der traditionelle Rahmen gilt aber in den ländlichen Gebieten und in weniger gebildeten Schichten noch weiter.⁶⁹

In traditionellen kosovo-albanischen Familienverbänden herrscht eine strikte Arbeits- und Raumteilung zwischen den männlichen und weiblichen Erwachsenen. Die Frauen sind für den Haushalt zuständig, für die Kinderbetreuung und für die Verarbeitung von Milch und Milchprodukten. Auch nach einer Emigration sind räumliche sowie zeitliche Strukturen einer Segregation sichtbar.

⁶⁷ Backer 1983:56.

⁶⁸ Allerdings entwickelten sich seit dem Ende des Kosovo-Krieges 1999 insbesondere im Osten Kosovos vereinzelt reislamisierende Tendenzen. So zeigen sich auch wieder junge, unverheiratete Mädchen in den Städten nur mit dem Kopftuch oder gar Schleier auf der Strasse (mündliche Mitteilung Frau G).

⁶⁹ Auch die Lebensphase spielt eine Rolle: die verheiratete Frau hält sich eher an die alten Regeln als die ledige, die ja noch im Kreis ihrer eigenen blutsverwandten Familie lebt (Backer 1983:51).

So sagt der junge, in der Schweiz aufgewachsene Meriton in den Interviews von Hans-Peter von Aarburg:

„Die Frauen sind ein wenig für sich. Früher getrauten sie sich einfach nicht, waren nicht einbezogen worden in die Gespräche, welche die Männer unter sich führten. Früher dachten die Männer: die Frauen verstehen sowieso nichts! Das war früher so. Die Jugend heute denkt ein wenig anders. Aber es ist wie zu unserer Gewohnheit geworden, dass die Frauen unter sich miteinander reden: ‚Ich wasche heute mit Sabol!‘ Die Männer reden meistens über Politik, Kinder spielen zusammen. (...) Es ist immer so: Wenn du auf Besuch gehst – bei den Kindern kommt es nicht drauf an, ob männlich oder weiblich – es bilden sich Altersgruppen, die Männer und die Frauen gehen meistens in ein anderes Zimmer. Die Männer sind bei uns halt so. Man will es zwar gelegentlich nicht wahrhaben, aber es ist so, dass die Männer die Frauen ein wenig unterdrücken in den Gesprächen. Wenn sie etwas untereinander besprechen wollen und die Frauen etwas zu laut sind, dann schauen sie etwas dumm drein, diese Männer, und wollen alleine über Politik reden.“⁷⁰

Die Gesprächsthemen der Frauen und weiblichen Heranwachsenden sind meines Erachtens weiter gefasst und weniger belanglos, als dies Meriton sehen möchte. Durch regelmässigen Besuchsaustausch bei Familie und Nachbarn sind Frauen gründlicher als die Männer über die Geschehnisse, die ihren Alltag im fremden Land wesentlich betreffen, informiert und tragen daher massgeblich zur Entscheidungsfindung in der Familie bei.⁷¹ An Meritons Aussagen wird aber deutlich, dass Trennungen nicht nur entlang geschlechtsspezifischen, sondern auch entlang altersspezifischen und hierarchischen Grenzen verlaufen.

Eine auch ausserhalb Kosovos erstaunlich häufig gepflegte Tradition ist das Vermitteln von Ehen. So kam unter anderem die Ehe der Schwester des Herrn A in der Schweiz durch die Vermittlung der beteiligten Familien zustande. Auch eine mir bekannte junge Asyl Suchende, die als Mediatorin arbeitete, hat ihren langjährigen Freund durch Verwandte vermittelt erhalten. Sie erzählte mir, dass ihre Tante ihr sagte: „Schau, jener junge Mann ist anständig, er arbeitet und hat keine Flausen im Kopf: Wäre er nicht eine gute Partie für Dich? Ich könnte ein Treffen vereinbaren.“ Als

⁷⁰ Von Aarburg 2001:11.

⁷¹ Zur Bedeutung von informellen Gesprächen von Frauen in Gesellschaften mit Geschlechtersegregation siehe Künzler (1999).

die junge Frau ihn dann das erste Mal sah, fand sie ihn „in Ordnung“ und ging eine Beziehung mit ihm ein. Auch die Schwester des Herrn A hatte keine Einwände gegen einen von ihrer Familie ausgewählten Ehemann. Gerade an diesem Beispiel erweist sich, wie konsequent einzelne traditionelle Elemente auch im Exilland weiter gepflegt werden und wie konfliktrichtig in manchen Bereichen die Anforderungen der schweizerischen und der kosovo-albanischen Lebenswelt für die hier aufgewachsenen Kinder der zweiten Generation sind. Ehefrauen – wie auch Ehemänner – für die hier lebenden Männer und Frauen werden absichtlich im Kosovo gesucht. Einerseits sind Frauen aus dem Kosovo nicht an die Freiheiten und Entfaltungsmöglichkeiten der in der Schweiz lebenden Frauen gewöhnt, andererseits suchen sich Kosovo-Albaner absichtlich ungebildete Frauen aus, die ihre Rolle – die für die Erhaltung und Reproduktion dieses traditionell funktionierenden Gefüges notwendig ist – weniger in Frage stellen. Andererseits wird die in der Schweiz niedergelassene Familie mit einem heiratsfähigen Sohn – oder einer heiratsfähigen Tochter – in der Heimat heftig umworben, denn es ist praktisch die einzige Möglichkeit, ein Familienmitglied in die Schweiz senden zu können, welches dann für die oftmals lebensnotwendige finanzielle Unterstützung ihrer Angehörigen in der Heimat aufkommen kann.

Die Stellung der kosovo-albanischen Frau wird in der Öffentlichkeit als untergeordnet beschrieben. Dies wird auch von den Frauen bestätigt. Sie geben sich – öffentlich – ernst, passiv, still. Die Männer haben „das Sagen“. Die öffentliche Stellung der Frau ist ambivalent, denn die Frau gilt zwar wenig, andererseits repräsentiert sie jedoch – wie oben beschrieben – die Familie, das Innere, den zentralen Lebensinhalt, mit der Familie zusammen das Zu-Schützende, sie ist hoher Wertbesitz.

Der Ehemann – oder die Männer seiner Familie – kümmert bzw. kümmern sich um den Lebensunterhalt und sind damit in die Realität des Aussenraumes und in die Zwänge des wirtschaftlichen Alltags eingebunden. Dass die Ehefrau finanziell nicht zum Lebensunterhalt beitragen soll, entspricht oft einem Idealbild und hat wenig mit der Wirklichkeit zu tun, zumal seit den achtziger Jahren die Arbeitslosigkeit im Kosovo hoch ist und daher die traditionellen Aufgabenbereiche der Geschlechter nicht mehr funktionieren.

Wie oben erwähnt, sind in einem traditionellen Kontext nicht nur die Arbeit, sondern auch Zeit und Raum zwischen den Geschlechtern aufgeteilt. Die Männer wiederum verbringen nicht nur die Arbeitszeit, sondern oftmals auch ihre Freizeit unter Männern, entweder in dem zum Haus

gehörenden Männerraum „*oda*“, in dem man Gäste empfängt, oder in öffentlichen Räumen wie Strassen, Plätze, Cafés etc. In einer Familie, in der mehrere Generationen – und mehrere verheiratete Brüder – zusammenleben, sind Mann und Frau verschiedenen Autoritäten unterstellt, die Frau in der Regel der Schwiegermutter oder der Grossmutter des Mannes.⁷² Diese Situation und auch die häufige räumliche Trennung tragen dazu bei, dass an sich wenig Anlass für Konflikte zwischen den Eheleuten besteht.⁷³ Da ausserdem beide über andere nahe Bezugspersonen verfügen, bestehen nicht derart hohe Erwartungen aneinander wie etwa in einer Kleinfamilie nach westlichem Muster, wo der Ehepartner die einzige nahe erwachsene Ansprech- und Bezugsperson darstellt.

Zur Frage der oft zitierten Unterdrückung der Frau schreibt Backer:

*„The woman may therefore appear to an outsider as extremely shy and ‘suppressed’, as this is the required street behaviour. But this outsider would be highly surprised at seeing this meek creature back in the courtyard as she throws off her scarf, and starts chatting and joking over her work. She might very well appear much more authoritative and competent than this stranger would ever experience his own wife to be.“*⁷⁴

Hier zeigt sich wieder die Bedeutung des sozialen Raumes: Das Verhalten der Frauen, aber auch der Männer, ist weitgehend abhängig vom räumlichen Kontext: im Haushalt, in ihrem Aufgabenbereich ist die Frau vor der Öffentlichkeit geschützt, dort hat sie das Sagen, dort ist das Zentrum, wo ihr Leben stattfindet. Aber gerade weil es die innere, „verborgene“ Welt ist, ist sie für den fremden Besucher unsichtbar, denn er nimmt lediglich das Bild wahr, das die Familie gegen aussen vertritt und zieht daraus einseitige Schlüsse.⁷⁵

Gerade auf der familiären Ebene haben sich also traditionelle Elemente besonders hartnäckig gehalten. Aber auch dort finden allmählich Veränderungen statt, wie Hartmann Kunkel feststellt:

⁷² Hartmann Kunkel 1996:18ff, Whitaker 1976:199 für Nordalbanien.

⁷³ Whitaker 1976:199.

⁷⁴ Backer 1983:52.

⁷⁵ Vgl. Künzler (1999).

„Inzwischen hat auch im Kosovo ein sozialer Wandel stattgefunden, und obwohl sich durchaus Reste der alten Verhältnisse finden und vor allem im Unterbewusstsein der Menschen noch lange weiterwirken mögen, so haben doch die meisten Kosovo-Albaner heute eine gemässigtere Einstellung in Bezug auf die familiären Beziehungen.“⁷⁶“

2.3.6 Sozialisation

Die ganze Sozialisation wird – in der traditionellen albanischen Grossfamilie – im Kollektiv erlebt. Die Männer sind gleich wie die Frauen meist unter sich, und die Kinder der verschiedenen zusammenlebenden Familien spielen gemeinsam im Hof, oft unbeaufsichtigt. Das Kind in der kosovo-albanischen Gesellschaft lernt am Beispiel der Erwachsenen. Es orientiert sich daran, wie die Erwachsenen sich beispielsweise in einem Konflikt verhalten. Da es erwachsene Angehörige wie Grossmutter, Mutter, Grossvater oder Onkel vor Augen hat und mit ihnen aufwächst, besteht wenig Anlass, ihm etwas zu erklären, was ohnehin laufend demonstriert und vorgelebt wird. Nebenbei lernt das Kind auch den unausgesprochenen sozialen Druck kennen, dem die Erwachsenen ausgesetzt sind, falls sie sich nicht adäquat verhalten.

Dieses Erziehungsschema steht im Gegensatz zu demjenigen in westlichen Gesellschaften. Tut hier ein Kind etwas „Falsches“ oder verhält es sich bei einem Konflikt nicht wie gewünscht, spricht man mit ihm und appelliert an seine „Vernunft“. Es entsteht also ein verbaler Austausch, während dem das Kind ermuntert wird, über sich und sein unmittelbares und mittelbares Verhalten nachzudenken. Damit wird eine gewisse Fähigkeit zur Introspektion und zu einer dialektischen Denkweise anerzogen.

Wie erwähnt, ist die traditionelle Familienstruktur geprägt durch eine differenzierte Aufgaben- und Rollenteilung. In einem traditionellen Kontext nehmen alle Mitglieder einer Familie bestimmte Positionen ein. Durch diese nicht austauschbaren, lebensabschnittsabhängigen Rollen und Bestimmungen, aber auch durch unterschiedliche, fest definierte Machtpotentiale eines jeden Familienmitgliedes besteht grundsätzlich weniger Anlass zu Konflikt als in einer individualisierten Gesellschaft. Denn ein Sohn misst sich in seiner Machtstellung kaum mit seinem Vater, eine Braut kaum mit der anwesenden Schwiegermutter. Gleichzeitig ist Kommunikation hierarchisiert. Über Vieles spricht man eher mit dem Bruder oder der Schwester, als mit dem Vater oder einer anderen Respektsperson.

⁷⁶ Hartmann Kunkel 1996:22.

2.3.7 Demografische Aspekte

Im letzten Jahrhundert zeichnete sich das Kosovo durch ein hohes Bevölkerungswachstum aus, da bei hoher Geburtenrate die Sterberate gleichzeitig sank. Betrug das Verhältnis von Albanern/innen zu Serben/innen und Montenegrinern/innen zwischen 1921 und 1961 ungefähr zwei zu eins, veränderte es sich von da an rasch zugunsten der Albaner/innen. Zwischen 1961 und 1981 reduzierte sich die serbische und montenegrinische Bevölkerung infolge eines negativen Migrationssaldos, hingegen verdoppelte sich die Zahl der Albaner/innen im gleichen Zeitraum auf beinahe 1,2 Millionen.⁷⁷ Die Gründe für die hohe Geburtenrate sind mannigfaltig: Infolge von Armut und ungenügenden Sozialversicherungen wurden Kinder als Garanten für eine gesicherte Altersversorgung betrachtet; eine grosse Kinderzahl trug zu Ansehen und Macht der Familie bei. Da ein männlicher Nachkomme bis heute von wesentlicher Bedeutung ist, wurden oft so lange Nachkommen gezeugt, bis ein Sohn geboren war. Wie weit das Bevölkerungswachstum auch Ausdruck einer gewollten Bevölkerungspolitik war, ist fraglich. Von Einzelnen wurde das Argument ins Feld geführt, dass, je grösser das albanische Volk sei, es sich desto besser gegen seine Unterdrücker wehren könne. Die serbischen Machthaber fühlten sich durch das hohe Populationswachstum provoziert. „Von serbischer Seite wurde (...) oft der Vorwurf erhoben, das seit drei Jahrzehnten anhaltende rasante Bevölkerungswachstum werde gezielt als eine unfaire Waffe im Kampf um eine ethnopolitisch-demographische Vorherrschaft eingesetzt.“⁷⁸ Von Aarburg hält dieses Wachstum jedoch nicht politisch-ethnisch, sondern sozioökonomisch bedingt: Es zeige die besondere wirtschaftliche und soziale Situation, in der sich die jahrzehntlang marginalisierten Kosovo-Albaner/innen befänden. Bereits heute flacht die Geburtenrate leicht ab und wird sich, so von Aarburgs Prognose, in Zukunft derjenigen mancher Industrieländer weiter annähern.⁷⁹

2.3.8 Blutsbrüderschaft und Gastfreundschaft

Wie oben erwähnt, ist die exogame Heiratsregel eine formelle Möglichkeit, Beziehungen zwischen ausgesuchten Clans aufrechtzuerhalten und zu pflegen. Auch Blutsbrüderschaft und die Gastfreundschaft sind Formen institutioneller Beziehungen. Bei einer Blutsbrüderschaft handelte es sich um eine Freundschaftsbeziehung zwischen männlichen Angehörigen verschiedener nicht

⁷⁷ Von Aarburg 2001:42f.

⁷⁸ Von Aarburg 2001:50.

⁷⁹ Von Aarburg 2001:55.

blutsverwandter Grossfamilien: Man schwor sich Freundschaft und Loyalität in verwandtschaftlich-rechtlichen Beziehungen; man ritzte sich die Haut um das austretende Blut zu vermischen.⁸⁰ Die aktuelle Bedeutung der Blutsbrüderschaft im Kosovo und ausserhalb ist unklar. Trotz mehrmaligem Nachfragen bei Kosovo-Albaner/innen habe ich weder Hinweise gefunden, dass dieser Brauch heute noch aufrechterhalten wird, noch dass einst eingegangene blutsbrüderliche Beziehungen weiter streng verpflichtend sind. Möglicherweise existiert die Blutsfreundschaft insbesondere in den Bergen an der Grenze zu Albanien weiter, wo tribale Aspekte und die Blutrache auch heute noch von Bedeutung sind.⁸¹

Die Gastfreundschaft „*mikpritje*“ repräsentiert auch heute noch einer der zentralsten Werte der albanischen Gesellschaft. Durch das Übertreten der Schwelle eines Hauses wird ein Fremder zu einem „*mik*“, einem Freund (wie der Blutsfreund und die verschwägerten Männer), dem Ehre und Achtung gebührt. Er steht unter dem Schutz des Hauses, wird aufs Beste bewirtet und unterhalten. Diese grosszügige Haltung einem Gast gegenüber wurde in der Vergangenheit immer wieder von politischen Akteuren missbraucht.

2.3.9 Zur Bedeutung der Religion

Das Kosovo wurde im dritten und vierten Jahrhundert christianisiert. Später, mit der Machtübernahme der Ottomanen (sechzehntes Jahrhundert bis 1913), konvertierten viele Katholiken unter dem Druck der osmanischen Besatzung zum Islam. Gemäss den Angaben von Rüb teilten sich die Albaner/innen zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts im Kosovo in ungefähr 94 % Muslime und 6 % Katholiken. Der Anteil der serbischen Bevölkerung betrug ca. 40 %, davon waren etwas weniger als 60 % orthodoxe Christen, die anderen waren überwiegend Muslime. Heute ist der Anteil der Serb/innen im Kosovo unter zehn Prozent gefallen. Für die albanischsprachige Bevölkerung kann ungefähr vom selben Zahlenverhältnis zwischen Muslimen und Katholiken wie Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts ausgegangen werden.⁸²

Die Religion, ob muslimisch, katholisch oder serbisch-orthodox, wird im Kosovo als Privatsache betrachtet. Sie dominiert den Alltag in der Regel nicht. Die Gründe dafür dürften im jahrzehntelangen Verbot der öffentlichen Religionsausübung durch die ehemals sozialistische Regierung

⁸⁰ Backer 1983:54.

⁸¹ Whitacker 1976:195ff.

⁸² Rüb 1999:25.

liegen. Die Muslime pflegen einen toleranten, ideologisch offenen Islam, auf dessen synkretistische Grundhaltung noch einzugehen sein wird (Kapitel 5.6). Vor allem bei den Jüngeren steht die Religion nicht im Vordergrund. Die Feiertage werden zwar zelebriert; längst nicht alle halten jedoch den rituellen Fastenmonat Ramadan ein. In und ausserhalb des Kosovo ist die Zugehörigkeit zur albanischen Gemeinschaft prioritär und hat Vorrang vor der Religion.

Es ist fraglich, ob nach der Auflösung der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien eine gewisse Rückbesinnung auf religiöse Werte stattgefunden hat. Hat der Jugoslawienkrieg 1998/99 möglicherweise eine vermehrte religiöse Orientierung ausgelöst? Der Südosteuropa-Korrespondent der Neuen Zürcher Zeitung, Martin Woker, stellt im Kosovo jedenfalls keine allgemeine Reislamisierung fest.⁸³ Vielleicht ist es auch noch zu früh, Tendenzen eines religiösen Wandels zu erkennen. H. T. Norris geht in seinem Werk „Islam in the Balkans“ ausführlich auf verschiedene Fragen des Islams im Balkan ein.⁸⁴ Er liefert nicht nur eine detaillierte, geschichtliche Darstellung der Eroberung und Besetzung durch die islamischen Ottomanen, sondern beschreibt auch die Einflüsse des Islams und seiner verschiedenen religiösen Schulen im Bereich des Denkens, des epischen Erzählens und der Literatur. Für ein weiterführendes Studium der Bedeutung des Islam im Kosovo wird auf dieses Buch verwiesen.

Die Darstellung der Ethnologie der kosovo-albanischen Gesellschaft in diesem Abschnitt behandelte vor allem die traditionellen Aspekte. Wie viele andere befindet sich die kosovo-albanische Gesellschaft seit Jahrzehnten im Wandel. Dazu tragen die Medien, die Unterhaltungsindustrie, die Kontakte zur Diaspora, zu Angehörigen der Kfor-Truppen und der ausländischen Nicht-Regierungsorganisationen bei. Die kosovo-albanische Gesellschaft ist heute im weiten Bereich zwischen „modern“, im Sinne von „westlich“, und „traditionell“ anzusiedeln, je nachdem, ob ihre Mitglieder ländlich oder urban, religiös oder weltlich, gebildet oder bildungsfern oder auch alt oder jung sind.⁸⁵

⁸³ Siehe die Artikel aus der Neuen Zürcher Zeitung vom 24.10.2001 und 09.02.2002.

⁸⁴ Siehe Norris (1993).

⁸⁵ Mit „religiös“ ist nicht „traditionell“ gemeint. Religiosität kann gerade auch im Zug der Reislamisierung etwas sehr Modernes sein.

2.4 Kosovo-albanische Migrantinnen und Migranten in der Schweiz

Die Anzahl der kosovo-albanischen Migrant/innen in der Schweiz kann nur geschätzt werden, da bei einer Zählung der Ausländer/innen in der Schweiz nach ihrer Staatszugehörigkeit und nicht nach ihrer ethnischen Zugehörigkeit gefragt wird. Auch im Bericht 2003 über „Ausländer/innen und Ausländer in der Schweiz“ des Bundesamtes für Statistik werden die Kosovo-Albaner/innen als ethnische Gruppe nicht von den anderen Gruppen der fünf Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien unterschieden.⁸⁶ Je nach Informationsquelle sowie Zählart beträgt der geschätzte Anteil heute zwischen 150'000 und 200'000 Kosovo-Albaner/innen. Seit 1998 sind Tausende von Asyl Suchenden über Albanien und Mazedonien in die Schweiz geflüchtet. Die meisten von ihnen kehrten mittlerweile wieder in den Kosovo zurück oder reisten in ein Drittland aus.

Der Grossteil der Kosovo-Albaner/innen reiste früher mit einem Saisoniervertrag in die Schweiz ein.⁸⁷ Ihr Aufenthalt war zum vornherein auf neun Monate begrenzt. Danach mussten sie für drei Monate in ihre Heimat zurückkehren, mit der keineswegs gesicherten Aussicht auf eine erneute Saisonstelle. Bei diesem Aufenthaltsstatus konnte man die Familie nicht nachkommen lassen. Erst nach einer gewissen Anzahl Saisonaufenthalte erhielt man, falls man fürsorgeunabhängig war, den Status eines Jahresaufenthalters mit Recht auf Familiennachzug.

Eine erste Welle von Immigranten aus dem Kosovo gelangte Ende sechziger / Anfang siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts in die Schweiz. Es waren fast nur Männer, aus ähnlichen sozialen Schichten stammend und mit ähnlichen Beweggründen wie die Immigranten aus den Mittelmeerländern. Diese ersten Arbeitsmigranten planten, nach fünf, sechs Jahren mit genügend Erspartem definitiv in die Heimat zurückzukehren, und bemühten sich kaum um eine dauerhafte Integration in die schweizerische Gesellschaft. Wie die Arbeitsmigrant/innen aus anderen mediterranen Gebieten blieben jedoch auch sie oft längerfristig in der Schweiz, denn das Leben hier war teuer, man konnte nicht in dem Ausmass Geld zur Seite legen wie man geplant hatte. Andererseits wurde in ihrer Heimat mehr denn je auf ihre regelmässigen finanziellen Beiträge gezahlt. So konnten die meisten nur wenig oder gar nichts zusätzlich sparen. Die Familie baute im Ko-

⁸⁶ Bundesamt für Statistik (2003).

sovo ein Haus und plante weiteren Wohnraum für die Söhne der Familie, erwarb einen Traktor oder einen Lkw etc., um das Leben einträglicher zu gestalten. Die Einkommen wurden dem Familienoberhaupt abgeliefert, in der Regel war das der Vater oder die Mutter des Arbeitsmigranten. Das Familienoberhaupt bestimmte, wozu das Geld verwendet wurde.

Die Arbeitsmigranten nahmen bei den Zurückgebliebenen einen hohen Status ein und konnten auf diese Weise einen Teil ihrer Entbehrungen und hier erfahrenen sozialen Stigmatisierungen kompensieren. Man darf jedoch nicht vergessen, dass das Familienmitglied in der Diaspora unter ständigem Druck stand, Geld nach Hause zu senden, und dieser Druck liess nicht nach, denn die Familie in der Heimat wuchs schnell an. So kam zu der Ausbeutung der Arbeitskraft des Migranten durch das Aufnahmeland die Ausbeutung durch die eigene Familie mit hinzu.

Die oben beschriebene Form von Arbeitsmigration ist heute nicht mehr möglich, da im Rahmen des Dreikreise-Modells und einer dualen Migrationspolitik keine unqualifizierten Arbeitskräfte von ausserhalb der Europäischen Union in die Schweiz einwandern können. Wer einreisen möchte, um hier zu arbeiten, kann dies nur in Form des Familiennachzuges tun, wie die Geschwister des Herrn A, die nach und nach zum bereits hier lebenden Vater einreisten, oder in Form einer Heirat.

In der Hochkonjunktur der achtziger Jahre wurden erneut viele, auch kosovo-albanische Arbeitskräfte benötigt. Als Ende der achtziger Jahre die Föderative Republik Jugoslawien zerfiel und das Kosovo seine Teilautonomie verlor, veränderte sich aber der Migrationscharakter vollständig: Es waren zurückgebliebene Familienangehörige, die nun in die Schweiz immigrierten und durch den Nachzug an den Aufenthaltsort ihrer Ehemänner, Väter und Söhne den desolaten Lebensbedingungen und der serbischen Repression zu entgehen hofften. Seit 1989 der Provinz Kosovo der eigenständige Status aberkannt wurde, verstärkte sich die Repression. Die im Rahmen des Familiennachzuges einreisenden Frauen und Kinder waren schlecht vorbereitet auf die sozial und kulturell völlig fremde Umgebung. Die Entwurzelung betraf Kinder besonders schwer, da sie aus einem grossen, hierarchisch geordneten Verwandtschafts- und Beziehungsgefüge, in dem sie sich geborgen fühlten, herausgerissen wurden und (oft) in eine Kleinfamilie kamen, zu einem Vater, den sie lediglich von den Sommerferien her kannten. Hinzu kam die Konfrontation mit der neuen

⁸⁷ Saisonarbeiter sind Ausländer, die in einem Erwerbszweig oder Betrieb mit saisonalem Charakter (Bau-, Gastgewerbe oder Landwirtschaft) für die Dauer der Saison, während maximal neun Monaten erwerbstätig sind. Die Einreise von Saisoniers unterliegt einem Kontingent. Heute kann eine Saisonbewilligung nur Angehörigen aus

Umgebung. Dank der Arbeit der Familienmitglieder im Ausland hatten sie zuhause zu den gut gestellten Familien gehört, während sie sich in der Schweiz in der untersten sozialen Schicht wieder fanden.

Die wirtschaftliche Rezession der neunziger Jahre verstärkte die abwehrende Haltung der schweizerischen Öffentlichkeit. „Die mehr als hundertjährige kollektiv kosovo-albanische Erfahrung der sozialen Unerwünschtheit, des drohenden sozialen Ausschlusses, dürfte sich also auch hier in der Emigration, wenn auch unter ganz anderen Rahmenbedingungen als auf dem Balkan, in einem gewissen Mass fortsetzen.“⁸⁸ Da sie auch als „Albaner“ wegen deren schlechten Rufes nicht immer erwünscht waren, reagierten sie mit ethnischer Loyalität: in ihrer *community* blieben sie unter sich und nahmen nur falls nötig engeren Kontakt zu Nicht-Albaner/innen auf.

Seit dem Ende der achtziger Jahre, und verstärkt seit dem Ende der neunziger Jahre versuchten viele Kosovo-Albaner/innen über ein Asylgesuch den Repressionen im Kosovo zu entgehen. Auch hier waren es zunächst in der Mehrheit Männer, später Familien. Dabei ging es (ausser bei den Kriegsflüchtlingen 1998/99) oftmals nicht nur um politisches Asyl, sondern auch um Schutz vor ökonomischer Repression und um die Hoffnung, die in der Heimat Geliebten in ihren prekären wirtschaftlichen Verhältnissen zu unterstützen.

Viele Kosovo-Albaner/innen mussten bei der Arbeitsaufnahme in der Schweiz auf eine Tätigkeit verzichten, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprochen hätte. Manche von ihnen hatten im Kosovo eine höhere Schule oder die Universität besucht. Hier verrichten sie jedoch einfachste Hilfsarbeiten in der Industrie, im Bau-, Gastgewerbe oder in der Landwirtschaft. Im Gegensatz etwa zu italienischen Arbeitsmigrant/innen verfügen kosovo-albanische Migrant/innen nicht über Gruppierungen, die ihre Interessen in der Schweiz wahren⁸⁹. Ihre Vereine sind kulturell organisiert. Die Leute leben, wie erwähnt, meist in *communities*, einem informellen Netzwerk von Verwandten, Freunden und Bekannten. Die Mitglieder dieser *communities*

Staaten der EU und der EFTA erteilt werden. Jugoslawien (das heutige Serbien und Montenegro) und das Protektorat Kosovo sind also vom Saisonier-Status ausgeschlossen. Informationen aus Bundesamt für Statistik 2000:50.

⁸⁸ Von Aarburg 2001:61.

⁸⁹ Hartmann Kunkel 1996:77.

sind stets ethnisch definiert: es sind albanischsprachige Einwander/innen aus dem Kosovo, Mazedonien, Südserbien, Montenegro.

Die Wiederholung der Unerwünschtheit

Nebst den erörterten ungünstigen Bedingungen im Aufnahmeland und allfälligen individuellen Prädispositionen, die zu einer pathologischen Konfliktverarbeitung im Migrationsprozess führen können (s. u.), besteht ein weiterer erschwerender Faktor, der oben schon angesprochen wurde: das kollektiv erlebte „Unerwünschtsein“ durch die serbischen Machthaber im Kosovo. Die kollektiven Erfahrungen der Albaner/innen mit den serbischen Unterdrückern waren während des ganzen zwanzigsten Jahrhunderts negativ geprägt. Dies führte dazu, dass man scharf zwischen Albaner und Nicht-Albaner unterschied. Mit der Zeit wurde „Nicht-Albaner“ gleichgesetzt mit „Unterdrücker“. Als Albaner stand man zusammen, was zusätzlich identitätsstiftend wirkte.

In der Schweiz als Einwanderungsland entstand scheinbar eine ähnliche Situation: erneut stellen Kosovo-Albaner/innen eine Minderheit dar, erneut treffen sie auf politische, soziale, wirtschaftliche Strukturen, die ihnen nicht durchwegs wohlwollend gegenüberstehen, sondern sie als Albaner/innen ablehnen, was sie zum Beispiel bei Arbeits-, Wohnungs- und Lehrstellensuche deutlich spüren.⁹⁰ Unter diesen Umständen erfordert es erheblichen Aufwand, Beziehungen mit Nicht-Albaner/innen einzugehen, die auf Gegenseitigkeit und Vertrauen gestützt sind. Man hatte gelernt, zunächst einmal für sich zu schauen und die staatlichen Strukturen sowie alles, was ausserhalb von Familie und *community* besteht, für sich zu nutzen, ohne Verbindlichkeit. Denn Verbindlichkeit und Gegenseitigkeit im nicht-familiären Bereich stellen Werte dar, die jenseits des Horizontes ihrer Alltagserfahrungen lagen. Das Wohlergehen der eigenen Familie genoss Vorrang.⁹¹ Diese Haltung, die im Aufnahmeland oft als egoistisch und undankbar empfunden wird, prägt – abgesehen von vielerlei Vorurteilen und Klischeevorstellungen – die öffentliche Meinung, mit der Kosovo-Albaner/innen konfrontiert sind.

⁹⁰ Siehe den Artikel aus der Neuen Zürcher Zeitung 1.11.2003.

⁹¹ So sagt sich vielleicht der Asyl Suchende, der im Kosovokrieg mit seiner Familie in die Schweiz flüchten konnte: „Da die Schweizer nicht verstehen, dass man, bevor man zurück in den Kosovo geschickt wird, das von den Serben zerstörte Haus renovieren muss, um für Alle Platz zu haben und für den Winter gerüstet zu sein, arbeitet man „schwarz“, um das Geld dafür zu verdienen. Denn bei offiziellem Arbeitsverbot und überaus knapp bemessenem Fürsorgegeld gibt es keine andere Möglichkeit.“ (Mit dem generellen Arbeitsverbot waren vor allem die vielen tausend Kosovoalbanerinnen und Kosovoalbaner konfrontiert, die ab 1998 in die Schweiz flüchteten. Das Arbeitsverbot wurde inzwischen aufgehoben).

So kann hier von einer kollektiven Wiederholung einer pathologisierenden Situation gesprochen werden, die Kosovo-Albaner/innen im Aufnahmeland erleben: erneut treffen sie auf eine abwehrende, mitunter feindliche Bevölkerung. Sie fühlen sich geradezu darin bestätigt, dass es sich nicht lohnt, in Beziehungen, die ausserhalb von Familie und *community* bestehen, zu investieren.

3 Medizinethnologische und ethnopsychologische Ansätze

3.1 Medizinethnologische Ansätze

In der Ethnologie begann sich in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts die Medizinethnologie, die Forschung über Gesundheit und Krankheit in nicht-westlichen Gesellschaften, zu entwickeln. Kernthema stellte dabei das spezifisch Kulturelle dar. Im Folgenden werden theoretische Ansätze vorgestellt, die die Medizinethnologie im angelsächsischen und im deutschen Raum massgeblich beeinflusst haben und die weiter unten anhand des empirischen Materials diskutiert werden sollen.

3.1.1 *Illness und disease*

Der Medizinethnologe Arthur Kleinman, der die verschiedenen Heilsysteme in Taiwan und in der Volksrepublik China erforschte, hat das von Mechanic⁹² in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts postulierte Begriffspaar „*illness*“ und „*disease*“ in die angelsächsische Medizinethnologie eingeführt. Krankheit, im allgemeinen Sinn verstanden, umfasst nach Kleinman zwei Aspekte: Zum einen wissenschaftliche beschreibbare Dysfunktionen der biologischen und psychischen Prozesse im Körper (*disease*), zum anderen eine kulturelle Komponente, die sich darauf bezieht, wie die Krankheit von der betroffenen Person und ihrer sozialen Umwelt wahrgenommen, erlebt und eingestuft wird (*illness*).

Unter *illness* versteht Kleinman das Herstellen eines Sinnzusammenhangs zwischen der Erkrankung und dem in seine Umwelt eingebetteten Kranken. Denn der Mensch sucht nicht nur nach der Heilung seiner gesundheitlichen Einbusse, sondern auch nach einer Erklärung, nach dem Grund seiner Erkrankung. Bei dieser Suche kann er auf kollektive Erfahrungen und kulturelles Wissen zurückgreifen.

Der körperliche oder psychische „Defekt“ (*disease* oder *Krankheit*) erhält somit in einer zweiten Dimension durch die Deutung einen Sinnzusammenhang (*illness* oder *Kranksein*). Dieser ist davon abhängig, wie die Krankheit oder der „Defekt“ vom Individuum selbst und von seiner Umwelt erlebt wird. Zur Vorstellung von *illness* gehören auch soziale Interaktionen wie Kommuni-

⁹² Mechanic (1962).

kation im nahen Familien- und Freundeskreis, die Zuwendung, die Vermittlung von eigenen Erfahrungen, von Heilpraktiken, auch von Sachverständigen etc.

Durch den Vorgang der subjektiven Wahrnehmung – man könnte auch sagen durch die Bewusstwerdung – erfolgt ein erster Schritt weg vom rein körperlichen, physiologischen Defekt. Diese führt zur Einschätzung, zur Klassifizierung der Krankheit im kulturellen psychosozialen System. Die subjektive Wahrnehmung ist also ein erster Heilungsvorgang, da eine Art kulturelle und psychosoziale Anpassung vor sich geht.

In dieser Dissertation geht es um die subjektive Deutung von Krankheit und Leiden, also um den *illness*-Aspekt, denn in der Migrationssituation stösst die eigene kulturelle Erfahrung und Kenntnis über eine Erkrankung an Grenzen. In der neuen Umgebung werden Krankheiten nicht nur anders bewältigt, sondern es treten auch Leiden und Krankheiten auf, die man in der Heimat *in der Art* nicht kannte, an denen man *so* nicht litt.

Da im deutschen Sprachraum kein Unterschied zwischen *illness* und *disease* gemacht wird und die deutsche Übersetzung von *illness* als „Kranksein“ unüblich ist, wird im Folgenden für den *illness*-Aspekt der Begriff *Krankheit* verwendet.

Es ist im Zusammenhang mit Migrant/innen von besonderem Interesse, wie mit der neuen *illness*-Situation umgegangen wird, welches „ *coping* “ gewählt wird, d. h. unter welchen Bedingungen sich Bewältigungsstrategien verändern oder abgelegt werden.

Um die verschiedenen medizinischen Richtungen zu strukturieren und zueinander in Beziehung setzen zu können, wird im nächsten Abschnitt das Sektoren-Modell von Arthur Kleinman vorgestellt.

3.1.2 Die Krankheitssektoren nach Arthur Kleinman

Der Psychiater und Medizinanthropologe Arthur Kleinman hat aufgrund seiner Forschungen in Taiwan ein Modell entwickelt, das die verschiedenen Arten von Strategien zur Heilung von Krankheit im Sinne von *illness* in Sektoren gliedert, die er als „*popular-*“ „*folk-*“ und „*professional sectors*“ bezeichnete.⁹³ Da diese Dissertation ebenfalls zwischen verschiedenen Heilstrategien und –richtungen differenziert, sollen diese Sektoren im Folgenden näher erläutert werden:

⁹³ Kleinman 1980:49.

Der Bereich von Aktivitäten, die bei einer Erkrankung unternommen werden, ohne eine Fachperson zu kontaktieren, wird von Kleinman *popular sector* genannt. Im deutschen Sprachgebrauch wird je nach Autor/in vom populären, persönlichen oder Laiensektor gesprochen. Kleinman versteht darunter den häuslichen, privaten Bereich, in dem die Erkrankung zunächst erkannt und thematisiert wird. Hier sind es Familienmitglieder oder andere nahe stehende Personen, die zusammen mit der betroffenen Person eine Erkrankung zur Sprache bringen und klassifizieren. Sie tun dies mit eigenen Wertvorstellungen, wählen und entscheiden nach eigenem Massstab. Sie nutzen ihr eigenes Wissen, dasjenige der Familie oder des weiteren sozialen Netzwerkes. Der *popular sector* ist der grösste, da er bei Erkrankungen fast immer tangiert ist. Von da aus werden andere Heilstrategien initiiert. Hier wird entschieden, welches medizinische Heilsystem in einem nächsten Schritt gewählt werden soll. Diesem Sektor werden alle Arten von medizinischen Massnahmen zugeordnet, die ohne Spezialisten getroffen werden, sei dies aus der Schulmedizin oder aus der alternativen Medizin. Hierzu werden auch hausmedizinische (u. a. herbalmedizinische) Praktiken gezählt, sofern keine Fachperson dazu kontaktiert wurde.

Mit dem „*professional sector*“ ist primär die moderne Schulmedizin gemeint. Sie wird auch allopathische Medizin oder Biomedizin genannt.⁹⁴ Der moderne schulmedizinische Sektor umfasst alle Tätigkeiten und Institutionen der allopathischen Medizin mit ihrem Fachpersonal. In den westlichen Ländern ist dieser Bereich stark formalisiert und professionalisiert. Bei praktisch allen gravierenderen Erkrankungen werden Fachleute dieses Sektors konsultiert.

Seit den siebziger Jahren etablierten sich im Westen neben streng schulmedizinischen Methoden weitere anerkannte Heilmethoden. Die chinesische und homöopathische Medizin haben heute, wenn auch in geringem Mass, ihren Platz neben der allopathischen Medizin gefunden. Deshalb ordnet Kleinman nebst der chinesischen Medizin auch die westliche Psychotherapie und Chiropraktik dem professionellen Sektor zu.

Im Falle von China, Indien und auch einigen arabischen Ländern zählt Kleinman den indischen Ayurveda und die galenische Medizin (siehe Kapitel 5.4) zum professionellen Sektor.⁹⁵ Diese

⁹⁴ Nach Duden bezeichnet die Allopathie „die herkömmliche Heilkunst (Schulmedizin; auf der Basis solcher Heilmittel, deren Wirkung den Krankheiten entgegengerichtet ist), im Gegensatz zur Homöopathie“ (Duden 1992:82).

⁹⁵ Kleinman 1980:54.

Zuordnung ist meines Erachtens fraglich, denn an anderer Stelle bezeichnet Kleinman die Heilkundigen der Volksmedizin (siehe unten) im Gegensatz zu den Fachleuten des allopathischen Sektors als Laien.

Lisbeth Sachs nennt diesen Sektor „*scientific*“, also wissenschaftlich. Diese Bezeichnung ist ungeeignet, denn wenn „Wissenschaft“ als eine „argumentativ gestütztes Wissen hervorbringende forschende Tätigkeit“ zu verstehen ist, werden damit die auf jahrtausendealten Erfahrungen und Erkenntnissen gegründeten Subsektoren in der Komplementärmedizin wie zum Beispiel die chinesische Medizin ausgeschlossen.⁹⁶ Obrist Van Eeuwijk und Hirsch nennen diesen Sektor auf deutsch „formell“.⁹⁷ Dies scheint eine gute Lösung zu sein, denn „formell“ umschreibt das offiziell anerkannte, institutionalisierte Heilsystem, sei es nun die Schulmedizin oder eines seiner Subsysteme. Der Begriff „formeller“ Sektor wird daher für diese Arbeit übernommen.

All die traditionellen, nicht institutionalisierten Heilstrategien, seien sie säkular oder religiös, werden, sofern sie *neben* dem formellen medizinischen System bestehen, dem „*folk sector*“ zugeordnet.⁹⁸ Damit sind Heilsysteme gemeint, „based upon paradigms which differ from those of a dominant medical system of the same community or society.“⁹⁹ Der Unterschied zum „persönlichen“ Sektor besteht darin, dass im „*folk sector*“ Fachpersonen kontaktiert werden. Obrist Van Eeuwijk und Hirsch nennen diesen Sektor „volkstümlich“ oder „volksmedizinisch“.¹⁰⁰ Für meine Arbeit ist der Begriff „Volksmedizin“, bzw. „volksmedizinischer Sektor“ am geeignetsten, obwohl im deutschen Sprachgebrauch auch die Haus- und Kräuterméizin in diese Kategorie fallen.¹⁰¹ Van Eeuwijk und Hirsch beziehen sich auf Okumus und Zeugin Sezer, die schamanische Praktiken, die Unani-Lehre (der galenischen Medizin) und die „Medizin des Propheten“ zur Volksmedizin der türkischen Migrant/innen zählen.¹⁰² Im Fall der kosovo-albanischen Migrant/innen sind es vor allem Hodschas sowie die albanischen und bosnischen Heiler/innen, die den religiösen volksmedizinischen Sektor vertreten (siehe Kapitel 5.5.1 und 6.5). Zum oben

⁹⁶ Duden (1996).

⁹⁷ Obrist Van Eeuwijk; Hirsch 1992:25.

⁹⁸ Irwin Press (1980) geht in seinem Artikel „Problems in the Definition and Classification of Medical Systems“ auf Kleinmans Vorschläge ein und erweitert sie aufgrund seiner Forschungen über medizinische Systeme in Bogota.

⁹⁹ Press 1980:48. Nach Press kann auch das schulmedizinische ein volksmedizinisches System sein, wenn es als nicht-dominanter Bereich in einer Gesellschaft existiert (Press 1980:50).

¹⁰⁰ Obrist Van Eeuwijk; Hirsch 1992:25.

¹⁰¹ Volksmedizin bedeutet „im allg. nicht oder nicht mehr mit der wissenschaftl. begründeten Medizin in Übereinstimmung zu bringende, ohne den Rat von Ärzten durchgeführte Heilverfahren oder prophylakt. Massnahmen, die auf volkstüml. Vorstellungen von Körperfunktionen u. ihren Störungen beruhen“. Zitiert aus Zetkin; Schaldach 1992:2262.

¹⁰² Obrist Van Eeuwijk; Hirsch 1992:25.

angesprochenen säkularen Bereich der Volksmedizin zählt Kleinman die Kräuterkunde, traditionelle chirurgische und manipulative Behandlungen sowie symbolisches, nicht religiöses Heilen, sofern diese Heilmethoden von einer Fachperson ausgeübt werden.¹⁰³

Jeder dieser drei Sektoren besitzt sozial und kulturell eigene Regeln und Normen. Kleinman spricht daher von getrennten Kulturen: „There are different interpretations of clinical reality reflecting different systems of meanings, norms, and power. In this sense, each of the health care system’s sectors can be supposed a separate ‘culture’.”¹⁰⁴ Auch in dieser Arbeit wird sich zeigen, dass die einzelnen Sektoren gänzlich unterschiedliche Welten mit eigenen symbolischen Deutungen, Wertvorstellungen, Strategien etc. darstellen.

In welchem Verhältnis steht nun das Begriffspaar *illness* und *disease* zu den verschiedenen medizinischen Systemen? Nach Kleinman sind schulmedizinische Modelle eher *disease*-orientiert, während Modelle der Volksmedizin *illness*-orientiert sind, da sie sich eher in einem Kontext der Sinnstiftung bewegen.¹⁰⁵ Die chinesische und ayurvedische Medizin stehen diesen volksmedizinischen Konzepten nahe, ihre Erklärungsrahmen stammen, weit mehr als in der allopathischen Medizin, aus dem *illness*-Konzept. In diesem Sinne spricht auch Tobie Nathan davon, dass die Medizin des formellen Sektors die Kultur der Migrant/innen „ausradie“, da sie den Migranten als universalen Menschen wahrnehme und nicht als „être de culture“.¹⁰⁶

Auch wenn die Schulmedizin Anspruch auf Universalität erhebt, heisst dies nicht, dass sie nicht ebenso auf subjektiven und kulturellen Auffassungen beruht wie andere medizinische Systeme. Es stellt sich daher die Frage, ob die Gültigkeit der allopathischen Medizin wirklich universal sein kann. So sollte auch die mit westlich-kulturellen Elementen befrachtete Schulmedizin gründlich untersucht und relativiert werden, beides Aufgaben, deren Bearbeitung im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht möglich sind.

¹⁰³ Kleinman 1980:59. Unter symbolischem Heilen wird beispielsweise die Traumdeutung oder die Astrologie verstanden.

¹⁰⁴ Kleinman 1980:53.

¹⁰⁵ Obrist van Eeuwijk; Hirsch 1992:10.

¹⁰⁶ Nathan 1994:217.

3.1.3 Der Einfluss des Psyche-Soma-Konzeptes auf die Behandlung psychosomatischer Leiden

Unsere Vorstellung von Körper und Seele/Geist ist nicht unter allen Umständen vereinbar mit derjenigen anderer Gesellschaften. Psyche-Soma-Konzepte sind historisch, kulturell und sozial bedingt. In der galenischen Medizin beispielsweise, die u. a. in Indien, Marokko und im Iran bekannt ist, ist die Abgrenzung zwischen Körper und Seele/Geist fließender (vgl. Kapitel 5.4). Krankheiten, die wir als psychisch bezeichnen würden, werden bei Migrant/innen oftmals im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden erklärt. So zeigt eine Untersuchung an der psychiatrischen Klinik der Universität Gent/Belgien, dass beim Klinikeintritt 68% der Migrant/innen prädominant somatische Symptome zeigten, was hingegen nur bei 24% der einheimischen Patient/innen der Fall war.¹⁰⁷ Obrist van Eeuwijk und Hirsch sind der Ansicht, dass physische Symptome bei Migrant/innen aus dem Mittelmeerraum nicht nur dominant sind, sondern auch bewusster wahrgenommen und mitgeteilt werden als psychische Symptome. Da die untersuchten Migrant/innen hingegen ein tiefes Bildungsniveau aufweisen, vermuten die Autor/innen, dass physischer Ausdruck von Schmerz mit dem Bildungsniveau in Zusammenhang stehen könnte, dass also auch Angehörige der Gesellschaft des Aufnahmelandes mit tiefem Bildungsniveau Schmerzen auf diese Weise äussern.¹⁰⁸

Emanuela Maria Leyer führt das tendenziell somatische und exogene Krankheitsverständnis (vgl. Kapitel 5.5.3) von Türk/innen darauf zurück, dass ihre kulturspezifische Sozialisation „keine Individuation“ wie in industrialisierten Gesellschaften zum Ziel habe, sondern den einzelnen stark an Familie und Gemeinschaft binde und äussere Kontrollmechanismen einsetze.¹⁰⁹ Die „*perceived causes*“, also die wahrgenommenen Krankheitsursachen, würden dann in einem sozialen und nicht individuellen Kontext interpretiert und zugeordnet. Demzufolge müssten zum Beispiel Unterbauchbeschwerden nicht nur mit dem familiären, sondern auch mit dem sozialen, ökonomischen und politischen Umfeld in Beziehung gesetzt werden. Diesem Denkmodell folgte die Fachliteratur in letzter Zeit. Es wird von einem „biopsychosozialen“ Modell ausgegangen, das die Somatisierung durch psychosomatische, aber auch soziale Einflüsse erklärt.¹¹⁰

¹⁰⁷ Van Moffaert; Vereecken 1989:297ff.

¹⁰⁸ Obrist Van Eeuwijk; Hirsch 1992:14.

¹⁰⁹ Leyer 1991:86.

¹¹⁰ Vgl. Koop; Willi; Klipstein (1997) zit. in Kilcher 2002:12 sowie Scheper-Hughes; Lock (1987).

Beim „Persönlichen“, Individuellen beginnen die psychoanalytischen Erklärungsansätze. Leyer arbeitete mit ambulanten Patient/innen im Rahmen des Projektes „Psychosomatische Probleme türkischer Arbeitnehmer und ihrer Familien“ an der Universität Giessen. Sie hält Psychotherapien bei Migrant/innen, die ihre – nach Leyer – psychischen Ursachen entspringenden Krankheiten körperlich ausdrücken, für möglich, sieht allerdings Hindernisse:

„Das Einlassen auf ein die gewohnte Konfliktverarbeitung und die Abwehrstrukturen verunsicherndes therapeutisches Beziehungsangebot erfordert (...) ein hohes Mass an Vertrauen zum Therapeuten und in die eigenen Kräfte sowie den Mut zur Abweichung von gesellschaftlichen und auch medizinischen Krankheitsvorstellungen, d. h. es setzt einigermaßen stabile Ichfunktionen voraus. Im Falle der türkischen Patienten kommt das Überschreiten einer ethnischen und soziokulturellen Distanzschranke hinzu.“¹¹¹

Psychotherapien sind also nach Leyer bei Migrant/innen mit stabiler Ichfunktion möglich. Ein Krankheitsverständnis zu entwickeln, das von den in Familie, Verwandtschaft und *community* gängigen Vorstellungen abweicht, kann für Migrant/innen jedoch bedrohlich sein. Es könnte ein Prozess der Distanzierung von den eigenen Wurzeln hin zu einer westlichen Haltung auslösen, was verunsichernd wirkt. Zudem setzt Psychotherapie eine langzeitliche Perspektive voraus, die bei Migrant/innen ohne Aufenthaltssicherheit nicht gegeben ist. Unter solchen Bedingungen eine Psychotherapie zu beginnen, würde möglicherweise weiter destabilisieren und wäre verfehlt.

Neben Einzeltherapien entstehen je länger je mehr Therapiegruppen für Migrant/innen wie die interdisziplinären Teams von Tobie Nathan am Centre Devereux in Paris und Marie-Thérèse Moro in Avicenne.¹¹² Auch die bosnischen Gruppen, von denen die Ethnologin Maja Loncarevic berichtet, die ihre Kriegstraumata kollektiv zu bewältigen versuchen, können hier erwähnt werden.¹¹³ Das Ethnologisch-Psychologische Zentrum (EPZ) in Zürich arbeitet mit einem spezifischen Gruppenansatz in der ethnopschoanalytischen Betreuung von psychisch kranken und

¹¹¹ Leyer 1991:180.

¹¹² Sturm 2000:2ff. Zu Nathan vgl. Kapitel 5.7 und Nathan (1994).

¹¹³ Vgl. Loncarevic (1996a).

traumatisierten Asyl Suchenden.¹¹⁴ Seit 1999 besteht an der psychosomatischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich eine „Kopfschmerz-Gruppe“, ebenfalls einem Erfolg versprechenden Ansatz in der Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden, nicht nur bei Migrant/innen.¹¹⁵

Wenn westliche Psychotherapie bei Migrant/innen aus anderen Kulturen Anwendung findet, besteht eine zusätzliche Problematik: Wird von der Annahme ausgegangen, dass bestimmte somatische Krankheiten eine psychische Entsprechung besitzen, dann wird eine psychotherapeutische Behandlung als die Methode der Wahl betrachtet. Die Ablehnung des psychotherapeutischen Weges durch die Betroffenen darf nicht zum Schluss führen, dass damit der bessere, weil moderne Weg abgelehnt wird. Hinter unterschiedlichem Krankheitsverständnis stehen ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten („*health seeking behaviour*“) und unterschiedliche Therapieerwartungen, die man nicht als „rückständig“ oder „veraltet“ interpretieren darf, lediglich aus dem Grund weil sie „anders“ und noch nicht gründlich erforscht worden sind.

Wie Kleinman schreibt, handelt es sich bei jedem Sektor um eine eigene soziokulturelle Welt; die Erkrankung wird anders diagnostiziert, anders therapiert, aber auch anders erklärt: Es ist beinahe so, als handle es sich um eine andere Krankheit! Das ist auch in der traditionellen albanischen Volksmedizin der Fall. Die Therapie besteht dort in Ritualen aus dem magisch-religiösen Bereich, aber auch in Gesprächen. Bei diesen Gesprächen deutet der Heiler, die Heilerin zwar die mögliche (eben zum Beispiel magische) Erklärung für eine Erkrankung an, aber im Grunde geht es oft auch um die Thematisierung der Beziehung des Erkrankten zu seiner Familie, seinen Verwandten, seinem weiteren sozialen Umfeld etc. Der Heilkundige erteilt Ratschläge, wie der Erkrankte sich in Konflikten und Krisen zu verhalten hat. Auch hier besteht also ein verbaler Austausch über die somatisch geäußerten Beschwerden. Entsprechend dem Begriff Psychotherapie könnte hier von Soziotherapie oder soziokultureller Therapie gesprochen werden. Die traditionellen Heilmethoden setzen also unserem dichotomen Therapieverständnis etwas Drittes entgegen.

¹¹⁴ Vgl. Ninck Gbeassor; Schär Sall; Signer et al. (1999) sowie Bazzi; Schär Sall; Signer et al. (2000) und Moser; Nyfeler; Vervej (2001). Auf das EPZ wird in 4.1.3 näher eingegangen.

¹¹⁵ Agosti (2000).

3.1.4 Das therapeutische Dreieck nach Jean Pouillon

Im obigen Abschnitt wurde veranschaulicht, dass unsere starren Vorstellungen eines Psycho-Soma-Konzeptes zu problematischen Untersuchungsergebnissen führen können. Zu den gängigen Fachbegriffen wie „Psychotherapie“ oder „Somatisierung“ gesellten sich neue hinzu wie „Soziotherapie“ oder „Biopsychosoziales Modell“, die die Dichotomien Psychisch-Somatisch und Individuell-Kollektiv aufbrechen und um neue Dimensionen erweitern. Welches sind diese neuen Dimensionen und welche Denkmodelle setzen sie voraus?

Um diesen Paradigmawechsel auf einer metatheoretischen Ebene abzustützen, wird hier das Modell von Jean Pouillon vorgestellt. Im Artikel „Doctor and Patient: Same and/or the Other? (Ethnological Remarks)“ befasst sich Jean Pouillon 1972 mit der sozialen Beziehung zwischen dem Kranken und dem Heiler.¹¹⁶ Er postuliert, dass diese Beziehung nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern dass sie viel über die Gesellschaft mitteilt, in der sie besteht. Sobald die Beziehung zwischen Patient und dem Therapeuten sich verändert, ändern sich das Krankheitsbild und die Therapeutin oder der Therapeut selbst. Pouillon unterscheidet „le mal“ in verschiedenen Gesundheitssystemen. Er bezeichnet die Beziehung zwischen dem Patienten, dem Heiler und „le mal“ als therapeutisches Dreieck, dessen Winkelgrößen sich gegenseitig beeinflussen oder gar bedingen. Pouillon zieht Beispiele aus verschiedenen traditionellen Gesellschaften heran:

Bei den Dangaleat im Tschad vertreten die Krankheit verursachenden Geister „*margai*“ nicht nur einen negativen Aspekt. Ein Mensch wird nicht nur krank, sondern er wird von den *margai* ausgewählt, zu erkranken. Damit wird den *margai* eine konstituierende Rolle in der Gemeinschaft zugeordnet. Erst durch dieses Erwähltsein unterscheidet der Mensch sich von der Natur um ihn. „Le mal“ lässt nicht nur den Patienten erkranken, sondern die Heiler/innen werden ebenfalls von ihren *margai* besessen, was in Trance-Tänzen ausgedrückt wird. Nach diesen Tänzen werden die Heiler/innen von Kranken besucht, die bei ihnen Rat für ihre Leiden oder Erleichterung bei Problemen suchen. Obwohl die Heiler/innen eigene *margai* besitzen, bleiben die Grenzen zwischen ihren *margai* und denjenigen der Kranken, wie auch zwischen den Heilkundigen und den Kranken selbst bestehen.

Anders bei den Ndembu in Sambia: Hier stehen die für Krankheit verantwortlichen Geister den Menschen näher, es sind nämlich enge Verwandte, die vor nicht langer Zeit verstorben sind. Wenn sie zu schnell vergessen oder nicht hinreichend verehrt werden, attackieren sie ihre Nach-

¹¹⁶ Vgl. Pouillon (1972).

kommen. Krankheit erhält hier den negativen Beiklang von Unglück, beispielsweise beim Jagen, bei Fehlgeburten, Unfruchtbarkeit etc. Krankheit steht zudem für Fehlverhalten, für einen Bruch der sozialen Rollen, die einen Konflikt im Dorf heraufbeschwören. Nachdem die von Krankheit Befallenen bei einer speziellen öffentlichen Zeremonie geheilt wurden, können sie dem Heiler fortan assistieren oder gar selbst als Heilkundiger fungieren. Die Beziehungen im therapeutischen Dreieck bestehen hier aus dem „mal“, das den Patienten beeinflusst, und dem Patienten, der nach seiner Heilung als Assistent auf den Schamanen einwirkt, bzw. selbst zum Schamanen wird. Zwischen den Krankheit verursachenden Geistern und dem Heiler besteht keine direkte Beziehung. Bei beiden Gesellschaften und bei allen anderen, von denen Pouillon schreibt, geht es um spezifische Krankheiten, Dysfunktionen, Leiden, die in solcher Form bei anderen Gesellschaften nicht existieren, sie sind also fest im jeweiligen therapeutischen Bezugssystem verankert. Die Vorstellung von Krankheit steht in enger Verbindung mit der Vorstellung vom Menschen als Patienten und damit, welche Funktionen und Rollen entsprechend die Heilerin oder der Heiler innehat. Wenn wir nun Pouillons Modell des therapeutischen Dreiecks auf die Migrationssituation übertragen, erkennen wir, dass Migrant/innen hier sich in unterschiedlichen therapeutischen Dreiecken bewegen. Das bekannteste ist dasjenige zwischen Patient, schulmedizinischem Arzt und dem schulmedizinisch definierten und anerkannten Krankheitsbild. Ähnliches gilt auch für die Psychotherapie: Der Klient steht in Beziehung zu seiner Psychotherapeutin und zu dem in diesem therapeutischen Dreieck gültigen „mal“.

Wenn aber die Patient-Heiler-Beziehung und das Krankheitsbild sich gegenseitig determinieren, was bedeutet das für das Verhalten und die Symptomäusserungen von Patient/innen, die in keines unserer anerkannten therapeutischen Dreiecke hineinpassen? Dann müssten wir erst auf die Suche gehen nach dem entsprechenden zu definierenden „mal“ und dem „passenden“ Therapeuten. Es wäre nötig, nach den Faktoren forschen, die das Verhältnis zwischen Patient und Krankheitsbild, Patient und Heiler/in sowie zwischen Krankheitsbild und Heiler/in prägen. In den Fallvignetten dieser Arbeit werden wir solchen Patient/innen begegnen, die die bekannte Winkelgrösse eines uns im Weiteren unbekanntem therapeutischen Dreiecks bilden. In Kapitel 7.1 wird versucht werden, mit den in der Arbeit gesammelten Daten über Beziehungen und Determinierungen im therapeutischen Dreieck „le mal“ und das entsprechende Modell eines Therapeuten zu umschreiben.

3.2 Ethnopsychologische Ansätze mit Schwerpunkt Psychoanalyse

Mit der Ende der sechziger Jahre einsetzenden Einwanderung der „Gastarbeiter/innen“, zunächst aus dem mediterranen Europa, später aus der Türkei und dem Balkan, wurde unser formeller medizinischer Sektor zunehmend mit unbekanntem Schmerzzuständen und Symptomen konfrontiert. Kranke Menschen aus diesen Ländern wiesen Symptome auf, für die man keine Diagnose zur Hand hatte, und für die man bekannte Bezeichnungen schuf wie „Mamma-mia-Syndrom“ oder „Morbus Bosphorus“, gleichermassen Ausdruck für die hilflose wie auch etwas abschätzige Haltung der medizinischen Fachpersonen.

Einer der Ersten, der das Leiden der Migrant/innen in Mittel- und Nordeuropa auf einer psychologischen Ebene thematisierte, war selbst ein Betroffener: der marokkanisch-französische Sozialpsychiater (wie er sich selbst bezeichnet) Tahar Ben Jelloun. In seinem Werk „Die tiefste aller Einsamkeiten“ schilderte er die tiefe soziale und sexuelle Isolation der Fremdarbeiter aus dem Maghreb.¹¹⁷

Seither ist im deutschsprachigen Raum eine kaum überblickbare Fachliteratur zur Migrationsproblematik entstanden. Zahlreiche Studien befassen sich mit den ungünstigen, krankmachenden Bedingungen in den Aufnahmeländern.¹¹⁸ In diesem kurzen Überblick ist es nicht möglich, alle wesentlichen Untersuchungsergebnisse vorzustellen, auch wenn ich mich auf Migrant/innen aus der Türkei und aus dem Balkan beschränke.

Eine vergleichende, quantitative Studie über Gesundheit und Krankheit von Deutschen und Türk/innen verfasste Michaela Mihriban Özelsel. Durch ihre Methode, nicht nur Türk/innen in Deutschland, sondern auch in der Türkei mit einzubeziehen, konnte ein differenzierter Blick auf den Wandel gerichtet werden, dem Türk/innen im Migrationsprozess unterworfen sind. Özelsel erforschte unter anderem, inwieweit Erkrankungen von Betroffenen als organisch oder psychisch verursacht, vom eigenen Verhalten und den sozialen Beziehungen mitbedingt, betrachtet werden und welche Bewältigungsmechanismen bei persönlich schwierigen Situationen bevorzugt zum

¹¹⁷ Vgl. Jelloun (1986).

¹¹⁸ Das Buch von Regula Weiss (2003) enthält beispielsweise 66 Seiten Literaturangaben. Auch die Bibliographie von Leyers umfangreichem Werk (1991) beinhaltet zahlreiche Titel. Aus zeitlichen Gründen konnte das Werk von Weiss für diese Dissertation nicht mehr weiter berücksichtigt werden.

Einsatz kommen. Es ergaben sich grundsätzlich unterschiedliche Auffassungen von potentiellen Ursachen, die zu Krankheit führen bei in Deutschland lebenden Türk/innen und Deutschen. Nach Özelsel steht den Reaktionen von Deutschen, „sich emotional zurückzuziehen“ oder den Stress gedanklich weiterzuverarbeiten, bei Türk/innen die Tendenz gegenüber, sich abzulenken und die Situation zu bagatellisieren. Özelsel erklärt diese divergierenden Verhaltensweisen mit den unterschiedlichen Erziehungsmethoden von Deutschen und Türk/innen. In der Türkei wird das Heranwachsen eines Kindes eher mit dem Wachstumsprozess einer Pflanze verglichen, die langsam in die vorgesehene Rolle hineinwächst. Kleinkindern werde selten etwas verboten. Bei nicht der Norm entsprechendem Verhalten würden Kinder einfach „abgelenkt“, das Problem „bagatellisiert“. Die deutsche Erziehung hingegen strebe danach, dem Kind das Verständnis für das „Richtig“ oder „Falsch“ einer Handlung zu wecken. Daher sei es plausibel, dass Deutsche eine Stresssituation häufig gedanklich verarbeiten, während türkische Erwachsene (in der Türkei) eine Situation „herunterspielen“ und/oder künftig vermeiden würden.¹¹⁹

Es zeigten sich ferner interessante Unterschiede im Vergleich von Türk/innen in Deutschland mit Türk/innen im Herkunftsland. So erklärt ein grösserer Anteil von türkischen Migrant/innen in Deutschland als von Türk/innen im Herkunftsland ihre Erkrankung als „psychisch mitbedingt“. Die somatische Erklärung hat in der Migrationssituation also etwas an Bedeutung verloren. Özelsel nennt zwei mögliche Ursachen dafür: entweder markiert es den Beginn des Annehmens deutscher Verhaltensmuster oder es stellt ein Folgeeffekt der Selbstselektion der Migrant/innen dar.¹²⁰

Andererseits fand Özelsel heraus, dass einige gesundheitsrelevante Variablen offensichtlich viel „akkulturationsresistenter“ als andere sind. Hierzu nennt sie zwei gesundheitsrelevante Faktoren, die sich in der Migrationssituation nicht oder nur wenig verändert haben: zum einen die normierende islamische Prägung. Diese Prägung sei zentral für die Persönlichkeit der Türk/innen in Deutschland und in der Türkei, und daher entscheidend für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie für das persönliche Gesundheitsverhalten. Im Islam wird die irdische Welt verstanden als Sphäre der Ungleichheit. Krankheit ist ein Teil davon und Zeichen für einen disharmonischen Zustand. Solche Auffassungen werden von Aussenstehenden oft als Fatalismus missverstanden. Soziale Ungleichheiten gelten unter Muslim/innen jedoch nicht als gottgewollt, son-

¹¹⁹ Özelsel 1990:104ff.

¹²⁰ Özelsel 1990:102f.

dern werden als Aufforderung betrachtet, einen persönlichen Einsatz zu leisten und Gerechtigkeit und Güte zu üben.¹²¹ Die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern ist nach Özelsel beabsichtigt, da sie sich in der Aufgaben- und Arbeitsteilung in Familie und Religion bestens ergänzen, und „da nur so die Möglichkeit gegeben ist, in der gegenseitigen Ergänzung Toleranz zu erlernen und so eine irdische Welt der Harmonie, Balance und Mässigung zu schaffen.“¹²² In spiritueller Hinsicht jedoch seien die Geschlechter absolut gleich.

Neben der Prägung durch den Islam sieht Özelsel in der Bedeutung der systemischen Denkweise einen zweiten akkulturationsresistenten Faktor. Darunter versteht sie eine Denkweise, die ein der Norm entsprechendes Verhalten favorisiert und tief im Begriff der *umma*, der Gemeinschaft aller Gläubigen, verankert ist. Als Beispiel zitiert Özelsel die Tatsache, dass man stets den „Weg-der-Mitte“ wählt und sich innerhalb einer Gruppe nicht hervortut (und beispielsweise im beruflichen Feld als Konkurrent agiert). „Für ‚kollektiv denkende‘ Menschen aus dem islamischen Kulturkreis ist hervorragende Leistung dann erwünscht, wenn sie der Gemeinschaft dient.“¹²³ So sind *primi inter pares* in Funktion von Klassensprecher/innen oder Betriebsrät/innen unter den türkischen *communities* akzeptiert, da sie der Gemeinschaft in unmittelbarer Form dienen, während es türkische Vorarbeiter, Chef/innen oder Teamleiter schwerer haben. Der allgemeinen Norm zu entsprechen, ist also essentiell für das Mass an persönlicher Zufriedenheit oder für das Glücklichein, welches wiederum Gesundheit und Krankheit beeinflusst.

Özelsel liefert mit ihrer kurzen, aber prägnanten Studie signifikante Forschungsergebnisse zum Thema Gesundheit und Krankheit, die insbesondere für die Gruppe der ersten Migrationsgeneration Aktualität besitzen. Art und quantitative Methode der Studie erlaubten es jedoch nicht, auf relevante Fragen – beispielsweise nach dem Wesen und den Ursachen einer psychischen oder somatischen Erklärung von Krankheit – differenzierter einzugehen.

Die Psychotherapeutin Leyer führte während vier Jahren analytisch orientierte Therapien mit türkischen Patient/innen durch (vgl. Kapitel 3.1.3). Diese Patient/innen verfügten über ein mehrheitlich niedriges Ausbildungsniveau, die Männer waren in Schicht- und Akkordarbeit im Bau- und Metallgewerbe angestellt, die Frauen waren Hausfrauen, Putzfrauen oder Fabrikarbei-

¹²¹ Özelsel 1990:28.

¹²² Özelsel 1990:28.

¹²³ Özelsel 1990:107.

ter/innen. Leyer befand in ihren Untersuchungen, dass therapeutische Grenzen – abgesehen vom Verständigungsproblem – durch folgende Faktoren definiert werden:¹²⁴

- durch den primären Krankheitsgewinn von Patient/innen, also durch eine Flucht in die Krankheit als Form eines Kompromisses innerer ungelöster Konflikte;
- durch den sekundären Krankheitsgewinn, also durch Reaktionen wie Mitleidsgefühle der Umwelt, Nachsicht, Entlastung von Selbstverantwortung, aber auch durch die Betonung der „Kultur- und Sprachbarriere“ in der Therapie;
- durch den institutionellen Widerstand, subjektive biographische Momente bei der gesellschaftlichen Definition der menschlichen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen;
- durch den Widerstand bzw. Abwehr des Therapeuten, der bei „schwierigen“ Patient/innen fürchtet, einen Kompetenzverlust oder narzisstische Kränkungen zu erleiden;
- durch den Widerstand aus der gesellschaftlich verbreiteten Fremdenangst (siehe dazu Kapitel 4.2.2),
- sowie durch den Widerstand mancher Analytiker gegen die „Unter- oder Überbewertung sozialer Umwelteinflüsse gegenüber dem subjektiven Erlebensanteil des Erkrankten“.

Leger erklärt also die Hindernisse für eine analytisch orientierte Psychotherapie bei türkischen Arbeitsmigrant/innen einerseits durch die Kultur- und Sprachbarriere, andererseits durch eine Reihe von Widerständen auf institutioneller, gesellschaftlicher und fachlicher Ebene, die ausserhalb der Klientel liegen, mit ihr jedoch teilweise in Gegenübertragungen verknüpft sind.

Die Kriterien Leyers für Widerstände in der Therapie sind nicht so sehr von denjenigen in der Argumentation der vorliegenden Arbeit entfernt, jedoch gewichtet und differenziert Leyer die Seite des Analytikers und seines sozialpolitischen Umfeldes mehr, während diese Arbeit das Augenmerk eher auf die kulturelle und soziale (sowie ökonomisch-rechtliche) Situation des Klienten richtet. Es ist tatsächlich so: Je weniger empathisch das soziale und/oder politische Umfeld im Einwanderungsland sich darstellt, desto eher wird auf eigene Ressourcen – beispielsweise auf kulturelle wie die kollektive Grundhaltung – zurückgegriffen; je weniger geeignete Kommunikations- und Ausdrucksgefässe für Migrant/innen vorhanden sind, desto eher wird auf nonverbale

¹²⁴ Leyer 1991:178ff.

Ausdrucksweisen wie körperliche Erkrankungen ausgewichen. Das (fehlende) Mass an politischer und gesellschaftlicher Gewichtung bisher subjektiv biographisch erklärter Momente erkläre ich vor dem Hintergrund des Spannungsfeldes Aufnahmeland – Einwander/innen und der hierin bestehenden Gegenübertragungen sowie der unter anderem davon beeinflussten politisch-ökonomischen Haltung im Aufnahmeland. Leger hingegen erklärt dies grundsätzlich durch fragwürdige gesellschaftliche Arbeits- und Leistungserwartungen gegenüber kranken und arbeitsunfähigen Menschen.

Im folgenden Punkt stimme ich Leger zu: Die Angst der Analytikerin vor einer narzisstischen Kränkung bei problematischen Patient/innen finden wir ja ebenfalls bei der schulmedizinischen Ärztin, nur verfügt letztere über andere Möglichkeiten, unmittelbar zu reagieren und ihre Gefühle der Hilflosigkeit abzuwehren: beispielsweise mit Medikalisierung, also mit der überflüssigen Abgabe von Medikamenten, die in weiterer Folge der Gesundheit abträglich ist (vgl. Kapitel 6.3.3). Bei beiden, bei der Analytikerin wie der Ärztin, führen die Gegenübertragungen von Angst vor narzisstischer Kränkung und Kompetenzverlust sowie Hilflosigkeit auf ihrer Seite und Widerstände, Respektverlust und Rückzug auf der Seite des Patienten zu einem Circulus vitiosus. Der Analytikerin traue ich jedoch die fachliche Fähigkeit eher zu, zumindest einen Teil individueller wie auch kollektiver Gegenübertragungen reflektieren zu können, so dass der Heilungsverlauf davon wenig beeinträchtigt werden sollte.

Auch der letzte Punkt Leyers über die Tendenz manches Analytikers, Leiden und Krankheit individualpsychologisch erklären zu wollen und damit auf wenig Akzeptanz beim Klienten und seinem Umfeld zu stossen, wird in meiner Arbeit hinlänglich thematisiert. Nur werden die Ursachen für das Leiden nicht nur durch soziale sondern auch durch kollektive Einflüsse erklärt.

Andere Forschende beschäftigten sich mit den Problemen der Interaktion zwischen dem westlichen Gesundheitssystem und den Migrant/innen. Kroeger, Koen, Weber et al. (1986) halten die sprachliche Barriere für die grösste Schwierigkeit in der Verständigung zwischen PatientIn und Vertreter/innen des schulmedizinischen Systems. Obrist Van Eeuwijk und Hirsch (1992) ordnen in ihrer Untersuchung die Probleme der Arzt-Patienten-Interaktion vor allem dem semantischen Bereich, also dem gegenseitigen mangelnden Bezugswissen zu. Auch beklagen sie, zumindest für den Grossraum Zürich, ein fehlendes medizinisches und psychosoziales Betreuungsangebot für Migrant/innen. Sie erstellten zudem eine Zusammenfassung der bestehenden Untersuchungen zur

Interaktion zwischen medizinischen Fachpersonen und Migrant/innen (meistens Türk/innen in Deutschland).¹²⁵

Hervorzuheben ist die Studie von Brucks, von Salisch und Wahl, die 165 Tonbandaufnahmen von Sprechstundengesprächen in fünf Arztpraxen auswertet. In Kapitel 6.3.3.1 gehe ich im Zusammenhang mit dem Thema „Arzt-Patienten-Interaktion“ näher darauf ein.

Untersuchungen zur Situation mit den in den letzten zwanzig Jahren als Arbeitskräfte oder ab 1992 vermehrt als Flüchtlinge eingewanderten Menschen aus dem Balkan sind wenig zahlreich. In letzter Zeit entstanden vor allem psychotherapeutische und psychoanalytisch orientierte Arbeiten über kriegstraumatisierte Flüchtlinge. Die amerikanischen Psychotherapeuten Laub und Weine (1994) erachten die Suche nach der historischen Wahrheit in der therapeutischen Arbeit mit Schwersttraumatisierten als unerlässlich, da die Patient/innen sich oftmals weigern, die Realität ihrer grauenvollen Erfahrungen anzuerkennen.¹²⁶

Loncarevic (1996a) hebt, wie oben erwähnt, die Bedeutung der Kollektivität für die Bewältigung der Kriegstraumata hervor, d. h. das Aufarbeiten der Erlebnisse in der Gruppe. Auch Beschäftigung erachtet sie als therapeutisch wirksam, nebst den traditionellen Bewältigungsmethoden von bosnischen Heiler/innen.

Kriegsflüchtlinge und –traumatisierte emigrieren vor einem anderen Hintergrund als Arbeitsmigrant/innen, was zu anderen Fragestellungen und Problematiken führt als bei Menschen, die ihr Land aus freien Stücken verlassen. Über Arbeitsmigrant/innen aus dem Balkan und insbesondere über die albanischsprachige Gruppe war bisher Literatur vorhanden.

3.2.1 Körperlicher Schmerz als dominantes Symptom

Wie oben erwähnt, arbeitete Leyer als Psychotherapeutin mit türkischen Migrant/innen im Rahmen des Projektes „Psychosomatische Probleme türkischer Arbeitnehmer und ihrer Familien“. Die bei diesen Patient/innen am häufigsten vorgefundenen Symptomformen gehören nach Leyer zu den Schmerzsyndromen sowie zu den Kategorien Hysterie und Hypochondrie.¹²⁷ Diese von Leyer angeführten „Krankheiten des kulturellen Wandels“ umschreiben nicht spezifische Krankheitsformen, sondern allgemeine Krankheitsmerkmale oder Krankheitssymptome. Die dahinter

¹²⁵ Obrist Van Eeuwijk; Hirsch 1992:15ff.

¹²⁶ Laub; Weine (1994).

verborgene Erkrankung bleibt rätselhaft, undefinierbar, und oftmals nichttherapierbar. Körperliche Schmerzempfindungen bei Migrant/innen werden bisweilen von Symptomen aus dem hysterischen und/oder hypochondrischen Formenkreis begleitet. In dieser Arbeit verstehe ich diese hysteriformen und hypochondrischen Schmerzen als Varianten von chronischen Schmerzsyndromen.

Das Schmerzempfinden ist keine objektiv messbare Gegebenheit, sondern eine subjektive emotionale Erfahrung, die sowohl von individuellen physischen und psychischen Faktoren wie auch von der kulturellen Wertung abhängt. Vertreterinnen und Vertreter der psychosomatischen Fachrichtung betrachten Schmerzen, für die keine somatische Ursache gefunden werden kann, als psychisch bedingten Schmerz, der somatisiert wurde. Allgemein – nicht nur bei der hysterischen Konversion und der Hypochondrie – ist psychosomatischen Schmerzen gemeinsam, dass verdrängte Affekte und Vorstellungen auf der Körperebene in Erscheinung treten. Durch das Medium des Körpers finden sie gewissermassen einen Weg an die Oberfläche.

Medizinisch wird grundsätzlich zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden. Beim akuten Schmerz handelt es sich um einen Ausdruck körperlicher Schädigung und damit um ein Warnsignal des Körpers. „Geht es um Definitionen von *chronischen Schmerzen*, so fällt diese um einiges komplexer aus: Es besteht nicht nur eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der Ursachen und Behandlung ebendieser, sondern auch bezüglich der Definitionen. Der Begriff ‚Chronischer Schmerz‘ stellt in der Medizin bis heute ein derart unsicheres Konzept dar, dass dieser nicht einmal einen offiziellen Status in der Taxonomie innehält (*Hervorhebungen im Original.*)“¹²⁷ Nach Anne Kilcher, die sich in ihrer Lizenziatsarbeit intensiv mit dem chronischen Schmerzsyndrom bei Migrant/innen befasst hat, besteht eine Vielzahl von Begrifflichkeiten von „chronischem Schmerz“, deren Abgrenzung voneinander unklar sei. Auch würden „chronischer Schmerz“ und „chronisches Schmerzsyndrom“ oftmals als Synonyme verwendet. Chronischer Schmerz wird als mindestens sechs Monate anhaltende Schmerzempfindung definiert. Das chronische Schmerzsyndrom kann somatisch wie auch psychosomatisch – und häufig kombiniert – bedingt sein. Leyer bezieht sich in ihren Ausführungen auf chronische psychosomatisch bedingte

¹²⁷ Leyer 1991:71.

¹²⁸ Kilcher 2002:13.

Schmerzerkrankungen. Sie spricht von Schmerzkrankheit, wenn kein ausreichender organischer Befund vorliegt. Auch Leyer liefert in ihrem Werk keine Erklärung, wie Schmerzkrankheit differentialdiagnostisch erfasst werden könnte.¹²⁹

Kilcher schlägt folgende Gliederung für die Ausprägungen von chronischem Schmerz bei Migrant/innen vor:

- Somatoforme Schmerzstörungen sind lokalisierbare Schmerzen, die somatisch nicht ausreichend erklärt werden können. Vermutungen medizinischer Fachpersonen, dass innerpsychische oder psychosoziale Belastungen mitverursachend seien, werden von den Betroffenen zurückgewiesen.
- Somatisierungsstörungen oder das generalisierte Schmerzsyndrom sind multiple, wiederholt auftretende, fluktuierende körperliche Symptome, die an wechselnden Körperorganen auftreten.
- Bei den posttraumatischen Belastungsstörungen (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) handelt es sich um einen Symptomkomplex, der ebenfalls von chronischen körperlichen Schmerzen begleitet sein kann. PTSD tritt bei Personen auf, die beispielsweise infolge Gewalt (beispielsweise Folter, Kriegsversehrungen, familiäre und sexuelle Gewalt), Gefangenschaft, Flucht, Verfolgung, Katastrophen etc. ein Trauma erlitten haben. Sie sind dadurch in ihrer somatischen und psychischen Integrität massiv beeinträchtigt. Das Erleben des Traumas kann sich wiederholen, beispielsweise in Alpträumen oder durch eine plötzlich auftretende Erinnerung, was als „flashback“ bezeichnet wird. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich nicht um eine psychische Krankheit, sondern nach Definition der WHO (World Health Organisation) um eine Traumatisierung.
- Beim Begriff des „chronischen Schmerzsyndroms“ handelt es sich nach Kilcher ebenfalls um Schmerzen, die somatisch nicht ausreichend erklärt werden können. Hier steht aber der Krankheitsprozess im Vordergrund und nicht seine allfälligen psychosozialen Ursachen. Unter „Chronischem Schmerzsyndrom“ können also ganz unterschiedliche Ausprägungen von chronischem Schmerz zusammengefasst werden.¹³⁰

¹²⁹ Leyer 1991:71f.

¹³⁰ Kilcher 2002:7f. Die Autorin zitiert aus IASP (1986).

Häufige Formen körperlichen Schmerzes bei kosovo-albanischen Migrant/innen

Welches sind bei kosovo-albanischen Migrant/innen häufig anzutreffende Schmerzformen?

Salis Gross zeigte am Beispiel eines kurdischen Migranten aus der Türkei, dass in dessen Vorstellungen ein Zusammenhang besteht zwischen Rücken, Patriline und Störungen der männlichen Identität.¹³¹ Solche Vorstellungen im Zusammenhang mit Rückenproblemen können durchaus auch bei Kosovo-Albaner/innen bestehen und hier ebenfalls auf Störungen der männlichen Identität vor dem Migrationshintergrund hinweisen. Nicht vergessen werden darf, dass chronifizierte Rückenbeschwerden häufig auch von der körperlich schweren Arbeit (beispielsweise Bauarbeiter, Office-Angestellter, Industriearbeiter) herrühren können. Ungelernte, körperliche Schwerarbeit leistende Arbeitsmigranten treten wesentlich früher ins Erwerbsleben ein als Personen mit mehrjähriger Ausbildung, was sich natürlich auf die Belastung und Abnutzung des Bewegungsapparates auswirkt.¹³² Schmerz infolge verschiedener Rheuma-, bzw. Arthritiskrankheiten sind häufig, wobei oft psychosoziale Faktoren und körperliche Schädigungen bedingt durch Überbeanspruchung miteinander verquickt sein dürften.

Nach Vranjes, Bisig und Gutzwiller sind chronische Kopfschmerzen bei Ausländern beiden Geschlechts häufiger anzutreffen als bei Schweizer/innen.¹³³ Bei Leyer stellen Kopfschmerzen ein „Leitsymptom“ dar. Sie interpretiert dies dahin gehend, dass die türkischen Frauen „sich den Kopf zerbrechen“ würden, um in Konflikten Lösungen zu finden.¹³⁴ Bei kosovo-albanischen Migrant/innen könnte es sich nach meinen Erfahrungen ähnlich verhalten.

Dass die veraltet anmutenden Begriffe Hysterie und Hypochondrie in ihrem modernen Verständnis hilfreich sind für das Verstehen von Krankheit bei Migrant/innen, sollen die folgenden Ausführungen zeigen, die notgedrungen kurz gehalten und auf die für meine Arbeit relevanten Aspekte konzentriert sind.

¹³¹ Vgl. Kapitel 5.2.1.

¹³² Herzer 2000:2670. Bemerkenswert ist in diesem Artikel eine Tabelle, die den Ausländeranteil bei verschiedenen Invaliditätsursachen zeigen soll. Es wurden drei Klassen von Ursachen angegeben: Organische Herzkrankheiten, maligne Tumoren, und in einer Gruppe wurden Störungen des Bewegungsapparates mit psychischen Ursachen zusammen aufgeführt Herzer 2000:2670.

¹³³ Vranjes; Bisig; Gutzwiller 1995 zit. in Sabbioni; Salis Gross; Seiler 1999:42.

¹³⁴ Leyer 1991:165.

Zur Hysterie

Der Begriff „Hysterie“ geht zurück auf Hippokrates, der in der Gebärmutter (agr. Hystera = Gebärmutter) den Sitz der Erkrankung vermutete. Nach der Kurzdefinition von Bräutigam bezeichnet Hysterie „eine Form neurotischen Krankseins (...), das entweder durch eine vielgestaltige körperliche Symptomatik ohne organische Grundlage (Konversionssymptome) oder durch eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur charakterisiert ist.“¹³⁵ Dieser Krankheitsbegriff führte früh zu Klischeevorstellungen über die hysterische Persönlichkeit und erlaubte Projektionen und Phantasien über hysterische Patient/innen.

Israel bezeichnet Hysterie als Form von Neurose, die Worte und Emotionen in körperliche Manifestationen umwandelt. Er (und auch andere) übernehmen in diesem Zusammenhang Freuds Konzept der „Konversionshysterie“.¹³⁶ Zum hysterischen Formenspektrum gehört eine Vielzahl mehr oder weniger auffälliger Symptome wie Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Schwäche, Kopfschmerzen, Wutanfälle, Stimmungsschwankungen etc. Die von Freud angeführte These, dass Hysterie oft mit Konflikten im sexuellen Bereich zusammenhänge, hat nach Mentzos heute noch ihre Gültigkeit.¹³⁷

Heute haben die hysterischen Zustände, wie sie aus den Schilderungen von Freud und Breuer bekannt sind, neuen Formen der Hysterie Platz gemacht, das „Chamäleon Hysterie“ (Leyer) hat sich der Zeit angepasst. Seit 1900 haben sich die Produktions- und Lebensweisen wie auch die moralischen Wertvorstellungen stark verändert. Elias wie auch Sennett schreiben, dass sich die ehemals sozialen Kontrollmechanismen vermehrt in das Innere des Individuums, in das Über-Ich oder das „Gewissen“ verlagert haben.¹³⁸ Da die Bedeutung äusserer Rollenzwänge sich – zugunsten der Verinnerlichung – verringerte, schwand auch die Tendenz, sich mittels expressiven hysterischen Reaktionen distanzieren zu müssen. In nicht-individualisierten Gesellschaften nehmen jedoch äussere Kontrollmechanismen eine zentrale Bedeutung ein, und dort sind hysterische Störungen auch an Rollenkonflikte gebunden.

Die stark affektiven Ausdrucksweisen verblassten und wichen den unauffälligeren, von den Hysterieforscher/innen als „psychosomatisch“ bezeichneten Krankheitsbildern. „Diese scheinen un-

¹³⁵ Bräutigam in Müller (1986).

¹³⁶ Israel (1983).

¹³⁷ Mentzos 1997:12.

¹³⁸ Elias (1980) und Sennett (1983) zit. in Leyer 1991:75.

serer Zeit, der industriellen Massengesellschaft mit ihrer ‚stummen Medizin‘ (...), mit ihrem naturwissenschaftlich-technischen Körper- und Gesellschaftsbild zu entsprechen“.¹³⁹ Auch Mentzos spricht von einer Verfeinerung der hysterischen Symptome.¹⁴⁰ „An die Stelle der groben, massiven hysterischen Lähmungen, Blindheiten, Taubheiten, Ohnmachten treten wahrscheinlich jetzt so genannte ‚Kreislaufstörungen‘, diffuse Schmerzsyndrome, ungeklärte Erschöpfungszustände usw. Anstelle von eklatanten, psychogenen Ausnahmezuständen und Pseudohalluzinationen haben wir jetzt vermehrt die so genannten ‚Nervenzusammenbrüche‘, ‚Angstzustände‘, appellative Suizidversuche etc.“¹⁴¹ Wie oben erwähnt, besteht das hysterische Krankheitsbild in anderen Gesellschaften vermehrt noch weiter. „Man findet sie heute gehäuft noch in den Mittelmeerländern, im Nahen Osten, in der Sowjetunion oder aber auch bei ausländischen Gastarbeitern in den westeuropäischen Ländern.“¹⁴²

Heutzutage gilt die Diagnose Hysterie als Krankheit im Sinne der traditionellen Psychiatrie als überholt. Es existiert gemäss Mentzos auch keine eindeutig abgrenzbare Neurosenform, die als Hysterie bezeichnet werden könnte. Hingegen würden hysterische Phänomene weiter bestehen, obwohl er zugesteht, dass diese wegen vielfältiger Erscheinungsformen schwierig zu bestimmen seien.¹⁴³ Er teilt sie in drei Gruppen ein: in körperliche Funktionsstörungen, psychische Funktionsstörungen sowie hysterische Verhaltensmuster und Charakterzüge.¹⁴⁴

Wie wir sehen werden, gehören die hysterischen Symptome der von mir diskutierten Patient/innen vor allem zu denjenigen der ersten Gruppe, also der somatischen Funktionsstörungen.

Zur Hypochondrie

Hypochondrische Beschwerden sind ebenfalls subjektiv empfundene Körperstörungen ohne organischen Befund. Sie werden verstanden als Ängste und Befürchtungen, die in den Körper projiziert werden und dort eine körperliche Bedeutung erhalten. Sie äussern sich als Schmerzen und subjektiv empfundene Beschwerden, die jedoch nicht somatisch lokalisiert werden können. Auch erhalten bestehende physische Beschwerden bei hypochondrisch veranlagten Menschen ein über-

¹³⁹ Leyer 1991:75.

¹⁴⁰ Mentzos 1997:20.

¹⁴¹ Mentzos 1997:20. Am Begriff „diffuses Schmerzsyndrom“ wird erneut deutlich, wie uneinheitlich die Begrifflichkeiten zum Thema chronischer Schmerz benutzt werden.

¹⁴² Mentzos 1997:19. Dies bestätigen Kronsteiner 1995:177 und Devereux 1982:66.

¹⁴³ Mentzos 1997:13.

grosses Gewicht. Sie beschäftigen sich vor allem mit ihrem eigenen Körper, während die übrige Welt in den Hintergrund rückt. „Anstelle einer bedrohlichen Welt füllt ein Körperteil mit seinen Beschwerden die individuelle Wirklichkeit des Patienten aus.“¹⁴⁵ Den Hintergrund hierfür bilden sowohl Angst vor Objektverlust als auch aggressive Impulse gegen Menschen in der Umgebung, die dem Patienten nicht bewusst sind.¹⁴⁶ Von Uexküll und Wesiak schreiben, dass eine hypochondrische Störung entsteht, wenn Personen den „Spiegel“effekt der Umwelt verlieren, da der kommunikative Bezug nicht mehr gegeben ist. Verständigung wird erschwert, der Mensch zieht sich in sich zurück und es entstehen hypochondrische bzw. hysterische Störungen. Hypochondrie stellt eine Regression in einen frühkindlichen Zustand dar, „in dem die körperlichen Bedürfnisse des Kindes auf Einfühlung und Befriedigung durch die Mutter angewiesen sind.“¹⁴⁷ Auf dieser averbalen Entwicklungsstufe drückt sich das Kind durch den Körper aus. Die Mutter interpretiert und formt die körperlichen Ausdrucksweisen des Kindes durch ihre Symbolsprache, die kulturell geprägt ist. Spannungen und Schmerzen des Kindes erhalten erst durch die Deutung der Mutter ihren Symbolgehalt, der sich dann später in der pathologischen Konfliktverarbeitung als Hypochondrie in kulturspezifischer Form äussern kann.

Das hypochondrische Symptom unterscheidet sich von der hysterischen Konversion vor allem dadurch, dass es unbestimmter und dennoch dominanter ist, als bei Patient/innen mit Konversionssymptomatik, die dem Symptom gegenüber unbeteiligt wirken. „Er (der Hysteriker) beantwortet beispielsweise die Frage, woran er leide, mit ‚ich weiss es nicht‘, während der Patient mit hypochondrischem Schmerz antwortet ‚ich habe Angst, dass der Schmerz Krebs usw. bedeutet‘.“¹⁴⁸

Hysterische Symptome unterscheiden sich von reinen Schmerzsymptomen darin, dass auch Lähmungen, Blockaden, Anfälle auftreten können, während unter einem Schmerzsyndrom leidende Patient/innen solche Zustände nicht erleben, oder nur selten.

¹⁴⁴ Mentzos 1997:14ff.

¹⁴⁵ Von Uexküll, Wesiak (1979).

¹⁴⁶ Objektbesetzung ist nach Freud die Besetzung von Menschen und Dingen mit Libido, im Gegensatz zur libidinösen Besetzung des eigenen Körpers oder des eigenen Ich. Die Objektbesetzung kann sich erst in der Adoleszenz zu einer narzissmusfreien Objekt-Liebe entwickeln (Häcker, Stapf 1998:587). Entsprechend wird beim Objektverlust von Libidoverlust gesprochen.

¹⁴⁷ Leyer 1991:76.

¹⁴⁸ siehe Von Uexküll; Wesiak 1979:557.

Im Falle von Hypochondrie äussern sich die Schmerzen abwechselnd an verschiedenen Stellen, in verschiedenen Intensitäten und Erscheinungsformen, während bei der Schmerzkrankheit ein gleichförmiger Schmerz vorherrscht. Auch wird der Hypochonder von seiner realen oder vermeintlichen Krankheit emotional dominiert, was von einem Schmerzkranken nicht immer gesagt werden kann bzw. von der Intensität der Schmerzen abhängig ist.

Bei der Verwendung von Begriffen wie Hysterie und Hypochondrie besteht bei Laien die Gefahr von Klischeevorstellungen. Da diese psychischen Krankheitsbilder in der westeuropäischen Gesellschaft gehäuft Anfang des letzten Jahrhunderts diagnostiziert wurden, könnte daraus gefolgert werden, dass Migrant/innen, die entsprechende Symptome präsentieren, den Entwicklungsstand jener Epoche aufweisen. Sie wären also nichts anderes als „unterentwickelt“, „nicht fortgeschritten“. Hinzu kommt, dass der Schluss gezogen werden könnte, dass viele Krankheiten von Migrant/innen heilbar wären, wenn wir sie von unseren Denk- und Therapiemodellen überzeugen könnten. Das ist eine Falle, die einer ethnozentrischen Denkweise entspringt, nämlich dass wir, die westlichen Einheimischen (besser) wüssten, was für Migrant/innen gut ist und was nicht. Aus diesem Grund werden die beiden Begriffe von heutigen Forscher/innen meist vermieden, obwohl sie, wie Leyer und auch Mentzos aufzeigen, hilfreich sein können.

In diesem Kapitel lag der Schwerpunkt auf psychosomatischen Schmerzerkrankungen bei Migrant/innen. Zu den von Leyer diskutierten Krankheiten des kulturellen Wandels fügt Kronsteiner noch Verdauungsstörungen bei, Atemprobleme, Kreislaufstörungen, diffuse Unfallneigung, narzisstische Störungen und Psychosen, sowie Ambivalenzkonflikte und Depressionen als Varianten pathologischer Konfliktverarbeitung in der Migrationssituation.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Kronsteiner 1995:183.

4 Theoretische Grundlagen

*„Das abendländische Bewusstsein ist unter keinen Umständen das Bewusstsein schlechthin. Es ist vielmehr eine historisch bedingte und geographisch beschränkte Grösse, welche nur einen Teil der Menschheit repräsentiert.“*¹⁵⁰

4.1 Theoretische Grundlagen zur Psychopathologie

In den letzten Jahrzehnten wurden neben Erfahrungen aus der angewandten klassischen Psychotherapie auch ethnopsychologische Erkenntnisse in die Therapien von Migrant/innen miteinbezogen. Grundlegend sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten von Grinberg und Grinberg sowie Hettlage-Varjas und Hettlage.

Grinberg und Grinberg führten den Begriff des Traumas in die Psychotherapie von Klientinnen und Klienten mit Migrationserfahrung ein und postulierten, dass es sich beim Konzept des Traumas nicht nur um ein einzelnes und isoliertes Ereignis handelt, sondern auch um Situationen, die sich über mehr oder weniger lange Zeitabschnitte erstrecken, wie beispielsweise physische oder psychische Entbehrungen, Trennung von den Eltern oder besonders belastende Migrationsbedingungen. Dabei seien es bestimmte Umstände, welche dem Geschehen einen traumatischen Charakter verleihen.¹⁵¹

- die besonderen psychologischen Bedingungen des Betroffenen im Augenblick des Ereignisses,
- die affektive Situation, welche eine angemessene Reaktion erschwert sowie
- der psychische Konflikt, welcher den Betroffenen daran hindert, die erlebte Erfahrung in seine bewusste Persönlichkeit zu integrieren.

Die Reaktionen des Betroffenen sind Abwehr- bzw. Überlebensstrategien, um nicht von den katastrophenartigen Ängsten überflutet zu werden. Gemäss Grinberg und Grinberg nimmt das Risiko der Traumatisierung in der Migrationssituation zu, wenn im Laufe der Kindheit wichtige Entbehrungs- und Trennungssituationen mit darauf folgenden Angst- und Verlassenheitserfahrungen erlitten wurden. Sie entwickelten den Ansatz Winnicotts über den kulturellen Raum im Hinblick

¹⁵⁰ Jung 1978:63.

¹⁵¹ Grinberg; Grinberg 1990:9f.

auf die Migrationssituation weiter. Welche Bedeutung sie der Sprache sowie dem identifikativen Aspekt beimessen, wird in den Fallvignetten (Kapitel 6) näher erläutert.

Grinberg und Grinberg beschäftigten sich vorwiegend mit Migrant/innen der oberen sozialen Schichten. Diese migrierten unter teilweise anderen Voraussetzungen als die Arbeitsmigrant/innen der siebziger und achtziger oder die Massenflüchtlinge der neunziger Jahre. Obwohl die beiden Autoren ein viel beachtetes Grundlagenwerk geschaffen hatten, blieb manche Frage zunächst unbeantwortet. So unterschieden sie nicht zwischen dem ursächlichen Anlass einer Auswanderung wie beispielsweise Flucht, geplante Migration oder Familiennachzug. Heute kehren auch mehr Migrant/innen als früher in die Heimat zurück, was von den Autoren nur am Rand thematisiert wird. Insbesondere wurde ihnen eine Entpolitisierung und Enthistorisierung in der Betrachtung psychosozialer Probleme vorgeworfen, was eine reduzierte, individualisierte Herangehensweise zur Folge hatte.¹⁵²

Hettlage-Varjas und Hettlage bauen auf den Überlegungen von Grinberg und Grinberg auf und führen sie weiter. Auch sie verstehen Migration als einen Prozess, der für das erfolgreiche Gelingen das Vorhandensein einer kulturellen Zwischenwelt – im Sinne von Winnicotts intermediärem Raum – benötigt (siehe Kapitel 4.1.3). Diese Zwischenwelt, die dem Migranten zu Verfügung stehen sollte, wird von ihnen verstanden als „Interaktion zwischen zwei Polen: dem Gastland, das solche Möglichkeiten zur Verfügung stellt, und dem Wanderer, der die ihm dargebotenen Gelegenheiten auch ergreift.“¹⁵³ Hettlage-Varjas und Hettlage erweitern Grinberg und Grinbergs Ansätze um Überlegungen zu den familiären, generationellen, geschlechtsspezifischen und sozialen Vorbedingungen im Migrationsprozess. So betonen sie die Relevanz eines stabilen Familienumfeldes in der Fremde. „Im optimalen Fall ist die vertraute Atmosphäre in der Familie der Ort, an dem die Migrant/innen die Erfahrungen, die sie ausserhalb machen, verarbeiten und integrieren können.“¹⁵⁴ Die Autoren unterscheiden zwischen verschiedenen generationellen Bedingungen, denn für die Angehörigen der zweiten Migrationsgeneration stellen sich gänzlich andere Probleme als für die migrierte Generation. Anhand der Fallvignetten werden die verschiedenen, oben genannten Konstellationen, die für das Gelingen oder Misslingen des Migrationsprozesses von Bedeutung sind, näher betrachtet.

¹⁵² Vgl. Felber-Villagra 1993:222ff.

¹⁵³ Hettlage-Varjas; Hettlage 1995:19.

¹⁵⁴ Hettlage-Varjas; Hettlage 1995:21f.

4.1.1 Der Kulturschock

A. C. Garza-Guerrero untersuchte Bewältigungsformen von Kulturschocks bei Migrierenden.¹⁵⁵

Sein Ansatz entstand in einer Zeit, in der die Chancen eines gelingenden Migrationsprozesses grundsätzlich optimistischer als heute eingeschätzt wurden. Zudem idealisiert er als Angehöriger der amerikanischen Schule die Einwanderung in einem gewissen Mass. Tatsächlich besitzt das Phänomen der Einwanderung in den Vereinigten Staaten einen höheren Stellenwert und erfährt auch von den Migrant/innen selbst häufiger eine positivere Bewertung als in Westeuropa, wo Einwanderung oftmals als notwendiges Übel betrachtet wird. Trotzdem können einzelne Schritte des Prozesses, den Garza-Guerrero in seiner Gesamtheit beschreibt, zur Erklärung der psychischen Vorgänge während und nach der Migration angewendet werden.

Garza-Guerrero unterscheidet drei Phasen des Bewältigungsprozesses:

Die Phase des kulturellen Zusammenstosses

Der Migrant – der einfachen Schreibweise halber wird hier die männliche Form verwendet – erforscht die kulturellen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der alten und der neuen Umgebung. Er überprüft sein mitgebrachtes soziales, kulturelles und psychisches Wertesystem auf seine Tauglichkeit in der neuen Umwelt. Dabei werden Unterschiede zwischen den neuen äusseren Objekten und den vorhandenen inneren psychischen Repräsentanzen deutlich. Damit entdeckt er auch, wie sehr er an dem Vergangenen hängt, was ihm vorher nicht bewusst war, weil es selbstverständlich war. Der Migrant erfährt einen massiven Objektverlust.

In dieser Phase entstehen Gefühle wie Angst, Trauer, Abwehr, Verzweiflung, Sehnsucht nach dem Verlorenen. Es entsteht eine Diskontinuität der Identität, da die frühere Bestätigung durch die Umwelt fehlt. In dieser Phase kann es zur Idealisierung der verlassenen Umwelt, zu einer Schein-Anpassung und/oder zu heftigen Stimmungsschwankungen kommen. Hierzu gehört oftmals eine Periode der Isolation und hernach eine De-idealisierung.

Die Phase der Reorganisation

Dies ist die Phase des Trauerns und der Entmutigung. Man beschäftigt sich mit der neuen Kultur und überprüft die alten Objektbeziehungen. Garza-Guerrero hält diese Trauer für eine gesunde hemmende Kraft im Prozess der Übernahme der neuen Kultur, da sie eine zu rasche Anpassung

¹⁵⁵ Garza-Guerrero (1974).

verhindert. Durch die Aufwertung des Verlorenen in der Trauer und andererseits durch eine realistischere Sichtweise der neuen Kultur wird die Identität, die gelitten hat, wiederhergestellt. Der Trauerprozess führt zu einer Neugestaltung der inneren Objektbeziehungen in der neuen Umwelt. Misslingt dieser Prozess des Trauerns, kann dies zu Depressionen, Identitätskrisen, paranoiden Reaktionen und zu psychosozialen Fehlanpassungen führen. Die Nicht-Bewältigung dieser Phase kann sich in einer extremen Idealisierung der alten oder der neuen Kultur äussern.

Phase der neuen Identität

Bei der erfolgreichen Bewältigung der zweiten Phase entsteht eine neue Identität, in der das Ich mit Hilfe von Identifikationsmöglichkeiten eine Konsolidierung unter Einbezug der neuen Kultur erlebt. In der Beschreibung dieser abschliessenden dritten Phase wird die allzu optimistische Einschätzung des Ausgangs des Prozesses besonders deutlich: Nach Garza-Guerrero werden die neu gewonnenen kulturellen Werte mit den Werten der alten Kultur „harmonisch in Beziehung gebracht“. Voraussetzung dafür sei, dass man sich in einer Umwelt einrichten konnte, welche die Sicherheit, Geborgenheit und Kontinuität, die im Kulturschock angegriffen waren, wieder herstelle. In dieser Phase zeige sich ein gereiftes Selbst, das durch zwischenmenschliche Interaktionen in der neuen Kultur reflektiert werde. Von da an könnten neue, bisher noch nicht integrierte und daher konflikthaft gebliebene Elemente von den Migrant/innen aufgenommen werden. Der Autor betrachtet die Identität nicht als statischen Zustand, sondern als dynamischen, immer weiter andauernden Prozess der psychischen Reorganisation des Selbst.

Aus diesen Ausführungen wird offensichtlich, dass die Verweigerung der neuen Umwelt, Beziehung zu den Migrant/innen aufzunehmen, Sicherheit und positive Bestätigung zu spenden und damit Kontinuität zu ermöglichen, zum Scheitern des Integrationsprozesses und zu mehr oder weniger ausgeprägter pathologischer Konfliktbewältigung führen wird. Verweigerungen des Aufnahmelandes zeigen sich auf verschiedenen Ebenen, beispielsweise auf der Ebene der Aufenthalts-, Arbeits- und allgemeinen Lebensbedingungen, aber auch in der vorurteilshaften Haltung der Einheimischen.

4.1.2 Übergangsobjekte nach Donald W. Winnicott und ihre Bedeutung für den Migrationsprozess

Zunächst sollen gewisse für das Thema der Migration relevante theoretische Überlegungen des Kinderarztes und Psychoanalytikers Donald W. Winnicotts vorgestellt werden. Seine Theorien, die er aufgrund der Beobachtungen von Säuglingen und deren Beziehung zur Mutter erarbeitet hat, lassen sich weitgehend auf die Psychoanalyse der Migration übertragen. Grinberg und Grinberg haben mit Winnicotts Entwicklungstheorien über das Kleinkind Erklärungen für die psychopathologischen Reaktionen im Migrationsprozess herausgearbeitet.

D. W. Winnicott arbeitete jahrzehntelang als Kinderarzt und Psychoanalytiker an einem Londoner Kinderspital. Es interessierte ihn insbesondere die Frage, wie der Säugling, der zunächst die Umwelt als ununterschieden von sich erfährt, dazu gelangt, sich von der Aussenwelt abzugrenzen und als ein individuelles Wesen Beziehungen dazu aufzunehmen. Aus seinen Erfahrungen entwickelte Winnicott das Konzept vom „Übergangsraum“ oder „potentiellen Raum“ (potential space), worunter er zunächst den psychischen Bereich verstand, der sich durch die Beziehung zwischen Säugling und Mutter konstituierte.¹⁵⁶

Später erweiterte er das Konzept und verstand darunter auch die ausserfamiliäre, regionale und globale Erfahrung des Menschen. Er unterschied drei Bereiche, in denen ein Individuum lebt: seine innerpsychische Wirklichkeit, die Welt der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie den Bereich der kulturellen Erfahrungen:

„Die kulturelle Erfahrung beginnt als Spiel und führt schliesslich in den gesamten Bereich der menschlichen Überlieferung hinein, welcher die Künste, die Geschichtsmythen, das langsame Fortschreiten der philosophischen Gedankengänge genauso umfasst wie die Geheimnisse der Mathematik, der Gruppendynamik und Gruppenleitung und die Mysterien der Religion. Wo sollen wir dieses dritte Leben, das Leben der kulturellen Erfahrung, ansiedeln? Ich glaube, wir können es nicht in der inneren oder persönlichen psychischen Wirklichkeit suchen (...) – es ist Teil einer gemeinsamen Realität.“¹⁵⁷

¹⁵⁶ Ausführlich beschrieben in Winnicott (1979).

¹⁵⁷ Winnicott 1990:40.

Diese gemeinsame Realität (ein Übergangsraum) von Individuum und Gesellschaft wird subjektiv, d. h. von jedem Beteiligten unterschiedlich, wahrgenommen.

Im Entwicklungsprozess des Kleinkindes, bis es fähig ist, sich von der Umwelt abzugrenzen und Objektbeziehungen einzugehen, hat Winnicott drei Phasen unterschieden: Die Phasen der Integration, der Personalisation und der Objektbeziehung.

Die Phasen der Integration und der Personalisation

Nach Winnicott erfährt sich das Neugeborene nicht als Einzelwesen und vermag nicht zwischen sich und der Umwelt zu unterscheiden. Es ist unlösbar und schicksalhaft mit der Mutter oder einer anderen bemutternden Person verbunden. Unter guten Voraussetzungen vermag sich der Säugling zunehmend aus der Verschmelzung mit der – anfangs hauptsächlich durch die Mutter repräsentierten – Umwelt zu lösen.

Das Baby ist in der Vorstellung von Winnicott zunächst ein Bündel unzusammenhängender Gefühle und Eindrücke. Im Verlauf seiner Entwicklung entsteht, zunächst nur zeitweise, die Erfahrung eines einheitlichen Selbst. Dazu bedarf es nach Winnicott einer „fördernden Umwelt“. In diesem Zusammenhang kreierte er auch den Begriff der „ausreichenden Bemutterung“ (good-enough-mothering), womit die dem Säugling angemessene mütterliche Sorge und Pflege gemeint ist. „The mental health of the human being is laid down in infancy by the mother who provides an environment in which complex but essential processes in the infant’s self can become completed.“¹⁵⁸ Zur gesunden Entwicklung in diesen Phasen gehört der Beginn einer engen Beziehung zwischen Psyche und Soma, die dem Baby durch die physische Pflege der Mutter wie Anfassen, Baden und Anziehen vermittelt wird. Winnicott spricht von einer „continuity of being“, die nicht unterbrochen werden darf. Voraussetzung dafür ist die „fördernde Umwelt“, die sich aktiv an die Bedürfnisse des Säuglings anpasst.¹⁵⁹ Dank der mütterlichen Pflege entsteht ein „psychosomatisches Ich“, und die körperlichen Bedürfnisse wandeln sich allmählich in Ich-Bedürfnisse um. Auf der Basis dieser Erfahrungen entwickelt sich nach einer vorübergehenden Fragmentierung das Vertrauen auf Wiederherstellung des eigenen Selbst. Winnicott spricht von „Holding“ und meint damit Gehaltenwerden im weiteren Sinn, nämlich jeglichen Körperkontakt, soweit er dem

¹⁵⁸ Winnicott 1948 zit. in Schacht 1996:207.

¹⁵⁹ Schacht 1996:209.

Bedürfnis des Babys gemäss ist. Nach Winnicott erkennt sich das Selbst des Säuglings (der Kern seiner Persönlichkeit) in den Augen und im Gesichtsausdruck der Mutter. Er nennt dies „Spiegel-Funktion“ der Mutter. Dies ist der Beginn der Entdeckung der Umwelt und des Austauschs mit der Welt. „Winnicott stellt sich vor, dass es lange Zeitphasen gibt, in denen es für das Baby nichts ausmacht, ob es im Gesicht seiner Mutter lebt, in seinem eigenen Körper oder ob es aus vielen Einzelstücken besteht, wenn es durch das Gehaltenwerden von Zeit zu Zeit die Erfahrung machen kann, dass es sich wieder zusammenfügt und etwas fühlen kann.“¹⁶⁰

Die Phase der Objektbeziehung und das Übergangsobjekt

Das Baby nimmt, als Teil seiner gesunden Entwicklung, allmählich Beziehung zu Objekten auf, die ausserhalb von ihm liegen. Diese Entwicklungsphase wird von Winnicott als Phase der Objektbeziehung bezeichnet.

„Das kleine Kind entwickelt sich allmählich dahin, dass es bereit ist, eine Welt der Objekte und Vorstellungen vorzufinden, und dem Tempo seiner diesbezüglichen Entwicklung entsprechend präsentiert die Mutter ihrem Baby die Welt. Auf diese Weise, nämlich aufgrund des hohen Masses an Anpassung, die sie zu Anfang leistet, befähigt die Mutter das Baby, Omnipotenz zu erfahren – tatsächlich zu finden, was es selbst erschafft, sie befähigt es, zu erschaffen und das, was es erschaffen hat, mit dem, was es vorfindet, zu verknüpfen. Unter dem Strich bleibt: Jedes Baby beginnt seinen Weg mit einer neuen Erschaffung der Welt. Und am siebenten Tag, so hoffen wir, sieht es, dass es gut ist, und ruht sich aus. So verlaufen die Dinge, wenn alles einigermaßen gut geht, was ja normalerweise auch der Fall ist; aber jemand muss da sein, wenn das, was erschaffen wird, ins Bewusstsein gebracht, wirklich werden soll. Wenn niemand da ist, der diese Funktion übernimmt, dann wird das Kind im Extremfall autistisch – es ist schöpferisch im leeren Raum –, und in den menschlichen Beziehungen entwickelt es eine nervtötende Gefügigkeit (kindliche Schizophrenie).“¹⁶¹

Das Gefühl des Babys, die aussen wahrgenommenen Objekte selbst erschaffen zu haben, ist in den Augen der Erwachsenen eine Illusion. Das Baby braucht aber diese Illusion der Omnipotenz,

¹⁶⁰ Schacht 1996:210.

¹⁶¹ Winnicott 1990:54f.

die die Mutter ihm gewährt. Eine gelungene Phase der Objektbeziehung ist die Voraussetzung dafür, dass die Realität als etwas gesehen wird, über das man (kreative) Illusionen (Phantasien) haben kann. Nach Winnicott ist ohne die Erfahrung der Illusion kein Kontakt zwischen dem Ich und der Umwelt möglich. Und erst nachdem das Kind die Erfahrung der Omnipotenz gemacht hat, kann das Realitätsprinzip allmählich eingeführt werden. Erst dann ist es fähig, die Grenzen, die ihm die Realität setzt, zu akzeptieren.

Der Übergangsraum (auch: potentieller, imaginärer oder symbolischer Raum), in dem der beschriebene Prozess abläuft, bildet eine Brücke zwischen der inneren und äusseren Welt und ermöglicht eine Verbindung von subjektiver und objektiver Erfahrung, zwischen Ich und Nicht-Ich. Eine entsprechende Funktion hat das „Übergangsobjekt“. Damit bezeichnete Winnicott ein äusseres Objekt, das für das Kleinkind während einiger Zeit eine ganz besondere Bedeutung hat und unentbehrlich ist, das kann Zipfel eines Bettlakens, ein Teddybär, ein Schnuller usw. sein.

Dieses Objekt vermag vorübergehend die Mutter zu ersetzen und die Angst vor Verlassenheit zu bannen. Winnicott betrachtete das Übergangsobjekt als ein erstes Symbol. „...es steht für das Vertrauen, das auf der Erfahrung gründet, dass die Mutter verlässlich ist und dass sie aufgrund ihrer Identifikation mit dem Baby weiss, was es braucht.“¹⁶²

In der weiteren Entwicklung des Kleinkindes verliert dieses Objekt seine Bedeutung, weil das Kind sein „Interessengebiet“ erweitert und die Übergangsphänomene „verstreut, über das ganze Zwischenterritorium zwischen der ‚innerseelischen Realität‘ und ‚der Aussenwelt, wie sie von zwei Menschen gemeinsam wahrgenommen wird‘ ausgebreitet worden sind, d. h. über das Gesamtgebiet der Kultur.“¹⁶³

Entsprechend dem Konzept des „good-enough mothering“ ist eine Bedingung für die erfolgreiche Bewältigung von Migrationserfahrungen das Vorhandensein von positiven Voraussetzungen im Gastland. Solche Voraussetzungen können beispielsweise die freundliche Einstellung der Ver-

¹⁶² Winnicott 1990:56.

¹⁶³ Winnicott 1976:306.

waltung des Migrationslandes gegenüber den Migrant/innen, oder die positive Aufnahme durch Nachbar/innen etc. sein.¹⁶⁴

Migration als Trauma und Krise

Wie erwähnt, haben Grinberg und Grinberg die Theorien Winnicotts für die Situation der Migration weiter entwickelt. Sie führten den Begriff der Krise ein, den sie als einen plötzlichen und entscheidenden Bruch im Verlauf eines Prozesses definieren. Migration könne sowohl Ursache als auch Folge einer Krise sein.¹⁶⁵ Sie betrachten Krisen als Übergangsphasen, welche für das Individuum einerseits eine Wachstumschance darstellen, andererseits auch die Gefahr einer Steigerung der Anfälligkeit für psychische Störungen mit sich bringen.

Um den Begriff der Krise in Bezug auf die Migrationssituation zu veranschaulichen, führen sie Winnicotts Begriff der „kulturellen Erfahrung“ ein, den dieser, wie im Zusammenhang mit der Mutter-Kind-Beziehung bereits erwähnt, als einen Übergangsraum oder „potentiellen Raum“ zwischen dem Individuum und seiner kulturellen Umwelt definierte. Der Immigrant benötigt ebenfalls einen solchen potentiellen Raum, der ihm in einer Übergangszeit als Übergangsort von der Heimat (vom mütterlichen Objekt) zur neuen Welt dient. Wenn die Errichtung eines solchen potentiellen Raumes nicht gelingt, entsteht ein Bruch in der Kontinuitätsbeziehung zwischen Umwelt und Selbst. Ein durch andauernden Verlust von Vertrauensobjekten seiner Umwelt deprivierter Immigrant erleidet eine Verminderung seiner kreativen Fähigkeiten und gerät in einem Zustand von Desorganisation. Wenn das Ich aufgrund der Bedingungen seiner Migration und der Krise, die er durchgemacht hat oder noch durchmacht, traumatisiert wurde, wird es ihn viel Mühe kosten, sich vom Zustand der Desorganisation zu erholen, und er wird psychische und/oder physische Störungen erleiden. Für ein psychisch vorbelastetes Individuum können auch relativ günstige Migrationsbedingungen traumatische Wirkung haben.

¹⁶⁴ Winnicotts Theorie mit seinem Konzept des Übergangsraumes dient zum Beispiel dem Ethnologisch-Psychologischen Zentrum der Asyl-Organisation Zürich, das psychisch kranke Asyl Suchende betreut, als therapeutischer Ansatz, siehe nächstes Kapitel.

¹⁶⁵ Grinberg, Grinberg 1990:99ff.

Migration und Psychose

Zur psychotischen Konfliktverarbeitung bei Migrantinnen und Migranten argumentieren Grinberg und Grinberg ebenfalls mit den Theorien Winnicotts.¹⁶⁶ Individuelle oder kollektive Krisen bewirken nach den beiden Autoren oftmals einen Bruch des vorhandenen Gleichgewichts zwischen Konflikten und Abwehrmechanismen. Dabei können latente psychotische Mechanismen plötzlich die Oberhand gewinnen und zu manifesten psychotischen Zuständen führen. Die Migration stellt eine unvermeidliche Krise dar, welche bei prädisponierten Individuen zu paranoiden Reaktionen oder langsamem Hineingleiten in eine Psychose führen kann. Am Ursprung der Psychose stehen – unter anderen auslösenden Faktoren – die traumatische Trennungserfahrung und ein massiver Objektverlust, die ja nach Winnicott für das Kind in seinen frühen Entwicklungsphasen bedeutsam sind.

Ein Migrationsprozess ist gezwungenermaßen mit Trennungserfahrungen, Verlust und Entbehrung verbunden. Das Land, in dem der Immigrant angekommen ist, scheint fremd und erfüllt nicht die idealisierten Vorstellungen, die er sich gemacht hat, auch kann es ihm nicht immer den Halt und die Stütze bieten, die er in seinen Phantasien erträumt hatte. Die Kommunikationslosigkeit, einer der wichtigsten Faktoren in der Entstehung von Psychosen, kann sich in der schwierigen Erfahrung verstärken. Sie schränkt den potentiellen bzw. transitionalen Raum ein, den er braucht, um Objektbeziehungen zu schaffen. Nach Winnicott ist die psychotische Reaktion nicht als ein Zusammenbruch zu verstehen, sondern als die Angst vor einem Zusammenbruch. „Der Immigrant erfährt diese Angst vor einem Zusammenbruch, wenn er in der neuen Umgebung seinen Halt verloren hat und spürt, dass er Gefahr läuft, in einen bodenlosen Zustand der Desintegration zu stürzen.“¹⁶⁷

4.1.3 Überlegungen zur Anwendung der Theorien Winnicotts

In diesem Abschnitt soll besprochen werden, wie verschiedene Autor/innen Winnicotts Ansatz mit den Elementen des Übergangsraumes und des Holdings einsetzen und wie sich meine Verwendung des Ansatzes davon unterscheidet.

Hettlage-Varjas und Hettlage sowie Grinberg und Grinberg argumentieren dahingehend, dass dem Einwanderer der Übergangsraum fehle, in dem er seine Migrationserfahrungen verarbeiten

¹⁶⁶ Grinberg, Grinberg 1990:155ff.

¹⁶⁷ Grinberg, Grinberg 1990:157.

und bewältigen könnte. Die Autor/innen zeigen, wie mittels Psychotherapie solch ein Zwischenraum (Hettlage-Varjas und Hettlage sprechen von einer „Zwischenwelt“) geschaffen werden kann. Beide Autorenpaare sind der Ansicht, dass das Aufnahmeland einen Zwischenraum oder ein Holding zur Verfügung stellen sollte, um den Einwandernden eine „weiche Landung“ zu gewährleisten. Wie dieser Zwischenraum ausgestaltet sein könnte, wird nicht näher beschrieben. Sie nennen auch weitere Möglichkeiten, durch die der Einwanderer einen Zwischenraum wahrnehmen und nutzen könnte, falls eine günstige Prädisposition dafür bestünde: die Arbeitstätigkeit, das Vorhandensein der Familie, eine Übersetzertätigkeit etc.

Das Ethnologisch-Psychologische Zentrum (EPZ) ist eine Institution der Asyl-Organisation Zürich, die Asyl Suchende und anerkannte Flüchtlinge betreut, welche psychisch krank oder traumatisiert sind.¹⁶⁸ Die Begleitung erfolgt entweder halbstationär oder ambulant. Das Team des EPZ setzt sich aus Ethnolog/innen und Psychoanalytiker/innen zusammen, die unter anderem mit einem auf Winnicotts Konzept des Übergangsraumes und des Holdings beruhenden Ansatz arbeiten. Das EPZ erklärt das „Scheitern“ (oder je nach dem die Erkrankung oder Verschlimmerung der Krankheits- oder Retraumatisierungssymptome) der Klientin oder des Klienten mit dem Fehlen eben dieses Übergangsraumes. Der Betreuungsansatz des EPZ besteht nun unter anderem darin, solche einen Zwischen- oder Übergangsraum anzubieten.¹⁶⁹ Diese Möglichkeit trägt der Ansatz bereits in sich: so dient die ethnopsychanalytische Fallsupervision (aber auch in einem weiteren Sinne die laufende Inter- und Intra-vision) im Team dazu, in empathischer Zuwendung immer wieder neu auf kreative Weise Möglichkeiten und begehbbare Auswege für und mit dem Klienten zu (er-)finden.

Die unsichere aufenthaltsrechtliche Lage des Klienten erlaubt es nicht, psychotherapeutisch (im herkömmlichen Sinn) zu arbeiten, was auch nicht Ziel des EPZ sein kann. Es bietet hingegen eine Zeugenfunktion an.¹⁷⁰ Die EPZ-Mitarbeitenden sind Zeug/innen oder Wahrnehmende dessen, was der Klient oder die Klientin in seinem Asyl- oder Flüchtlingsalltag erlebt. Es ist eine bewuss-

¹⁶⁸ Die Zielgruppe des EPZ wird so umschrieben: Asyl Suchende und vorläufig Aufgenommene oder anerkannte Flüchtlinge mit posttraumatischen Störungen und Retraumatisierungen (Verfolgung, Gewalt- und Foltererfahrungen), psychischen Krankheiten und Persönlichkeitsstörungen, migrationsbedingten Krisen, polyvalenten diffusen Störungen, mit Gewalt in der Familie oder psychosomatischen Beschwerden (Informationsbroschüre des Ethnologisch-Psychologischen Zentrums der Asyl-Organisation Zürich, 2004).

¹⁶⁹ Schär Sall 1999:77ff.

te, offen gestaltete Wahrnehmung, die auch das Speichern und stellvertretende Zusammenhalten des Erlebten und den damit verknüpften vielfältigen, bisweilen unerträglichen Gefühlen für den Klienten beinhaltet („*Containing*“¹⁷¹). Dazu ist die ständige Aufrechterhaltung der Kommunikation erforderlich. Bisweilen werden die EPZ-Mitarbeitenden auch Zeug/innen der Vergangenheit, wenn der Klient, die Klientin sich dem Mitarbeitenden mit seinem leidvollen Erlebten anvertraut. Das EPZ interpretiert das Warten auf einen Asylentscheid als einen Stillstand, der vom Bundesamt für Flüchtlinge (heute: Bundesamt für Migration) vorgegeben wird. In dieser provisorischen Situation kann der Eingewanderte – in vielen Fällen ist „der Vertriebene“ das geeignetere Wort – sich nicht weiter entwickeln. Es besteht ein Stillstand anstelle von Entwicklungsschritten, welche mit Ritualen zelebriert, bestätigt und damit verfestigt werden müssten.¹⁷² Das EPZ bietet sich nun dazu an, vorübergehend als „Behälter“ zu wirken und damit beim Aufbau von anderen Übergangsritualen zu helfen, die das wesentliche Ritual des Migrationsvorganges zu einem kleinen Teil substituieren können.¹⁷³ Darüber hinaus werden auch Beschäftigungsangebote, Kurse, externe Psychotherapien etc. als Möglichkeit eines Übergangsraumes erachtet. Ziel einer Betreuung im EPZ kann nicht die Heilung eines Leidens sein, sondern ihr Erfolg kann darin liegen, dass die Klientin oder der Klient eine gewisse innere Ruhe findet, dass künftig drohende Brüche oder Retraumatisierungen vermieden werden können.

Nebst der Anwendung des Ansatzes von Winnicott in einem psychotherapeutischen oder ethnopschoanalytischen Betreuungskontext soll dieser noch in einer dritten Variante diskutiert werden: Als methodischer Ansatz in einer Gesprächsbeziehung.

Die Ethnologin Maya Nadig führte im Rahmen eines Nationalen Forschungsprojektes eine Studie über kulturelle Räume von Frauen im Zürcher Oberland durch. Bei ihrem Feldaufenthalt verwendete sie Winnicotts Ansatz als Teil ihrer Forschungsmethode, was sie später in einem gesonderten Text diskutiert.¹⁷⁴ Dabei erwähnt Nadig eine ältere Frau, zu der sie anfänglich eine gute Gesprächsebene fand, bis sich die Frau zurückziehen begann, da der emotionale Kontext immer

¹⁷⁰ Signer 1999:15.

¹⁷¹ Das Konzept des *Containments*, die Behälter-Funktion, stammt aus der Psychoanalyse. Es bezieht sich in der Therapie auf die Fähigkeit des Analytikers, die Projektionen des Patienten aufzunehmen, ohne sie auszuagieren und sie dem Patienten in einer verdaulichen Form wiederzugeben. Es ist ein von Bion eingeführter Begriff, der eng an Melanie Kleins Bezeichnung der projektiven Identifikation anlehnt. Siehe Bion (1997).

¹⁷² Schär Sall 1999:79.

¹⁷³ Schär Sall 1999:90f.

¹⁷⁴ Nadig (2000).

schwieriger wird. In dieser verfahrenen Situation verwendet die Forscherin das Modell eines Zwischenraumes dazu, das Unstrukturierte und die unverarbeiteten Emotionen, die sich in den Gesprächen mit der Zürcher Oberländerin vor ihr ausbreiteten, bewusst wahrzunehmen und auszuhalten. Nadig erwähnt das Konzept der „negative capability“ von Bion, worin es darum geht, „Nichtwissen und Chaos auszuhalten und für die verwirrenden Äusserungen des Analysanden einen Raum offen zu lassen, in dem sie überhaupt einmal da-sein können, wahrgenommen werden als etwas Wichtiges, vielleicht auch Fremdes.“¹⁷⁵ Der Zwischenraum erlaubte es, die Beziehung zu der Gesprächspartnerin weiter aufrecht zu erhalten und auf den Fragen nach den Gründen des eigenartigen Verhaltens der Gesprächspartnerin zu beharren. Dadurch verbesserte sich die Beziehung, und die Frau begann dann von ihrer schwierigen, aber reichen Lebensgeschichte zu erzählen. Die vorgängig „fremdartigen“ Verhaltensweisen der Gesprächspartnerin liessen sich durch ihre schwierige Biographie völlig erklären.

Wie wird Winnicotts Ansatz in der vorliegenden Arbeit verwendet?

Die Klient/innen, die hier zu Wort kommen, habe ich weder therapiert noch betreut, sondern über einen längeren Zeitraum begleitet. Auch zwischen der Forschungsmethode Nadigs und meinen regelmässigen Besuchen bei kranken Einwander/innen bestehen wesentliche Unterschiede. Damit Nadig ihre ethnopschoanalytischen Gespräche durchführen konnte, bedurfte es eines bestimmten Referenzrahmens. Dieser Referenzrahmen fehlte in meiner Arbeit auf zwei Ebenen:

Die Gesprächspartner/innen in meiner Untersuchung sind von schwerer Krankheit betroffen, und sie sind keine Einheimische. Somit war ich in zweierlei Hinsicht eine Person, die sich in wesentlichen Dingen von ihnen unterschied: als Gesunde und als Einheimische. Der gemeinsame Nenner zwischen mir als Forschende und ihnen als Gesprächspartner/innen war kleiner. Es bestand eine beträchtliche Machtdifferenz, die Unsicherheit schuf. Daher weist das Fremde, dem Nadig bei ihren Gesprächspartner/innen begegnete, eine andere Qualität auf als dasjenige, das ich gewärtigte. Die Sprache, die Nadig verwendete, ist nicht dieselbe wie diejenige, die ich verwenden konnte. Da das „Fremde“ in meiner Untersuchung einen breiteren Raum einnahm und somit bedrohlicher wirkte, gestalteten sich die Gesprächsbeziehungen weniger eng, weniger „stabil“, sie hielten weniger aus. In einem Umfeld von Fremdheit und Machtdifferenz war es heikel, über Schwächen zu reden. Ich wagte es nicht, die Gesprächspartner/innen mit meinen Deutungen und

¹⁷⁵ Nadig 2000:95. Zur *negative capability* siehe Bion (1997).

Fragen zu konfrontieren, die aus der Verarbeitung von Irritationen und Gegenübertragungen entstanden waren. Somit erhielt ich zwar Einsichten in das Leiden und die Welt der Betroffenen, aber nur dann, wenn ich nicht mit eigenen Deutungen die Gesprächsbeziehung „bedrohte“. Winnicott ist also in dieser Arbeit dienlich zur Erklärung oder Deutung von Teilen der bisherigen Migrations- bzw. Krankengeschichte.

4.1.4 Der Migrationsprozess als zweite Adoleszenz

Grundsätzlich stellt der Migrationsprozess ein tief greifender Übergang von einer Lebenssituation in eine andere dar. Dienlich zur Erklärung dieses Übergangsprozesses ist in Ergänzung zum Modell Winnicotts das Modell der zweiten adoleszenten Phase, also des Übergangs vom Jugendlichen zum Erwachsenen. Ähnlich wie bei den Omnipotenzgefühlen des Kleinkindes, die die Mutter zulässt, geht es hier um die Entwicklung von Grössenphantasien, die der Heranwachsende in der Ablösung der Eltern, zu Beginn der „Eroberung“ der Umwelt entwickelt. Er braucht diese Grössenphantasien, damit er lernen kann, die bisher von den Eltern vorgegebenen Situationen für sich zu verändern, die Realität, d. h. die neue Kultur gemäss seinen Wünschen zu gestalten. Im Unterschied zum Modell Winnicotts bedarf es vor allem eine internalisierte Ich-Stärke anstelle einer physisch vorhandenen, gewährenden Mutter. Das Umfeld, in dem der Heranwachsende selbständig Fuss fassen soll, ist ungleich herausfordernder, die Möglichkeiten des Scheiterns grösser. Das Schwergewicht der Entwicklung liegt auf den Schwierigkeiten der libidinösen Besetzung der Umwelt, und es wird der Blick auf die unterschiedlichen Erfahrungen mit der ersten Adoleszenz als Voraussetzung für die adoleszenzähnliche Phase in der Migration gerichtet.

Die zu einer Übergangsphase gehörenden omnipotenten Gefühle sind nach Erdheim ein Phänomen aller Kulturen.¹⁷⁶ Mit der Adoleszenz als Übergangsphase vom Kind zum Erwachsenen verhält es sich jedoch im nicht-westlichen Kontext etwas anders als im westlichen:

Die Adoleszenz ist dort begleitet von vielfältigen Ritualen, die diese omnipotenten Gefühle auf die Gemeinschaft und seine Heiligtümer delegieren; es übernimmt sie nicht der Heranwachsende, sondern sie werden auf andere Figuren umgeleitet. Der Bruch erfolgt durch bisweilen schmerzhafte Prozeduren der Initiation (Beschneidung etc.) oder durch asketische Übungen. Da die Lebensphase als Erwachsener in der traditionellen Umgebung weitgehend vorgegeben und vorgeplant ist, kann der Jugendliche die kulturelle Realität nicht gänzlich neu erschaffen. Zwar besteht auch da ein Generationenkonflikt, aber er ist durch Rituale weitgehend normiert.

In der Adoleszenz einer westlichen Gesellschaft wird der Heranwachsende heftiger durchgeschüttelt. Er sieht sich einer Fülle von Angeboten, Möglichkeiten, Tücken, Fallgruben, Versuchsungen, Chancen ausgesetzt, denen er manchmal lieber ausweicht als sich ihnen stellt. Hier spielt auch der Generationenkonflikt eine bedeutende Rolle, denn der Jugendliche muss die Grössenphantasien, die er zuvor seinen Eltern zugeordnet hatte, an sich nehmen. Sie müssen Schritt für Schritt in den Dienst der Realitätsbewältigung gestellt werden, auch wenn dadurch immer wieder Niederlagen erlebt werden müssen. Es wird hier deshalb auch von einer „Krise“ gesprochen.¹⁷⁷

Aber uns geht es ja um die Migrant/innen. Der Einwandernde, ausgestattet mit dem Erfahrungsrucksack mit Elementen einer eher traditionellen Adoleszenz steht einer adoleszenzähnlichen Phase in der Migrationssituation gegenüber, die ungleich radikaler ausfällt¹⁷⁸. Unter schwierigen Bedingungen müssen die entstehenden narzisstischen Phantasien des Übergangs an die Realität angepasst werden, um die spannende, aber schmerzhaft Phase zu überleben. Nebst einer erfolgreichen Bewältigung und Umsetzung der Grössenphantasien bestehen gemäss Erdheim Möglichkeiten, wo ein Scheitern vorliegen sieht, nämlich durch:

- eine neurotische Familienbindung, die die Ablösung und Entlassung in die Kultur verhindert. Die Phantasien werden dabei unterdrückt. Um hier die Spannung, die zwischen dem Rückzug und der Realität besteht, auszuhalten, kann diese abgewertet sein.
- Eine andere Möglichkeit, dass der Heranwachsende die adoleszente Phase nicht bewältigen kann, sind erlebte Demütigungen und Abwertungen, die die Grössenphantasien zerbrechen.
- Eine dritte Möglichkeit ist, dass man die Realität den Grössenphantasien anpassen möchte und nicht umgekehrt. Die Folge davon ist, dass man versucht, die Realität zu nötigen, und dabei könnten Delinquenz und Gewalt entstehen.¹⁷⁹

In der Migrationssituation besteht die Gefahr der Umgehung erforderlicher adoleszenzähnlicher Prozesse ebenso. Auch hier könnte man sich auf das Familiäre oder – entsprechend auf die eigene

¹⁷⁶ Erdheim 2001b:9.

¹⁷⁷ Erdheim 2001b:19.

¹⁷⁸ Natürlich erleben Menschen im Kosovo nicht eine adoleszente Phase wie Angehörige traditionell lebender, indigener Völker. Dennoch ist diese Phase und die Erwachsenenrolle, in die der junge Mensch im Kosovo hineinwächst, mehr vorgegeben, die Adoleszenz ist daher nicht eine derartige Herausforderungen wie normalerweise für einen jungen Westeuropäer.

Kultur – zurückziehen. Die Frage ist dann, was mit den Grössenphantasien geschieht, die nach Ausdruck und Umsetzung verlangen. Sie verbleiben in einem festgefahrenen Zustand, was eine Depression auslösen könnte. Hier besteht die Tendenz der Abwertung der Realität im Aufnahmeland. Ein wesentliches Hindernis besteht im Aufnahmeland auch darin, dass die Omnipotenzgefühle durch täglich erlebte Geringschätzungen und rassistische Grobheiten gebrochen werden können. Es entstehen narzisstische Kränkungen, die bei ausreichend vorhandener Ich-Stärke oder äusserer günstiger Voraussetzungen verarbeitet oder abgewehrt werden können.

Werden die Grössenphantasien mit der Triebentwicklung gekoppelt, nehmen sie überhand und bilden selbst gleichsam das Gesetz, das sonst den Rahmen für die Realisierung der Grössenphantasien vorgibt. Dies könnte unter Anderem ein Anlass sein, weshalb einzelne Migrant/innen einen Ausweg in Delinquenz und Gewalt suchen.

Adoleszenz und Arbeit

Die Arbeit als Ort der Umsetzung von Grössenphantasien bei Heranwachsenden wie auch beim Einwandernden verdient besondere Beachtung: Erdheim hält es für sozial wünschenswert, „ (...) wenn der Adoleszente fähig ist, die Gesetze anzuerkennen und die Arbeit als Mittel einzusetzen, um seine Omnipotenzphantasien zu realisieren.“¹⁸⁰ Der Generationenkonflikt, der ja ein Konflikt mit den Gesetzen der Eltern darstellt, kann über die Arbeitstätigkeit angegangen werden. Hier können Grössenphantasien verarbeitet, angepasst werden. Die Gesetze können dann aus dem Grund akzeptiert werden, weil Arbeit als Teil der Realität gestaltet und libidinös besetzt werden kann.

Worin besteht nun der Unterschied zur Migrationssituation? Arbeit stellt hier ebenfalls einen Ort zur Umsetzung narzisstischer Kränkungen dar. Bei einem gelungenen Migrationsprozess kann Arbeit der Ausgangspunkt sein, an dem man erstmals tiefe Bestätigung erfährt, an dem sein Ich-Gefühl gestärkt werden kann und von dem aus weitere Teile der neuen Umwelt libidinös erobert werden können.

Arbeit kann aber auch zum Ersatz für die misslungenen Träume und für die fehlende Anerkennung im Alltag werden. In der Erwerbstätigkeit können die Allmachtsphantasien wieder aufleben, aber nur dann, wenn man die Rollenvorstellungen erfüllt, die man in diesen Phantasien spielt.

¹⁷⁹ Erdheim 2001a:24.

¹⁸⁰ Erdheim 2001a:24.

Man ist die engagierte Arbeiterin, die abends noch den Haushalt und die Kinder zu versorgen hat, oder der nimmermüde Küchen-Angestellte, der auch in seiner Freizeit noch Aufträge übernimmt, um sein Einkommen aufzubessern. So steigt man in den Augen des Arbeitgebers und bei Anderen. Man wird so etwas wie ein Held, was die narzisstischen Kränkungen und die Verletzungen, die der Absturz aus den Migrationsträumen nach sich gezogen hat, zeitweilig vergessen lässt. Arbeit kann also eine Form der Abwehr sein, die ständig neu aufgebaut werden muss, um der drohenden Depression nicht zu verfallen.

Adoleszenz und chronischer Schmerz

In den Phasen von Pubertät und Adoleszenz entwickelt sich der kindliche Körper zu einem Frauen- oder Männerkörper. Diese biologische, physiologische sowie hormonelle Verwandlung in kurzer Zeit ist eine enorme körperliche Belastung, die zu chronischem Schmerz führen kann. Adoleszenz ist also eine körperakzentuierte Phase. Es verwundert nicht, dass die intensive Beziehung zum Somatischen auch in der adoleszenzähnlichen Migrationszeit festgestellt werden kann. Man wird erneut auf das Körperliche zurückgeworfen. Die Folge davon ist, dass eine pathologische Verarbeitung der Wanderungsprozesse einen psychosomatischen oder somatischen Ausdruck mit chronischen Schmerzäußerungen hervorrufen kann.

Nicht nur das Individuum besitzt einen unbewussten Anteil, sondern auch eine Kultur als Ganzes. Im Anpassungsprozess an die spezifischen Bedingungen einer Kultur übernehmen die Individuen auch deren Regeln und Verbote. Die Mitglieder einer Gesellschaft besitzen daher gemeinsam ein kulturelles Unbewusstes, das – wie das individuelle Unbewusste – Mechanismen eingerichtet hat, um Unerwünschtes abzuwehren und Tabus aufrechtzuerhalten. Im folgenden Abschnitt werden solche Mechanismen näher erörtert.

4.2 Theoretische Grundlagen zur ethnopsychoanalytischen Methode

Jede Kultur gestattet gewissen Phantasien, Trieben und anderen Manifestationen des Psychischen, bewusst zu sein. Sie verlangt aber auch, dass anderes verdrängt wird. Georges Devereux, dessen Ansichten unten ausgeführt werden, spricht vom „ethnischen Charakter“, der eine bewusste und eine diese ergänzende unbewusste Seite aufweist.

Das kulturelle Unbewusste spielt in den ethnopsychoanalytischen Überlegungen eine wichtige Rolle. Peter Möhring umschreibt die Ethnopsychoanalyse folgendermassen: "Mittels der ethnopsychoanalytischen Modelle wird untersucht, wie in einer Gesellschaft Unbewusstheit ent-

steht, wie sich Menschen an die jeweils spezifischen Bedingungen und Regeln anpassen und wie sich dabei das Verhältnis des Einzelnen zu seiner Kultur formt.“¹⁸¹ Bei Möhring geht es also um einen gesellschaftlichen Ansatz, während die Definition von T. Musfeld sich dem in meiner Arbeit angewandten methodischen Ansatz nähert: „Ethnopschoanalyse erforscht den Zusammenhang von inneren und äusseren Verhältnissen (Parin) und richtet ihren Blick auf das Zusammenspiel von unbewussten Prozessen im Individuum und in der Gesellschaft. In ihrer Herangehensweise greift sie die kulturtheoretische und kulturkritische Seite der Psychoanalyse auf, die bereits von Freud mit seinen Untersuchungen zu gesellschaftlichen und kulturellen Phänomenen begründet wurde.“¹⁸²

Die ethnopschoanalytische Forschung geht davon aus, dass der/die Forschende durch die Beschäftigung mit den individuellen und den gesellschaftlichen Anteilen seines/ihrer Unbewussten nicht nur Selbsterkenntnis gewinnt, sondern auch Wesentliches über das Gegenüber und über die fremde Gesellschaft als Ganzes erfährt. Er/sie lernt, sich der Unterschiede gewahr zu werden und die eigenen Wertvorstellungen zu relativieren.

4.2.1 Subjektivität in den Verhaltenswissenschaften

Georges Devereux (1908-1985) gilt als Begründer der Ethnopschoanalyse. Er forschte bei den nordamerikanischen Indianern, vor allem bei den Mohave und Gesellschaften der Prärie-Indianer/innen. In seinem viel beachteten Buch „Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften“ kritisiert er das Objektivitätsideal der Sozialwissenschaften. An einer Fülle von Fallbeispielen aus Ethnologie und Psychologie belegt er die Wirksamkeit unbewusster Verzerrungen in vermeintlich objektiven Forschungsarbeiten. Er geht davon aus, dass zwischen dem Forschenden und dem Forschungsobjekt Überschneidungen oder – anders formuliert – „blinde Flecken“ bestehen, da die Wahrnehmung beider durch ihre individuelle psychische Bedingtheit beschränkt ist und damit der Subjektivität unterliegt. Diese blinden, und daher „fremden“ (weil unbekannt) Bereiche lösen beim Forscher unreflektierte Reaktionen in Form von Irritationen, Ängsten, Abneigungen etc. aus. Es handelt sich um Abwehrreaktionen gegen das Fremde, gegen das eigene und fremde Unbewusste (denn wie kann man fremdem Unbewussten begegnen, wenn einem das

¹⁸¹ Möhring 1993:44.

¹⁸² Lexikon der Psychologie 2000:432.

eigene Unbewusste fremd ist?). Solche Abwehrreaktionen führen dazu, dass sich der Forschende mit dem Forschungsobjekt emotional verstrickt.

Es ist in den Verhaltenswissenschaften unumgänglich, diese Realitätsverzerrungen in die Analyse mit einzubeziehen. „Denn das grösste Hindernis auf dem Wege zu einer wissenschaftlichen Erforschung des Verhaltens ist die ungenügende Berücksichtigung der emotionalen Verstrickung des Untersuchenden mit seinem Material, das er letzten Endes selber ist und das deshalb unvermeidlich Ängste in ihm erregt.“¹⁸³

Devereux arbeitet mit dem psychoanalytischen Konzept von „Übertragung“ und „Gegenübertragung“, denn das Objekt reagiert auf den Forschenden und der Forschende reagiert auf das reagierende Objekt.¹⁸⁴ Übertragung und Gegenübertragung sind wichtige psychoanalytische Konzepte, die Sigmund Freud zunächst zur Beschreibung von Phänomenen der psychoanalytischen Beziehung entwickelte, die jedoch auch jenseits des therapeutischen Settings in der Diagnostik und im Alltag anwendbar sind. In der psychoanalytischen Situation entwickelt der Analysand eine Übertragung, während von Seiten des Analytikers als Reaktion darauf eine Gegenübertragung erfolgt. Gegenübertragung im engeren Sinn ist die „Summe aller Verzerrungen, die im Wahrnehmungsbild des Psychoanalytikers von seinem Patienten und in seiner Reaktion auf ihn auftreten.“¹⁸⁵

Nach Devereux werden diese Verzerrungen und Widerstände der Gegenübertragung in der Forschung als objektive Werte interpretiert und verursachen in der Folge weitere Verzerrungen. Richtig genutzt können aber gerade diese Störungen als signifikante und charakteristische Daten der „behavioral science“ behandelt werden. Sie seien „gültiger und der Einsicht förderlicher als irgendeine andere Art von Datum.“¹⁸⁶

Allgemeiner gefasst liegt Übertragung also in einer Beziehung immer dann vor, wenn ein Interaktionspartner Gefühle und Verhaltensweisen, die aus unbewältigten Konflikten mit früheren Bezugspersonen stammen oder unbewusste kulturelle Elemente darstellen, in unangemessener Weise auf die aktuelle Beziehung „überträgt“. Gegenübertragung im engeren Sinn meint die Reaktionen des anderen Interaktionspartners – in dieser Arbeit von mir als Forschenden – auf Übertragungsphänomene des Gegenübers. Im weiteren Sinn werden alle mehr oder weniger bewussten emotionalen Reaktionen auf das Gegenüber als Gegenübertragung bezeichnet. Diese Reaktionen,

¹⁸³ Devereux 1973:28.

¹⁸⁴ Was selbst bei höheren Säugetieren zu beobachten ist.

¹⁸⁵ Devereux 1973:64.

¹⁸⁶ Devereux 1973:18.

die psychoanalytischer Reflektion zugänglich sind, können zur Erforschung einer fremden Kultur genutzt werden, sie sind aber auch von Bedeutung für die Analyse und kritische Hinterfragung der eigenen gesellschaftlichen Situation. Eine wesentliche Voraussetzung für die Reflexion und Nutzung dieser Reaktionen sind in einer Psychoanalyse erworbene Kenntnisse des eigenen Unbewussten. Die Fähigkeit zur Introspektion und die Supervision sind weitere wesentliche Mittel, Übertragungsreaktionen wahrzunehmen und sie für den Erkenntnisprozess systematisch zu nutzen. Das Sich-selbst-Verstehen und das Verstehen des Fremden gehen hierbei Hand in Hand.

Wie die Psychoanalyse von Freud primär zu Forschungs- und nicht zu therapeutischen Zwecken angewendet wurde, wurde die Ethnopsychanalyse in den sechziger Jahren von den Psychoanalytiker/innen Parin, Parin-Matthey und Morgenthaler als Methode in der Feldforschung eingesetzt.¹⁸⁷ Sie versuchten die Interaktionen mit ihren westafrikanischen Informanten und Informant/innen auch auf der unbewussten Ebene zu verstehen. Das Erleben und Empfinden der Analytiker – die Gegenübertragung – wurde so als Gegenstand wissenschaftlicher ethnologischer Forschung zugänglich.

4.2.2 Abwehrmechanismen gegen das Fremde

Während sich Devereux mit den Abwehrreaktionen in der Sozialforschung auseinander gesetzt hat, beschäftigte sich der Ethnologe und Psychoanalytiker Mario Erdheim mit den kulturellen Mechanismen gegenüber dem „Fremden“. Diese Abwehrmechanismen wurden anhand der eigenen Gesellschaft untersucht. Sie setzen sich zusammen aus der Geschichte des Individuums und der Geschichte der Kultur der Repräsentanz des Fremden.¹⁸⁸ Das Fremde erregt Angst, weil es unbekannt ist. Angst erzeugt Abwehrmechanismen. Diese bestehen in Fremdenangst oder in der Exotisierung des Fremden. Die Angst verwandelt sich in Ablehnung und Aggression gegen das Fremde, diese wandeln sich, wenn sie unreflektiert bleiben, letztlich zu Rassismus. Fremdenangst ist abhängig von der Geschichte und dem Kulturwandel der eigenen Kultur. Nach Erdheim ist in der europäischen Kultur im Kontakt mit nicht-europäischen Gesellschaften Fremdenangst entstanden. Er zitiert dies am Beispiel der ersten Begegnungen mit den „Wilden“ der Neuen Welt. „Die Europäer (...) hatten Angst und waren sich unsicher, ob ihr Abenteuer gut enden würde oder

¹⁸⁷ Parin; Parin-Matthey; Morgenthaler (1993).

¹⁸⁸ Erdheim 1988:261.

nicht: Ihre Xenophobie brachte ihnen allerdings den erträumten Erfolg und verankerte eine xenophobische Grundstimmung im Verhältnis der Europäer zu den anderen Kulturen.“¹⁸⁹

Exotismus besteht hingegen aus der Idealisierung des Fremden. Man hofft, „dort“ die Lösungen zu finden, nach denen man in der Heimat vergeblich gesucht hat. Für Erdheim ist der Exotismus ein nachödpales Phänomen in der Psychogenese der Adoleszenz. „‘Exotisch’ ist das, was einen *nicht* an die eigene Familie erinnert und trotzdem deren Werte und Gewohnheiten bestätigt (*Hervorhebung im Original*).“¹⁹⁰ Man gewinnt Distanz zur eigenen Herkunft. Aber indem man sich mit Anderem beschäftigt, lenkt man sich ab. Daher verhindert der Exotismus die kritische Auseinandersetzung mit dem Eigenen, was zu einer gesunden Ablösung von Familie und Herkunft führen würde: Es ist eine Flucht aus der Realität. Xenophobie wie Exotismus sind Vermeidungsstrategien. Sie dienen dem Vermeiden der Konfrontation mit dem eigenen Fremden und Unbewussten. „Die Situation der Fremdheit lädt zu Projektionen geradezu ein, denn wo sonst projiziert der Mensch mehr als dort, wo er unvertraut ist?“¹⁹¹

Das „innere“ Ausland

Nach Erdheim besitzen die Europäer also eine xenophobische Grundhaltung. „Aber eben nicht nur zu den anderen Kulturen, sondern auch zu jenen Bereichen der eigenen Kultur, die ‚anders‘ waren, zu dem, was Freud das ‚innere Ausland‘ nannte. Das Fremde ist ja nicht nur ‚draussen‘, es ist auch ‚drinnen‘, und die Bilder des äusseren und des inneren Fremden sind eng miteinander verwandt: Deshalb können sich ethnologische und psychiatrische Kategorien so ähneln.“¹⁹² Ein Bild des inneren Fremden wäre zum Beispiel der „Irre“, während den äusseren Fremden der „Wilde“ darstellte. Sie sind Synonyme dessen, was das Individuum am Nächsten und die Kultur an der fremden Kultur ablehnt.

Solche Erkenntnisse über Abwehrmechanismen können unmittelbar im Feld angewandt werden. Der ethnopschoanalytische Prozess kann nach Erdheim als Pendelbewegung zwischen der Analyse der eigenen und derjenigen der fremden Gesellschaft verstanden werden.¹⁹³ Zur methodischen Anwendung der Ethnopschoanalyse schreibt Musfeld: „(Es) erfolgt eine Auseinanderset-

¹⁸⁹ Erdheim 1988:263.

¹⁹⁰ Erdheim 1988:260.

¹⁹¹ Möhring (1995).

¹⁹² Erdheim 1988:263.

zung mit dem Fremden und den Verzerrungen durch den eigenen Blick und den eigenen kulturellen Hintergrund anhand der Analyse der Dynamik von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. So gelingt sowohl eine Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur, aber auch mit der Struktur des Forschungsprozesses sowie der eigenen Rolle darin.¹⁹⁴

4.2.3 Übertragung und Gegenübertragung der Forscherin

Die Bedingungen, die im Kontext von Besuchen bei Kranken bestehen, sind anders als im klassischen psychoanalytischen Setting: Dort ist es der Klient, der sich an den Analytiker wendet, um Antworten und Deutungen für sich zu erhalten. Zu diesem Ziel sucht er den Analytiker in seiner Praxis auf. Bei der Psychoanalyse bleibt der Analytiker passiv und neutral und hört dem Klienten zu, was er von sich aus erzählt.

In der Situation im Feld ist anders. Die Forscherin ist die Suchende. Sie muss sich um eigene Deutungen bemühen. Die Informant/innen sind weder am Erzählen selbst noch an einer Deutung desselben interessiert. Sie bleiben grundsätzlich passiv. Daher muss die Forscherin einen Rahmen erschaffen, indem Aktivitäten, beispielsweise dass Gesprächspartner/innen von sich erzählen, erst ermöglicht werden. Meine regelmässigen Besuche bei den Kranken zuhause und meine jeweils einleitenden Fragen nach ihrem Wohlbefinden schufen also erst die Bedingungen, unter denen die Kranken aktiv begannen, aus ihrer Sicht zu berichten, was sie erlebten. Dadurch trat ich aus meiner Neutralität heraus und nahm eine parteiische Haltung „im“ Ort des Geschehens ein.

Was passiert nun mit der analytischen Herangehensweise?

Die aktive Teilnahme am Leben der Gesprächspartner/innen verhindert zunächst den analytischen Blick. Die Forscherin ist in diesem Augenblick ebenso wie die Informant/innen in die Atmosphäre von Emotionen und subjektiven Wahrnehmungen eingebettet, sie ist ähnlich (wenn natürlich auch weniger intensiv) gefangen von Schmerz, Leiden, Resignation, Ängsten, Erwartungen und Hoffnungen. Sie ist „angesteckt“ worden. Erst in der nachfolgenden Reflexion, in dieser Arbeit mit Hilfe von Supervision, können die Erlebnisse und die eigenen Reaktionen darauf distanzierter betrachtet, verdaut und analysiert werden. So findet während des ganzen Forschungsunternehmens ein steter Wechsel von subjektivem Erleben und dem nachfolgenden Versuch einer Reflexion statt; ein ständiges Oszillieren zwischen Nähe und Distanz, Aktivität und

¹⁹³ Erdheim 1982:34.

¹⁹⁴ Lexikon der Psychologie 2000:432.

Passivität, Synthese und Analyse, mit dem Bewusstsein, dass eine absolute „Objektivität“ in der Sozialforschung nicht erreicht werden kann.

Bei meinen Interaktionen mit den Menschen, denen ich im Umfeld dieser Arbeit begegnete, wurde ich nicht nur mit dem Fremden ausserhalb von mir konfrontiert, sondern auch mit der „Exotik“, bzw. „Irren“ in mir selbst. Abwehrmechanismen gegen das Fremde zu bilden ist etwas zutiefst Menschliches, sie betreffen die Einheimischen wie auch die Migrant/innen. Abwehrmechanismen der Einheimischen gegen das Fremde stellen nicht detailliert Thema der Arbeit dar und werden als allgemein verbreitet angenommen, etwa in Form von Marginalisierungen und Abwertungen. Untersucht werden sollen jedoch die Abwehrmechanismen von mir als Forscherin gegen das Fremde, wie auch die Abwehrmechanismen der Migrant/innen gegen das Fremde in der Aufnahmegesellschaft.

Meine Beobachtungen unterlagen manchen subjektiven Störungen, die als Abwehrmechanismen bezeichnet werden können: An den Tagen, an welchen ich die kranken Migrant/innen besuchte, war ich immer etwas angespannt. Auch nach etlichen Monaten konnte ich dies nicht ablegen. Ich litt monatelang unter Rückenschmerzen, die in der Woche endeten, in der ich meine Untersuchungen bei zwei Familien gleichzeitig abschloss. Bei meinen ersten Treffen mit Herrn A litt ich just an einer allergischen Reaktion im Gesicht. Der Druck dieser Besuche äusserte sich bei mir also auf somatischer Ebene. Als Ursache dieses Druckes vermute ich einerseits die Summe der Belastungen, denen ich – nebst meiner betreuenden Erwerbstätigkeit – durch die Dissertation ausgesetzt war. Andererseits interpretierte ich meine somatischen Beschwerden als Widerstände und als Warnung, mich in diesem höchst sensiblen Feld von schwerer Krankheit und zugleich „Fremdem“ zu bewegen und zu arbeiten.

Ich hatte auch Bedenken, dazu verleitet zu werden, Ratschläge zu erteilen oder in das Leben meiner Gesprächspartner/innen einzugreifen. Oft löst ja die Gegenwart einer gesunden Person bei kranken eine appellative Haltung aus, die ich aushalten musste. Erst gegen Ende der jeweiligen Besuchsequenz gab ich meine zurückhaltende Rolle etwas auf und schrieb etwa auf eine Bitte hin einen Brief an die Behörden.

Anhand einer Übertragungssituation wird in Kapitel 6.3.2 ausgeführt, dass viele unbeantwortete Fragen, aber auch Misstrauen, Hoffnung, Sehnsüchte an mich als Besucherin geknüpft wurden.

Immerhin vertrauten mir ja meine Informant/innen viele private Fakten an: Was beabsichtigte ich damit? Wem würde ich sie weiterleiten? Wer sandte mich zu Ihnen? Solche Fragen entstanden, obwohl ich ihnen zu Beginn der Besuche gesagt hatte, dass ich von niemandem beauftragt oder bezahlt worden sei, sondern dass ich rein aus eigener Neugier und eigenem Interesse handelte.

Auch der Verlauf meiner Dissertation erwies sich als Übertragung aus der Migrationssituation: Da der Inhalt der Dissertation durch die Arbeit im Feld und durch die spezielle Fragestellung zunehmend eine ethnopschoanalytische Ausrichtung einnahm, konnte ich die Dissertation nicht mehr wie ursprünglich vereinbart am Geographischen Institut (der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät) Zürich einreichen. Die Suche nach einer anderen institutionellen Betreuung gestaltete sich schwierig. Ich vermied es, nebst meiner beruflichen Erwerbstätigkeit und den Arbeiten an der Dissertation, viel Zeit für die Suche nach einer neuen Betreuung aufzuwenden, obwohl die Situation für mich belastend und demotivierend war. In der Folge war ich ein Jahr lang eine Art „heimatlos“. Allerdings erleben Migrant/innen ihre eigene Heimatlosigkeit in ungleich ernsterem, existentiellern Ausmass. Ich ersuchte, wenn auch in weitaus weniger dramatischer Form um „Asyl“, zwar nicht für mich selbst, aber für meine Dissertation. Ausgerechnet zu Beginn eines vierwöchigenurlaubes, den ich für die Arbeiten an der Dissertation beantragt hatte, entstand bei meinem portablen Computer ein Defekt. Ohne Zeit zu verlieren, musste ich mir ein neues Gerät besorgen, was zu einem etwas unüberlegten, überkauften Kauf führte. Zudem war der Lesesaal einer nahe gelegenen Bibliothek, in der ich an der Arbeit zu schreiben pflegte, zur Zeit des mehrere Monate im Vorhinein geplanten Urlaubs unbenutzbar. Ein wenige Tage im Voraus angekündigter Umbau führte zu Lärmmissionen und Heizungsausfällen. Solche Inszenierungen dienten wohl auch dazu, mein schlechtes Gewissen zu beruhigen: In vielerlei Hinsicht war ich besser gestellt als meine Gesprächspartner, und dank ihrem Elend, das sie vor mir ausbreiteten, wurde es mir ermöglicht, die Dissertation zu verfassen. Durch die Hindernisse, die sich vor mir offenbar ohne mein Zutun aufbauten, wurde eine scheinbare Gleichheit geschaffen zwischen mir und den Klient/innen. Beide, sie wie ich hatten es mit „erschweren Bedingungen“ zu tun (wenn auch der Vergleich einer näheren Analyse niemals standhielt). Dadurch konnte ich mich ein Stück weit mit den Klient/innen identifizieren, was mir meine Arbeit, im kühlen, wissenschaftlichen Neonlicht die schwärenden Wunden und nur zögerlich verheilenden Narben meiner Klient/innen zu untersuchen, erleichterte. Beinahe gehörte ich ja zu ihnen. Die inneren und äusseren Hindernisse garantierten mir, nicht als „Andere“ ausgestossen zu werden.

Auch konnte ich dadurch Privates, gar Intimes über sie erfahren. Meine eigens erfahrenen Hindernisse blockierten nicht, sondern eröffneten mir ihre Welt.

5 Traditionelle Krankheits- und Therapiekonzepte

5.1 Einleitung

Je nach kulturellen Vorstellungen werden Körper, Geist und Seele, und damit auch Schmerz und Krankheit, unterschiedlich wahrgenommen und verstanden. Bei einer Erkrankung, die ausschliesslich in einer bestimmten Kultur auftritt, wird von „*culture-bound-syndrom*“ gesprochen, von einem Krankheitsbild also, das mit einer bestimmten Kultur und mit deren Vorstellungen verbunden ist.¹⁹⁵ Es ist in dieser Arbeit von Interesse, welche Krankheitsbilder und Krankheitskonzepte bei Kosovo-Albaner/innen bestehen und wie sie sich unter Migrationsbedingungen allenfalls verändern können.

Über Volksmedizin und über traditionelle Körperkonzepte im Kosovo und in Albanien ist nur wenig Literatur vorhanden. Zu dieser Literatur zählt Kemp's „*The Healing Ritual. Studies in the Technique and Tradition of the Southern Slavs*“. Phyllis Kemp hielt sich in den Zwanzigerjahren des vorigen Jahrhunderts in Südslawien auf und zeichnete Heilpraktiken und -rituale in Form eines Reiseberichtes auf.¹⁹⁶ Sie hat sich jedoch meist mit slawisch sprechenden Bewohner/innen dieses Gebietes beschäftigt und Albanischsprachige werden nur am Rande erwähnt. In den ethnografischen Notizen der norwegischen Ethnologin Berit Backer, die im Südwestkosovo forschte, finden sich leider nur spärliche Hinweise über medizinische Praktiken. Die Publikationen der Sprachforscherin Gabrielle Schubert stellen wertvolle Informationsquellen dar, da sie sich nicht nur mit Volksheilkunde, sondern auch mit traditioneller Symbolik und den Mythen des Balkans beschäftigt.¹⁹⁷ Auch sie widmet sich jedoch nur peripher den Menschen aus den albanischsprachigen Gebieten.

Die in Zürich lebenden Xhevat Hasani und Tone Berisha haben sich intensiv mit überlieferter albanischer Hausmedizin auseinandergesetzt.¹⁹⁸ Ihr kürzlich erschienen Buch stellt eine wichtige Informationsquelle dar, nicht nur für den traditionellen Gesundheitsbereich, sondern auch für die Situation der Gesundheitsversorgung im Kosovo der letzten Jahrzehnte. Das Buch handelt

¹⁹⁵ Die Definition der kulturspezifischen Syndrome lieferte u.a. Ritenbaugh (1982) zitiert in Pfeleiderer; Greifeld; Bichmann 1995:24ff.

¹⁹⁶ Kemp (1987).

¹⁹⁷ Schubert (1984), (1987), siehe auch Schubert (1989) und (1993).

¹⁹⁸ Vgl. Hasani; Berisha (2000).

über weite Strecken von hausmedizinischen Praktiken, ausgenommen bei Fällen von psychischen Störungen.

Im folgenden Kapitel einige Elemente von Körperkonzepten beschrieben, wie sie bei Kosovo-Albaner/innen bestehen können. Es handelt sich dabei um eine Auswahl ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Hernach wird das in muslimisch dominierten Teilen des Balkans sowie in vielen anderen muslimischen Regionen existierende Therapie-Konzept der „Medizin des Propheten“ vorgestellt. Auch die humoralpathologische oder galenische Medizin, von der die Rede sein wird, hat die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, von Körper und Geist im Kosovo entscheidend mitgeprägt.

Sowohl bei der Ätiologie der Krankheit wie auch beim therapeutischen Aspekt des Heilens spielen magische Vorstellungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zu deren besseren Verständnis werden die Interpretationen von Magie durch Tobie Nathan und Georges Devereux den Ausführungen über traditionelle Erklärungsmodelle beigelegt.

5.2 Traditionelle Vorstellungen von Körper und Geist

5.2.1 Die Bedeutung der Körperorgane

I. Theilen hat sich ausführlich mit traditionellen türkischen Körperkonzepten auseinander gesetzt.¹⁹⁹ Sie beschreibt beispielsweise das „Fallen“ (oder Verrutschen) einzelner Organe wie der Leber und insbesondere des Bauchnabels bei Erkrankung und Unwohlsein. Ursache dieser Organverschiebungen kann sowohl im physischen als auch im psychischen Sinne „das Tragen einer schweren Last“ sein. Auch Koen-Emge hat über den Nabelfall (türk. „*göbek düsmesi*“, türk.) geschrieben.²⁰⁰ Sie bezeichnet den Nabel als Körperzentrum, ähnlich wie übrigens der albanische Hodscha Herr N (vgl. Kapitel 6.5). Nach Koen-Emge ist keine Kategorisierung von Krankheitsursachen möglich, auch die Symptome seien unterschiedlich. Einheitlich sei einzig die lokale Verschiebung einer bestimmten Empfindung, nämlich des Pulsierens, wobei unklar bleibt, ob es sich dabei um Pulsieren von Blut handelt.²⁰¹

Zur Problematik des Somatisierens bei türkischen Migrant/innen schreibt Petersen, dass Beschwerden mit psychischer Dimension, die früher als „Verrutschen des Bauchnabels“ auftauchten, sich nach der Auswanderung in rein körperliche „Bauchschmerzen“ verwandelten, da die

¹⁹⁹ Theilen (1985).

²⁰⁰ Koen-Emge 1988:141.

symbolische Dimension des Nabelfalles in der Schulmedizin nicht verstanden würde. Türkische Migrant/innen würden demzufolge „uns zuliebe“ somatisieren.²⁰²

Im Kosovo ist das Verrutschen des Bauchnabels ebenfalls gut bekannt, das Symptom wird aber nur im Zusammenhang mit schwerem Lastenheben genannt. Durch Massieren oder mittels anderer Techniken wird der Nabel wieder an seine ursprüngliche Stelle zurechtgerückt. Diese Therapiemethode, die auch in der Türkei angewandt wird, führen ältere, erfahrene Frauen oder Männer aus. Man sagte mir, dass dieses „Weggehen des Bauchnabels“ („*ikja e këthizes*“, alb.) auch in der Fremde bei ähnlichen Situationen passieren könne. Xhevat Hasani teilte mir mit, dass der frühere Brauch der Männer, breite, feste Stoffgurte zu tragen, vor dem Verrutschen des Bauchnabels schützen sollte.

Mit der türkischen Binnenmigration und mit der allgemeinen Modernisierung tauchten Beschwerden des Herzens als Krankheitssymptome eines „neuen“ Organs auf. Auch das Verrutschen der Leber oder eine „verfaulte“ Leber als Sinnbild für Melancholie spielt nach Leyer bei türkischen Migrant/innen eine wesentliche Rolle.²⁰³ Petersen berichtet von der Vorstellung einer Lebervergrößerung, die sich im „modernen“ Kontext in Herzbeschwerden umwandeln könne.²⁰⁴ Bei Kosovo-Albaner/innen habe ich keine signifikanten Hinweise auf Krankheitssymptome gefunden, die in der Leber lokalisiert wurden. Häufig äusserten Frauen Beschwerden im Bereich der Nieren, die Besorgnis auslösten. In der ärztlichen Konsultation wurden dann diese Schmerzen meist als Rückenbeschwerden diagnostiziert, was sie beruhigte.

Hier fällt die Akzentuierung der Körperorgane in der Krankheitssymptomatik auf, was im deutschen Sprachraum als „Organfixiertheit“ oder „stumme Organrepräsentanz“ bezeichnet wird.²⁰⁵ Es scheint, dass sich ein Wandel abzeichnete: Der Symbolgehalt einer Schmerzempfindung wird in der modernen Schulmedizin nicht verstanden, deshalb bleiben von traditionellen Krankheitsvorstellungen nur noch „stumme“ Körper- oder Organschmerzen übrig. Über die psychischen und sozialen Umstände, die zu diesen Beschwerden geführt haben, und über die Bedeutung derselben kann nicht mehr gesprochen werden. Der Sitz der Beschwerden – die Organe – passt sich, wie bereits erwähnt, dem westlichen Körperkonzept an: Da Herzbeschwerden „modern“ sind, werden nun Schmerzen am Herzen empfunden und geäußert.

²⁰¹ Koen-Emge 1988:141.

²⁰² Petersen 1995:537.

²⁰³ Leyer 1991:220.

²⁰⁴ Petersen 1995:533.

Die Bedeutung von „heiss“ und „kalt“

Im Kosovo – wie auch in Bosnien-Herzegowina – ist das meiste Wissen über die galenische Humoralpathologie und die zugehörigen klassifikatorischen Kategorien wie heiss und kalt, feucht und trocken in Vergessenheit geraten. Dennoch zeugen Fragmente humoralpathologischer Vorstellungen von diesem alten Wissen: So wird bisweilen noch die Lunge als „weisse Leber“ bezeichnet, im Gegensatz zur „schwarzen Leber“, die der „Leber“ in der Schulmedizin entspricht.²⁰⁶

Es ist unklar, ob Symptombeschreibungen, die etwas mit Hitze oder Überhitzung zu tun haben, wie „es brennt unter der Haut“, oder „es brennt kalt“, die ich oftmals zu hören bekam, mit galenischen Vorstellungen zusammenhängen. Loncarevic lässt diese Frage auch für den bosnischen Raum offen und erwägt die Möglichkeit, dass die Heiss-Kalt-Terminologie zwar benutzt wird, aber nicht mehr als Modell im Bewusstsein der Bosnier/innen vorhanden ist.²⁰⁷ Leyer nennt für türkische Patient/innen ähnliche Symptombeschreibungen. Dort weist die von einem Patienten geäußerte körperliche Kälte auf einen depressiven Zustand hin.²⁰⁸

Im Zusammenhang mit Sterilität ist die Vorstellung weit verbreitet, dass die Ursache in einer „Erkältung“ liegt. So begründete der in der Schweiz lebende Hodscha Herr N die Unfruchtbarkeit einer Frau damit, dass sie sich „von unten herauf erkältet“ habe, d. h. dass die Kälte ihre Beine hinaufgekrochen sei und „ihre Fruchtbarkeit zerstört“ habe. Ähnliche Vorstellungen bestehen auch in der ländlichen Türkei.²⁰⁹ Unfruchtbarkeit kann jedoch auch magisch verursacht sein (vgl. unten).

Blut und Nerven scheinen ebenfalls eine hervorragende Bedeutung zu besitzen. Wie in 0 erörtert wird, werden Nerven im Zusammenhang mit der psychischen Befindlichkeit genannt, während Blut das Symbol für das Lebendige an sich darstellt: ist das Blut gesund, besteht eine wesentliche Voraussetzung für die Heilung.²¹⁰ So ist einer der Anlässe für eine Frau aus der Innerschweiz,

²⁰⁵ Brucks; Von Salisch; Wahl 1987:64.

²⁰⁶ „*Mushkërit e bardha dhe të zeza*“ mündliche Mitteilung eines Informanten. Vgl. dazu auch Salis Gross 1997:891.

²⁰⁷ Loncarevic 1996b.

²⁰⁸ Leyer 1991:89.

²⁰⁹ Nicolas 1972:36.

²¹⁰ So schreibt Robin Fahraeus in einem Artikel über die Pathologie der Körpersäfte in Sprache und Volksmedizin: „Unter allen Organen, Geweben und Säften hat das Blut von Anbeginn eine besondere Stellung eingenommen. Die Erfahrung hat immer wieder bewiesen, dass eine genügend starke Blutung zum Tode führt. Deshalb muss das Blut in gewisser Weise als Träger des Lebens angesehen werden oder ganz einfach als das Leben selbst“. (Fahraeus 1967:444).

eine Wallfahrt in der Heimat durchzuführen, die Dankbarkeit darüber, dass das Blut „gut“ sei, wie ihr Hausarzt festgestellt hatte.²¹¹ Auch Frau B zeigt sich erleichtert, nachdem der Arzt die Blutwerte analysiert und nichts gefunden hatte: „Das Wichtigste ist, dass das Blut gesund ist“, freute sie sich (siehe Kapitel 6.3).

Rücken, Patrilinie und männliche Identität

Corina Salis Gross wies am Beispiel eines kurdischen Migranten auf ein Körperkonzept hin, das einen humoralpathologischen Zusammenhang aufzeigt zwischen Körperhinterseite, Patrilinie und Störungen der männlichen Identität.²¹² Dazu bezieht sie sich auf die Arbeiten von Dundes und Jelloun.²¹³ Die Werke der beiden Autoren als Belege für diese Zusammenhänge anzuführen, ist meines Erachtens unzulänglich. Bei beiden Autoren liess sich vieles über männliche Identität und Patrilinie finden, jedoch nichts über einen allfälligen Konnex mit dem Rücken oder der Körperhinterseite allgemein. Möglicherweise bezieht sich Salis Gross auf Literatur über die humoralpathologische Anatomie, die sie aber leider nicht anführt.

Da das männliche Selbstbild in der Migrationssituation einem Erschütterungsprozess ausgesetzt ist, könnten bei Kosovo-Albaner/innen durchaus ähnliche Vorstellungen bestehen. Die hohe Quote von Rückenbeschwerden, die Knüsel bei Migranten aus dem Balkan auffällt, könnte zumindest darauf hinweisen (vgl. Kapitel 3.2.1).²¹⁴ Für gesicherte Aussagen müsste diesen Fragen jedoch eingehend nachgegangen werden.

Vermutlich bestehen noch andere traditionelle, vorwiegend humoralpathologisch beeinflusste Vorstellungen über den Körper. Darüber habe ich nichts Konkretes erfahren, entweder weil die früheren Bedeutungen gänzlich verloren gegangen sind oder weil ich im begrenzten Rahmen dieser Analyse nicht darauf gestossen bin.

²¹¹ Unveröffentlichtes Interview zu Jaeggi (1997).

²¹² Salis Gross 1997:888ff.

²¹³ Dundes (1987), vgl. Jelloun (1986).

²¹⁴ Vgl. „Immigrationskreuzschmerz“ Knüsel 2000:2641.

Epilepsie

Neurologische Krankheiten wie beispielsweise Epilepsie wurden früher mit Magie erklärt. Dies belegen Kemp und Hasani / Berisha für den Balkan, aber auch Good für die Türkei.²¹⁵ Ein epileptischer Anfall wird als Angriff eines fremden Geistes interpretiert.

Die volksmedizinische Behandlung kann sowohl im Kosovo wie in der Schweiz mit einer modernen schulmedizinischen Therapie einhergehen. So berichtete mir Herr A von einem Freund, der seinen vierjährigen, epilepsiekranken Sohn nicht nur zum Arzt, sondern auch regelmässig zu einem Hodscha brachte.

5.3 Die Medizin des Propheten

Die traditionellen Vorstellungen von Körper, Krankheit und Heilung wurden im mediterranen und kleinasiatischen Raum von verschiedenen Strömungen geprägt. Ein grundlegendes Konzept, das jahrhundertlang und bis in die heutige Zeit Gültigkeit beansprucht, ist „*Tibb-an-Nabbi*“, die „Medizin des Propheten“. *Tibb-an-Nabi* ist eine auf den Aussprüchen des Propheten Mohamed, den so genannten „Hadithen“ basierende, orthodoxe medizinische Lehre. Sie entstand um 1100 und lehnt nichtislamische Quellen, also auch die galenische Medizin, die vorher Bestandteil der wissenschaftlichen arabischen Medizin war, strikt ab.

Die Aussprüche des Propheten spielen für die theologische Auslegung des muslimischen Alltags – aber auch für andere Bereiche – eine enorme Rolle. Berühmt und umfassend ist die Hadith-Sammlung „Sahih“ des al-Bukhari (gestorben 870).²¹⁶ Christoph J. Bürgel unterteilt die Themen dieser Sammlung in theologische Probleme, ethische und soziale Fragen, Prävention, Drogen und andere Heilmittel sowie magisches Heilen und apotropäische Massnahmen. 80 Paragraphen, die nicht mehr als 2,3 % aller Paragraphen ausmachen, handeln von medizinischen Fragen²¹⁷. Die medizinischen Ratschläge, die in den Hadithen gesammelt wurden, waren zum Teil umstritten. So wird in einer der Auslegungs-Traditionen festgehalten, dass es keine Ansteckung gäbe. In einer Zeit, in der Seuchen wüteten, konnte dies nur schwer mit der Realität vereinbart werden.

²¹⁵ Kemp 1987:124, Hasani; Berisha 2000:21, Good 1990:148.

²¹⁶ Bürgel 1976:54. Hadithen sind überlieferte Aussprüche aus dem Alltag des Propheten, d. h. sie sind nicht im Koran enthalten. Dort sind ausschliesslich die gesammelten Worte seiner göttlichen Eingebungen festgehalten.

²¹⁷ Bürgel 1976:54ff.

Andrerseits waren viele Ratschläge für die Lebensumstände von Beduinen geeignet („Reise! Es hält dich gesund.“²¹⁸)

Magisches Heilen in der Medizin des Propheten

Vorstellungen einer magischen Dimension der Welt existieren in vielen Gesellschaften und sind Jahrtausende alt. Der „böse Blick“ beispielsweise lässt sich weiter zurück verfolgen als bis ins siebte Jahrhundert unserer Zeitrechnung und findet sich nicht nur in den islamischen, sondern auch in afrikanischen, asiatischen und christlich-mediterranen Gebieten. Magische Vorstellungen werden im Rahmen von Kulturkontakten weitergegeben. So stammt nach Lisbeth Sachs die Bezeichnung für an mehreren Stellen des Korans erwähnte Geisterwesen (arab.: *dhihn*) vom lateinischen Wort „Genius“ ab.²¹⁹ Die Existenz von Geisterwesen und anderen Phänomenen, wurden durch den Propheten Mohamed lediglich bestätigt. Aber er verbot die Ausübung von schwarzer, also destruktiver Magie (arab.: *sahr*), andere Formen von Magie erlaubte er indirekt.

Als Mittel gegen den „bösen Blick“ wurde das Zitieren von Koransuren empfohlen oder das Blasen in alle vier Himmelsrichtungen. Die islamische Religion anerkennt also ein magisches Weltbild und empfiehlt gar gewisse magische Praktiken zum Schutz vor Krankheiten und zur Heilung. In den Jahrhunderten nach Mohameds Tod entwickelten sich die magischen Heilpraktiken weiter. Nicht nur gegen den bösen Blick, sondern auch gegen andere Gefahren (beispielsweise während der Schwangerschaft) wurden Amulette hergestellt und getragen. Eine weit verbreitete Praxis ist das Beschriften von kleinen Zetteln oder anderen Materialien mit Textstellen aus dem Koran. Die Zettel werden ins Wasser getaucht oder mit Wasser abgespült, das nachher getrunken wurde.²²⁰ Diese Praktiken sind beeinflusst durch islamisch-kosmologische sowie numerologische Vorstellungen.²²¹

Solche Therapiemethoden wurden auch von orthodoxen Gelehrten wie beispielsweise dem Gründer der strengsten aller vier islamischen Schulen, Ahmad Ibn Hanbal, gutgeheissen. Andererseits lehnen manche orthodoxe Gläubige solche Praktiken strikte ab und Islam-Gelehrte ignorieren sie. So erwähnte beispielsweise die Islamwissenschaftlerin Annemarie Schimmel in ihrem Artikel über „Volksfrömmigkeit, Krankheit und Tod“ die magisch-heilerische Tätigkeit von Hodschas in

²¹⁸ Bürgel 1976:59; 57.

²¹⁹ Sachs 1983:84.

²²⁰ Bürgel 1976:58.

²²¹ Vgl. Koen-Emge 1988:79, mündliche Mitteilung von kosovarischen Informanten.

keiner Weise.²²² Viele „moderne“ Muslime aus urbanen Verhältnissen halten auch heute das magische Heilen für blossen Aberglauben.

5.4 Die galenische Medizin

Die galenische Medizin besitzt ihre Wurzeln in der griechischen Antike. Der im zweiten Jahrhundert unserer Zeitrechnung lebende Arzt Claudius Galen aus Pergamon (Kleinasien) studierte in Smyrna und Korinth sowie später in Alexandria, dem wichtigsten späthellenistischen Ausbildungszentrum für Medizin. Um 163 wurde er nach Rom an den Hof des Mark Aurel berufen und wirkte dort als Leibarzt dessen Sohnes. Die von Galen begründete Medizin basiert auf der hippokratischen Schule von Kos, deren Vertreter die Säftelehre als Prinzip der Heilkunde lehrten. Man nimmt an, dass Galen über 500 Bücher zu medizinischen Themen geschrieben hat, wovon aber nur ein Bruchteil überliefert ist.

Die Essenz des galenischen Systems ist die so genannte Humoralpathologie.²²³ Die Nahrung spielt dabei eine zentrale Rolle. Es gibt Nahrungsmittel, die dem Körper nützen, andere, die ihn erkranken lassen, und solche mit weniger Nutzen, die wieder ausgeschieden werden. Das Essen wird in der galenischen Lehre im Magen durch natürliche Wärme transformiert („gekocht“). Eine zweite Transformation findet in der Leber statt. Die Hauptprodukte dieser Transformationen sind vier Körpersäfte: Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle. Den vier Körpersäften sind vier primäre Qualitäten zugewiesen: Wärme (bzw. Hitze), Kälte, Feuchtigkeit (bzw. Dampf) und Trockenheit. Gemäss dieser Zuweisung ist Blut feucht und heiss, Schleim feucht und kalt, gelbe Galle trocken und heiss, schwarze Galle trocken und kalt. Sind die vier Körpersäfte und primären Qualitäten ausgeglichen, ist der Körper gesund.

Gesundheit und Krankheit lassen sich weitgehend durch die Nahrungsmittelaufnahme steuern, denn Nahrungsmittel besitzen spezifische humorale Qualitäten und können regulierend eingesetzt werden.

Die galenische Medizin wurde in der islamischen Frühzeit von den Muslim/innen übernommen. Auf Arabisch heisst diese Medizin Yunani-Medizin, das Wort Yunani bedeutet „griechisch“ (ionisch).²²⁴ Das antike Wissen gelangte von Alexandria über Antiochia, Edessa, Nisibis und Gon-

²²² Schimmel 1990:242ff.

²²³ Humor (lat.) heisst Feuchtigkeit.

²²⁴ Bürgel 1976:44.

dishapur bis nach Bagdad. Hier gründete der Kalif Mamun um 830 das „Haus der Weisheit“, eine Übersetzerakademie. Hier wurden allein 129 Schriften von Galen ins Arabische bzw. Syrisch-Aramäische übersetzt. Bereits um 900 besass die arabische Welt das komplette System einer theoretisch fundierten Medizin, das sie ohne wesentliche Änderungen bis ins 19. Jahrhundert beibehielten.

Welche Aktualität die galenische Medizin für Gesellschaften des Mittelmeerraumes noch in den siebziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts besass, zeigt Bernard Greenwoods Artikel über das pluralistische Medizinsystem in Marokko.²²⁵ Greenwood forschte im Norden Marokkos und im Mittleren Atlas. Die Vorstellungen von Krankheit und Heilung werden dort vor allem von zwei Konzepten beeinflusst: zum einen von der Medizin des Propheten – ergänzt durch spezifische Elemente der spirituellen Welt der marokkanischen Beduinen – und andererseits von der Humoralpathologie des Galen. Das Wissen über die humoralen Qualitäten von Nahrungsmitteln ist in Marokko weit verbreitet und differenziert: „...while all Moroccans agree on what are hot and cold *illnesses*, and each person is able to name at least a hundred food items as hot or cold, there is a marked disagreement (...) between individuals in their food classification.“²²⁶

Im humoralpathologischen Weltbild wird Krankheit und Leiden als ganzheitlich verstanden. Körper und Psyche sind nicht getrennt, Krankheit ist nicht psychisch oder somatisch, sondern je nach Schwergewicht somatopsychisch oder psychosomatisch, um dies mit westlichen analytischen Fachbegriffen zu umschreiben. Zum synthetischen Verständnis des Psyche-Soma-Komplexes schreibt der indische Psychoanalytiker Sudhir Kakar über das mit der Humoralpathologie verwandte indische Heilsystem des Ayurveda: „Ayurveda stellt die These auf, dass sich jede Störung, gleichgültig, ob körperlicher oder seelischer Natur, sowohl in der somatischen als auch in der psychischen Sphäre manifestieren muss, und zwar durch den vermittelnden Prozess einer Beeinträchtigung der ‚Säfte‘. (...) Körperliche und seelische Störungen können sowohl die Säfte durcheinander bringen als auch ihrerseits verschiedene Krankheiten erzeugen, die entweder (und meistens) seelische oder aber körperliche Symptome haben, je nach der Art und Weise, in der die zwischengeschalteten Säfte gestört worden sind.“²²⁷

²²⁵ Greenwood 1981:219ff.

²²⁶ Greenwood 1981:222.

²²⁷ Kakar 1984:251.

5.5 Volksmedizin im muslimischen Balkan und in der Türkei

Dass bei der Erklärung von Krankheitsphänomenen soziale Bezugssysteme involviert sein können, erkannte der amerikanische Anthropologe Victor Turner.²²⁸ Gemäss Turner besitzen Heilrituale die Funktion, das kollektive Wissen einer Gruppe zu erhalten und zu erneuern. Er erkannte, dass Heilrituale es erlauben, das Unbekannte, das in Form von Erkrankung oder Krise die Menschen bedroht, einzuordnen und es zu kontrollieren. Damit haben Heilrituale eine wesentliche psychologische Bedeutung. Da Krankheit und Krise Angelegenheiten einer Gruppe sind, besitzt das Ritual zudem eine soziale Komponente. Nicht nur Menschen, sondern auch Geisterwesen (Dschinnen, Ahnengeister, Heilige etc.) wurden nach Turner als Agierende oder als soziale Kontrollinstanzen in die Erklärung von Konflikten und Spannungen innerhalb einer Gruppe einbezogen. Nach Turner symbolisierten Geisterwesen die Disharmonien in der Gruppe.

So werden also in einem traditionellen Kontext Krankheit und Unwohlsein auf individuelle und vor allem auf kollektive Weise ausgedrückt. Was aber, wenn die Sinnzusammenhänge vergessen, verdrängt, nicht mehr verstanden werden? Loncarevic postuliert mit Scheper, Hughes und Lock, dass in den Industriegesellschaften eine Verdrängung dieser Begriffe und ihrer Bedeutungen stattgefunden hat. Da eine Vielzahl von magischen Ritualen nicht nur für individuelles Leiden, sondern auch für Unzufriedenheit in der Gruppe stehen kann, hat deren „Vergessen“ problematische Konsequenzen. Denn die westliche Medizin und Psychiatrie lassen die kollektive Bedeutung von Leiden und ihre sozialen und politischen Dimensionen ausser Acht. Sie reduzieren das Leiden auf eine individuelle menschliche Ebene.²²⁹ Aber gerade in der Migrationsproblematik ist eine individuelle Deutung von Leiden und Krankheit absolut unzureichend. Sie trägt den vielfältigen pathologisierenden Bedingungen, die die meisten Migrant/innen in der Fremde gewärtigen müssen, in keiner Weise Rechnung, ebenso wenig dem traditionell-kollektiven Hintergrund.

Unter „muslimischem Balkan“ werden diejenigen Regionen des Balkans verstanden, in denen Muslime zahlenmässig die Mehrheit bilden. Dies sind das Kosovo, Bosnien-Herzegowina, Albanien, kleinere Teile Serbiens, Mazedoniens, Montenegros und Bulgariens. Vor allem im Kosovo bestand bis 1999, also vor dem Kosovo-Konflikt und den ethnischen Säuberungen, eine überaus tolerante, synkretistische Haltung in der Beanspruchung von therapeutischen „Dienstleistungen“ von Angehörigen anderer Ethnien und Religionen (und nicht nur dort). In einer Region, in der

²²⁸ Turner (1989).

²²⁹ Loncarevic 1996a:101.

Christen vor nicht allzu langer Zeit zum Islam konvertierten und in welcher bislang Albaner, Roma, Sinti, (meist Muslime oder Katholiken) Türken (Muslime) sowie Serben, Montenegriner (Serbisch-Orthodoxe), Goraner (serbische Muslime) und „Muslime“ (Bosnier) seit Jahrhunderten eng zusammenlebten, war man es gewohnt, sich auch von Andersgläubigen helfen zu lassen. So konnte ein kranker Katholik zuerst in der katholischen Kirche eine Kerze anzünden, um dann bei einem Hodscha oder einer Roma-Heilerin Linderung zu suchen (siehe Kapitel 5.6). Dieses synkretistische Therapieverständnis setzt sich erstaunlicherweise in der Fremde fort. Dieses Weiterbestehen kann meines Erachtens dadurch erklärt werden, dass Heiler und Heiler/innen, welcher Ethnie und Religion auch immer angehörig, durch ihre Wohltaten bekannt und wahrgenommen werden. Heilende selbst verstehen sich als Helfende über ethnische Grenzen hinweg, ihr Anspruch ist, mit wenigen Ausnahmen, ein absoluter: sie vertreten die – religiösem oder humanistischem Gedankengut entspringende – Haltung, es sei ihre Aufgabe, allen kranken Menschen zu helfen. Die Krankheit und das Leiden aber machen keinen Halt vor ethnischen Grenzen. So schreibt Kemp über die Heilkundigen des Balkans: „popular medicine has also had a strict code and as a rule a high sense of neighbourly or social duty.“²³⁰

Für die Türkei und auch teilweise für Bosnien-Herzegowina ist, wie bereits angemerkt, die wissenschaftliche Literatur über Volksmedizin ergiebiger als für das Kosovo. Okumus und Zeugin Sezer nennen drei Haupteinflüsse in der türkischen Volksmedizin:

- schamanische Ansätze aus dem Persien des Zarathustra
- die Humoralpathologie, welche um 1000 n. Chr. durch seldschukische Einwanderer mitgebracht wurde
- die Medizin des Propheten.²³¹

Bosnien-Herzegowina und die Türkei haben viele volksmedizinische Elemente mit dem Kosovo gemeinsam, aber es bestehen auch Unterschiede. So findet sich beispielsweise das bosnische „*Saljevati strahu*“ (Bleigiessen) viel seltener im Kosovo, obwohl es dort nicht unbekannt ist. Meines Erachtens lässt sich feststellen, dass die Volksmedizin in der Türkei (sowie bei türkischen Immigrant/innen) differenzierter und ausgeprägter ist als im muslimischen Balkan (und bei seinen Immigrant/innen).

²³⁰ Kemp 1987:221.

²³¹ Okumus; Zeugin Sezer 1991:15. Leider liefern sie weder eine Erklärung darüber, was sie als schamanische Einflüsse bezeichnen, noch nennen sie Quellenangaben.

Für das Kosovo ist hingegen eine Vielfalt an antiken, illyrischen und auch anderen Praktiken belegt, die die osmanische Zeit überstanden haben und bis in das zwanzigste Jahrhundert hinein Gültigkeit behielten. So schreiben Hasani und Berisha, dass sich die jungen Mädchen mit einem Schlangenkopf, den sie sich zwischen die Brüste steckten, gegen schwarze Magie schützten. Liess sich zufällig eine Schlange auf dem eigenen Grundstück sehen, wurde sie nicht behelligt, da sie als Schutzherrin des Hauses betrachtet wurde.²³²

Im Kosovo sind es vorab Männer, die die Funktion eines Heilers innehaben, heilkundige Frauen sind seltener als in Bosnien-Herzegowina. Im Kosovo wirken neben den so genannten Hodschas auch Scheichs („*shehs*“) als Heilkundige.²³³ *Shehs* sind Vorsteher muslimischer Klöster (alb.: „*teqe*“) oder Orden. Eine bedeutende Rolle spielte in der Vergangenheit auch der ”Knochenheiler“ (alb.: „*mjeshter*“).²³⁴ Zwar weniger zahlreich als in Bosnien, aber auch im Kosovo wirken Heilerinnen, die Massagen oder andere Heiltechniken anwenden.²³⁵ Diejenigen, die sich in Kräutermedizin auskennen, werden einfach „alte Frauen“ genannt. Oftmals wirkt eine ältere Verwandte als Hebamme oder Heilerin in der erweiterten Familie. Die Geburt eines Kindes fand in den meisten Fällen zuhause statt. Bei komplizierten Geburten standen – zumindest für die Zeit vor 1970 – den Frauen so genannte „*mami*“ (alb.), d. h. „Volksmeister/innen“ bei, üblicherweise alte, erfahrene Frauen des Ortes, die bei vielen Geburten assistierten.²³⁶

Schubert schreibt über die traditionellen Heilerinnen Bosniens, dass ihr grosses Wissen auf einstige matristische Krankheits- und Schicksalsvorstellungen der Balkangesellschaften zurückgehe.²³⁷ Sowohl bei Schubert wie auch in der spärlichen weiteren wissenschaftlichen Literatur zum Thema konnte ich nur wenig über die Situation im Kosovo herausfinden. Auch dies böte ein breites Feld für weitere Nachforschungen.

²³² Hasani; Berisha 2000:57.

²³³ Unveröffentlichtes Interview zu Jaeggi (1997) und mündliche Mitteilungen Frau C.

²³⁴ Hasani; Berisha 2000:50f.

²³⁵ Schubert 1987:222. Zu bosnischen volksmedizinischen Vorstellungen allgemein und zu den bosnischen Hodschas wird auf Bringa 1996:216ff verwiesen.

²³⁶ Hasani; Berisha 2000:30.

²³⁷ Schubert 1987:220.

Zwischen Kräuterkundigen und Personen, die magische Praktiken anwenden, wird im Südbalkan strikt unterschieden: „The people generally distinguish very sharply between persons who have a miraculous or magical gift to heal without medicine and those who use natural means.“²³⁸

5.5.1 Die Hodschas

Der verbreitetste Heilertyp der albanischen und türkischen traditionellen Medizin ist der Hodscha (alb.: „*hoxha*“, bosn.: „*hodza*“, ²³⁹ türk.: „*hoça*“). Hodscha wird im alten Türkischen allgemein als Lehrer übersetzt.²⁴⁰ Diese Übersetzung ist bis heute noch gebräuchlich. Das Wort Hodscha beinhaltet unterschiedliche Konnotationen. Ein Hodscha ist der Lehrer einer Koranschule oder der Vorbeter einer Moschee.

Viele Hodschas verbinden ihre religiöse Funktion mit einer heilerischen, therapeutischen. Die Leute konsultieren den Hodscha, weil er für sie die Verbindung zum Sakralen herstellt. Im Koran, der die Offenbarungen Gottes an den Propheten Mohamed enthält, sind alle Weisheiten über Leben und Tod, und damit auch über Leiden und Krankheiten festgehalten. Das Lesen oder Schreiben von Koransuren durch den Hodscha besass deshalb von jeher etwas Heiliges, aber auch Heilendes.

Die meisten Heilenden verfügen also über Korankenntnisse, da sie in religiösen Schulen oder Akademien (alb. u. bosn.: „*medresa*“, türk.: „*medrese*“) ausgebildet worden sind. Aber auch Heiler ohne religiöse Ausbildung werden kraft ihrer therapeutischen Erfolge als Hodscha bezeichnet. Die Ausbildung der Hodschas scheint keiner tradierten Linie zu folgen.²⁴¹ Die von mir befragten Heiler absolvierten keine „Lehrzeit“ bei einem anderen Heiler, sondern „es wurde ihnen die Fähigkeiten gegeben“. Im Falle von Herrn N waren sie „plötzlich vorhanden“. Er verfügte über keine religiöse Ausbildung.

Auch Emy Koen-Emge, die die traditionellen Heilmethoden der Hodschas in einem südwesttürkischen Dorf untersucht hat, hat keine befriedigenden Auskünfte über die Herkunft des Heilwissens erhalten. Sie vermutet, dass „deren Wissen eine Mischung aus dem Islam, der ‚Medizin des Propheten‘, der islamischen Kosmologie sowie Numerologie und Relikten aus vorislamischen

²³⁸ Kemp 1987:221.

²³⁹ siehe auch Norris 1993:xiv.

²⁴⁰ Koen 1986:130 für die Türkei.

²⁴¹ Koen 1986:130. Dies gilt auch für Kosova (mündliche Mitteilungen).

Perioden ist.“²⁴² Kerewsky-Halpern schreibt über Heilkundige im serbischen Balkan, dass ihr kollektives Wissen über Jahrhunderte auf oralem Weg überliefert worden sei.²⁴³

Funktion der Heilkundigen

Der Heiler besitzt gewisse regulierende Aufgaben in der Gesellschaft, denn man gelangt an ihn, wenn ein Ungleichgewicht, eine Spannung, oder eine Disharmonie in Form einer Erkrankung oder Krise eintritt. Der Hodscha wirkt dieser Disharmonie entgegen, indem er magische Praktiken anwendet und zudem mit den Betroffenen spricht und sie in die Problematik mit einbezieht. Als neutrale und dennoch autoritäre Instanz kann er in die unmittelbaren Verhältnisse der Betroffenen eingreifen, wenn diese das möchten. Koen-Emge vergleicht die Funktion von traditionellen Hodschas deshalb mit derjenigen von Psychotherapeut/innen im Westen.²⁴⁴

Auch in der Fremde scheinen die Hodschas nur wenig von ihrem potentiellen Einfluss verloren zu haben. Kronsteiner hält die Entscheidung, auch dort einen Hodscha zu konsultieren, als identitätsstiftend. Es sei wohltuend, sich seiner Wurzeln bewusst zu werden und das Heilwissen der eigenen Ethnie als Ressource nutzbar zu machen. Hodschas würden auch die Körpersprache verstehen, die zur Darstellung von Leiden verwendet werde.²⁴⁵

Mit ihrer Erkrankung, die eine psychische Dimension beinhaltet, äussert die betroffene Person ein Verhalten, das nicht der Norm entspricht. In seiner Funktion erlöst der Hodscha die Person von der Verantwortung für ihr Verhalten, da er die Ursachen der Erkrankung als von ausserhalb kommend erklärt.

Röder und Opalic untersuchten die Rolle der Hodschas für türkische Patienten an der psychiatrischen Universitätsklinik Marburg.²⁴⁶ Die Konsultation der Hodschas geschah jeweils im Wissen des Pflegepersonals und meist während der stationären psychiatrischen Behandlung. Die Autoren zeigten anhand verschiedener Fallbeispiele, dass die Hodschas auf die Patient/innen mehr oder minder stark einwirken konnten. Ein Beispiel soll dies illustrieren:

Eine junge Patientin, die eine Scheidung hinter sich hatte und an psychogenen Anfällen und Schmerzattacken litt, behandelte der Hodscha mit magischen Elementen, zunächst im Beisein

²⁴² Koen-Emge 1988:79.

²⁴³ Kerewsky-Halpern 1985:319.

²⁴⁴ Koen-Emge 1988:79.

²⁴⁵ Kronsteiner 1995:177.

ihrer Familie, später alleine. Aufgrund verschiedener Praktiken, zum Beispiel im Bereich des Halses der Patientin, und einem Orakelritual zur Ermittlung der Krankheitsursache erreichte der Hodscha, dass die Familie Konflikte, die hinter den Symptomen der Patientin standen, erkannte und für weitere Interventionen seitens des Hodschas zugänglich wurde. Er erteilte der jungen Frau überdies konkrete Ratschläge. Die aktive Haltung des Hodschas ging soweit, dass er Partei für die junge Frau ergriff und ihrem Vater mit einem Fluch drohte, falls dieser die Ausstossung seiner Tochter wegen ihrer Scheidung wahr machen sollte.²⁴⁷

Eine junge Kosovo-Albanerin, die aufgrund körperlicher Beschwerden von Herrn N behandelt worden war, rief diesen häufig wegen ihrer Beziehungsprobleme an. Er gab ihr Ratschläge, wie sie sich ihrem Freund gegenüber, der sich wegen einer älteren Frau von ihr abgewandt hatte, verhalten könne. An beiden Beispielen erweist sich, dass Hodschas weitreichende Funktionen sowohl im Bereich des Gesundheitsverhaltens wie im Sozialen überhaupt wahrnehmen. Sie können Klient/innen monatelang begleiten, und ihnen oder ihrer Familie Ratschläge zur gesundheitlichen Vorsorge erteilen, aber auch über das Verhalten im sozialen Umfeld.

Die veränderten Lebensumstände von Immigrantinnen und Immigranten bilden sich im Wandel der „Beratungstätigkeit“ der Hodschas ab. Es kann also auch um das Akzeptieren der Scheidung einer Angehörigen durch ihre Familie gehen oder um die Beziehung eines jungen unverheirateten Paares. Dieser gesellschaftliche Wandel kann meines Erachtens weitgehend problemlos in die Erklärungsmuster des Hodschas und seines volksmedizinischen Sektors integriert werden. Da es der Ratschlag einer Respektsperson ist, die vor einem traditionellen kulturellen Hintergrund handelt, kann er von den Betroffenen auch eher akzeptiert werden.

5.5.2 Diagnose und Therapie

Im formellen westlichen Medizinsystem wird der Schwerpunkt zunächst auf die Anamnese und Diagnose einer Erkrankung, und dann auf deren Therapie gelegt. Erst bei unklaren, diffusen Beschwerdebildern sowie bei „psychosomatischen“ Erkrankungen wird möglicherweise der Frage nachgegangen, welche psychosoziale Faktoren zur Erkrankung führten. In der traditionellen albanischen – wie auch türkischen – Volksmedizin nahm die Ätiologie (*perceived causes*) früher

²⁴⁶ Röder; Opalic 1987:157ff.

²⁴⁷ Röder; Opalic 1987:160 In der Türkei besitzt der Hodscha eine einflussreiche Position. In dem differenzierten sozialen Gefüge der traditionellen Dorfgemeinschaft wirkt er als Regulator bei auftretenden Störungen. Heute sind schulmedizinische Einrichtungen in vielen Teilen der ländlichen Türkei relativ gut erreichbar. Deshalb werden Hodschas eher bei Krankheiten und Symptomen konsultiert, die im formellen medizinischen Sektor nicht erfolgreich geheilt werden können (vgl. 5.8).

jedoch einen hohen Stellenwert ein. Der kranke Organismus wurde in grösseren Zusammenhängen wahrgenommen, verflochten mit seiner sozialen Umwelt.

Kosovo-albanische Migrant/innen der ersten Generation, die (auch) mit dem modernen westlichen Medizinsystem in Jugoslawien aufgewachsen sind, fragen grundsätzlich nicht so sehr nach den Ursachen einer Erkrankung, sondern nach ihrer Aussicht auf Genesung.²⁴⁸ Die Frage nach dem „Warum“ wird erst vom Hodscha erörtert, d. h. wenn die betroffenen Kosovo-Albaner/innen den volksmedizinischen Sektor als Heilstrategie gewählt haben und in diese kulturelle Welt mit dem darin gültigen eigenen Wertesystem im Sinne von Kleinman eintreten, wie in der Fallvignette von Herrn A deutlich wird.

Erklärungen von Krankheitsursachen können verschiedene Sinnzusammenhänge beinhalten und bestehen nebeneinander, wie Leyer aufgrund ihrer psychotherapeutischen Gespräche mit Türk/innen feststellte.²⁴⁹ Kroeger, Koen, Weber et al. fanden bei der Untersuchung von Patientengruppen in Deutschland und in der Türkei heraus, dass es hier wie dort keine fixen volksmedizinischen Erklärungsmodelle zu verschiedenen Krankheiten gibt. Parallel bestehende Erklärungen für dieselbe Krankheit können schulmedizinische wie auch psychologische (zum Beispiel Ärger als Ursache von Erkrankung) sowie traditionelle oder religiöse Inhalte haben. Die Erklärung für eine Erkrankung ist gemäss Kroeger und ihren Kolleg/innen abhängig von verschiedenen Faktoren, so beispielsweise von der Familiensituation, der Erwerbstätigkeit, den Migrationsumständen etc.²⁵⁰

Wie erwähnt, kann der Hodscha eine Erkrankung durch Magie und/oder auch durch die familiäre Situation oder durch Migrationsumstände etc. erklären. Hier kommt es auf das Selbstverständnis des Heilkundigen an: Der Hodscha Herr N bezog unter anderem auch endogene Faktoren, nämlich gesundheitliches Fehlverhalten wie Verkühlung oder zu hohen Tabak- oder Medikamentenkonsum in die *perceived causes* mit ein.²⁵¹

²⁴⁸ Vgl. auch Salis Gross; Loncarevic 1999:13 für Bosnierinnen und Bosnier.

²⁴⁹ Leyer 1991:78ff.

²⁵⁰ Kroeger; Koen; Weber et al. 1986:5ff.

²⁵¹ Ein hoher Alkoholkonsum unter Kosovaren ist eher selten. Nach Vranjes 1995:14 trinken lediglich 36% der männlichen und gar 0% der weiblichen Kosovaren Alkohol, bei 91% der Schweizer und 69% der Schweizer/innen (Vranjes; Bisig; Gutzwiller 1995).

Nach der mir – nebst eigenen Erfahrungen (vgl. Kapitel 6.5 und 6.6) – zur Verfügung stehenden Literatur sind die magischen Erklärungsansätze, sofern sie denn als Ursache der Erkrankung ausgewählt werden, erstaunlicherweise wenig beeinflusst geblieben von den neuen Lebensumständen in der Migrationssituation. Wie wir sehen werden, bleiben die traditionellen Heilmethoden die alten, ausser dass sie unter erschwerten Umständen wie Platz- und Zeitnot, Abwesenheit der Familienmitglieder, die die Führung des Haushaltes übernehmen etc., durchgeführt werden müssen. Den hohen Ansprüchen an Sorgfalt, Reinlichkeit sowie konzentriertem Arbeiten (Ruhe, Gebete, rituelle Körperreinigung, regelmässige, gründliche Reinigung des Therapieraumes und Vermeidung von störenden Funktionsüberlagerungen darin) kann der oder die Heilkundige unter den gegebenen Umständen nur mit Mühe gleichkommen. Entsprechend krankheitsanfällig sind die Heilenden selbst und vergleichbar stör- und misserfolgsanfällig die Heilrituale, falls die Heilenden ihre Tätigkeit nicht gänzlich aufgeben oder auf ein erträgliches Mass reduzieren. In den Kapiteln, auf die ich verwiesen habe, wird beschrieben, wie eine Konsultation bei einem Hodscha vor sich geht.

5.5.3 Exogene und endogene Krankheitsursachen

Exogene Krankheitsursachen

Wie erwähnt, werden in einem traditionellen Kontext Krankheitsursachen meist als exogen, also von aussen her einwirkend, erklärt. Äussere Faktoren können ungünstige Lebensbedingungen, zu hohe Arbeitsbelastung, materielle Unsicherheit, Neid, Konflikte in der Verwandtschaft etc. sein. Giselind Grottian, die der Frage nach dem Zusammenhang von Gesundheit und Lebensverhältnissen bei türkischen Migrant/innen in Berlin nachgegangen ist, nennt als exogene krankheitsverursachende Faktoren nach Ansicht der Frauen die Mangelernährung (die sie früher im Herkunftsland erlebt hatten), das Klima bzw. die schlechte Luft, ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen und bei nicht-arbeitstätigen Frauen ihre soziale Isolation.²⁵² Zusätzlich erwähnten die Frauen pathologisierende Elemente wie Angst und „den bösen Blick“. Die folgende Auswahl der traditionellen exogenen Krankheitsvorstellungen lehnt an den Gliederungsvorschlag von Okumus und Zeugin Sezer an.²⁵³

Magische Krankheitsvorstellungen

²⁵² Grottian 1985:285f. Siehe auch Grottian (1986).

²⁵³ Okumus; Zeugin Sezer 1991:15.

Magische Elemente wie der böse Blick (s. u.), eine Verfluchung, andere Formen von schwarzer Magie oder aufgebrachte Dschinnen und andere Geisterwesen können eine Erkrankung verursachen. Auch heute noch sind Amulette gegen den bösen Blick und gegen anderes Übel bei Migrant/innen in den Einwanderungsländern weit verbreitet. Häufig findet man Amulette in Autos als allgemeines Schutzobjekt. Am Begriff für schwarze Magie oder Verhexung (arab.: „*sihir*“, türk.: „*sibir*“, „*büyü*“, bosn.: „*sibir*“, alb.: „*sehir*“) lässt sich ablesen, welchen Weg dieses Phänomen eingeschlagen hat. Es sind eindeutig Elemente aus der persisch-arabischen Kultur, die über die jahrhundertelangen ottomanischen Besetzer die balkanischen Regionen beeinflusst haben.

Der böse Blick

Bei dieser jahrtausendealten Vorstellung wird davon ausgegangen, dass andere Menschen aus Neid oder Missgunst einen übel wollenden, magischen Blick aussenden können, der Schaden anrichtet. Er kann Krankheit oder sogar den Tod (zum Beispiel von Haustieren) verursachen. In Italien ist es das „*mal occhio*“, in arabischen Gesellschaften das „*'ayn*“, im Kosovo der „*mësysh*“, in der Türkei ist es „*nazar*“. Dem bösen Blick besonders ausgesetzt sind Menschen, die infolge ihrer Schönheit, ihrer Talente, ihres Reichtums oder Glücks den Neid anderer auf sich ziehen. Da Kinder einen elementaren „Reichtum“ darstellen und schutzlos sind, sind sie dem bösen Blick besonders ausgesetzt.²⁵⁴ Es gilt, sie daher gut zu schützen. Alleinstehende Menschen sind durch den bösen Blick und die schwarze Magie gefährdeter als Mitglieder eines Familienhaushaltes.²⁵⁵ Hier wird erneut deutlich, wie wichtig das Zusammenleben in kollektiver Form ist, und wie sehr es Denken und Handeln beeinflusst.

Böse Blicke können absichtlich oder, häufiger, unabsichtlich ausgeschickt werden.²⁵⁶ Für allgemeingültig kann die Aussage der Underwoods gelten, die in Jemen forschten. Der Aussender des bösen Blickes ist „usually either a stranger or a local person, whose social activity, appearance, attitudes or behaviour is to some degree unorthodox or different.“²⁵⁷ Damit kann zum Beispiel ein Fixieren, d. h. das Anstarren eines Objektes, gemeint sein. Auf diese Weise werden soziale

²⁵⁴ Mündliche Mitteilung.

²⁵⁵ Sachs 1983:192.

²⁵⁶ Koen Emge 1988:47.

²⁵⁷ Underwood; Underwood 1981:271ff zitiert in Helman 1984:89.

Regeln gebrochen. Besonders Menschen mit hellen Haaren und blauen Augen wird die Fähigkeit nachgesagt, den bösen Blick aussenden zu können.

Ein aus Südserbien stammender albanischer Asyl Suchender, Sohn eines heilkundigen Hodschas, wachte bei seinem im Zürcher Kinderspital weilenden Kind und war dabei Zeuge von einem Ohnmachtsanfall eines im selben Zimmer gepflegten Schweizer Kindes. Er versuchte der anwesenden Mutter zu erklären, dass das Kind vom „bösen Blick“ befallen sei und dass es Schutz brauche.²⁵⁸ Auch sein Kind, erklärte er mir, sei durch eine Dolmetscherin im Empfangszentrum für Asyl Suchende vom „bösen Blick“ getroffen worden.

Lisbeth Sachs hat die Rolle von exogenen Krankheitsursachen bei türkischen Migrant/innen in einem Stockholmer Vorort untersucht.²⁵⁹ Sie schildert das Fallbeispiel der türkischen Migrantin Fadime, die die Erkrankung ihres Säuglings auf den bösen Blick zurückführt: „She could not forget the blue eyes and fair hair of the nurse or the latter’s admiration of her son. Fadime was fearful of nazar; the nurse did not know that she ought to have said *masallah*.“²⁶⁰ Da die blonde, blauäugige Krankenschwester Bewunderung für Fadimes Kind ausdrückte, kam sie als Aussenlerin des bösen Blickes in Frage. Zudem hatte sie es unterlassen, „*masallah*“ zu sagen, das als religiöse Formel den Säugling hätte schützen können.

Phyllis Kemp nennt den bösen Blick „*urok*“.²⁶¹ Die norwegische Anthropologin Tone Bringa, die in den achtziger Jahren den religiösen Alltag in einem bosnischen Dorf untersuchte, gibt dafür etwas andere Bezeichnungen an, was auf regional unterschiedliche und differenziertere Vorstellungen hinweist: „*grdne oci*“, was sie als „hässliche Augen“ übersetzt, „*urokljive oci*“, (verhexte Augen) oder „*pogane oci*“ (schmutzige, unflätige Augen).²⁶²

²⁵⁸ Mündliche Mitteilung.

²⁵⁹ Sachs (1983).

²⁶⁰ Sachs 1983:149. *Masallah* heisst „Gott schütze sie/ihn“, dieser Ausdruck ist auch im Kosova bekannt, vgl. Hasani; Berisha 2000:21.

²⁶¹ Auch „*oko*“ oder „*oci*“ (Kemp 1987:137).

²⁶² Bringa 1996:178.

Geisterwesen

Auch Geisterwesen wie Dschinnen (alb.: „*xhind*“, bosn.: „*dzin*“) sind, wie oben erwähnt, Bestandteil des religiösen islamischen Weltbildes (und nicht nur!).²⁶³ Unter ihnen sind übel wollende, die Schaden anrichten und den Menschen in Versuchung führen können. Sie tauchen oftmals in Übergangssituationen, sei dies die Abenddämmerung oder eine Heirat.²⁶⁴ Auch die Nacht und das Wasser lieben sie. In Südalbanien heisst es, man soll es vermeiden, draussen im Hof seine Notdurft zu verrichten, da man einen schlafenden „*xhind*“ stören könnte.²⁶⁵ Hasani und Berisha schreiben dazu, dass man neurotisch-psychischen Störungen bei Kindern damit erklärt, dass die betroffenen Kinder auf Nachtgespenster und Teufel getreten („*të shkelurit*“) oder vom bösen Blick getroffen seien.²⁶⁶ Sachs gibt für ein türkisches Dorf folgende Bereiche an, an denen sich Dschinnen aufhalten:

„During the night they assemble at mills, public baths (hammams), old abandoned buildings, ruins, graves, under large trees and so on. By day they sleep by rubbish heaps, privies, muddy pools, under roofs and the like.“²⁶⁷

Neben den „*xhind*“ existiert in Albanien auch die Vorstellung von „Bergfeen“ (alb.: „*zanë*“), die Krankheiten wie Epilepsie, „Wahnsinn“, und „Schlagfluss“ auslösen können. Dukova zählt für die „*zanë*“ fast identische Aufenthaltsorte auf, wie sie Sachs für die Dschinnen erwähnt.²⁶⁸

Weisse und schwarze Magie

Wird Magie zu Heilzwecken oder zur Beendigung einer Krise eingesetzt, spricht man von weisser Magie. Wird sie destruktiv und böswillig, zum Beispiel aus Neid- oder Rachemotiven gewählt, wird sie als schwarze Magie bezeichnet. Zu den schwarzmagischen Praktiken gehören unter anderem der Fluch oder Verhexungen, Zauberei etc. Menschen mit magischen Fähigkeiten und Geisterwesen, aber auch Heiler/innen sind imstande, Flüche auszustossen, die Unglück oder Erkrankung hervorbringen können. Andere häufige exogene Krankheitserklärungen sind Tabu-

²⁶³ Der Koran (2001). Suren 15/27; 55/15; 37/158-160.

²⁶⁴ Strasser 1995:215; Bringa 1996:178.

²⁶⁵ Mündliche Mitteilung.

²⁶⁶ Hasani; Berisha 2000:20, 54f.

²⁶⁷ Sachs 1983:85. Sie bezieht sich auf Boratav 1973:91. Sachs nennt mehrere Arten von Dschinnen mit Namen, die verschiedene Eigenschaften besitzen und für unterschiedliche Krankheiten zuständig sind.

²⁶⁸ Dukova (1980).

brüche, Schicksal, Gotteswille. So erklären Frau und Herr B die Ursachen ihrer massiven chronischen Beschwerden als Wille Gottes (vgl. Kapitel 6.3).

Endogene Krankheitsursachen

Zu den endogenen Krankheitsursachen werden in einem traditionellen Kontext schlechte Träume gezählt sowie zum Beispiel kranke Nerven. Insbesondere bei psychischen Beschwerden werden geschwächte Nerven als Ursache angeführt. Bei der Anführung von nervlichen Ursachen wird erneut die ganzheitliche Vorstellung in Bezug auf Psyche und Soma deutlich.²⁶⁹ Auch ein Ungleichgewicht der Kräfte, das heisst im humoralpathologischen Sinn ein Übermass oder Mangel an etwas kann als Grund angeführt werden.²⁷⁰ Der Hodscha Herr N führt als klassische endogene Ursache die Unfähigkeit an, Sorge für sich zu tragen, sowie eine „negative“, destruktive Lebenseinstellung. Häufig werden Kopfschmerzen im Zusammenhang mit „zuviel grübeln“ bei ausweglosen Situationen geäussert, oder Bauchschmerzen bei Sorgen, Unwohl- und Angstgefühlen. Die Ursachen solcher Reaktionen werden wiederum häufig als von aussen einwirkend verstanden. Selbstverständlich wird auch eine chronische Krankheit an sich als belastend und sekundär pathologisierend empfunden.

Bei älteren Müttern, die tagelang in ihren Zimmern des Durchgangszentrums weilten, habe ich oftmals erlebt, dass sie Beschwerden wie Kopfschmerzen und Schwindelgefühle zeigten, die ihre erwachsenen Töchter dahin gehend interpretierten, dass sie sich zuwenig an der frischen Luft bewegten. In einem zunehmend „modernen“ Kontext wie auch in der Fremde, beim Kontakt mit medizinischen und psychiatrischen, sowie psychotherapeutischen Institutionen wächst das Verständnis für endogene Ätiologien.

5.5.4 Häufige rituelle Praktiken

Im Folgenden werden einige häufige Heilrituale oder Aktivitäten im Rahmen von Heilungen, wie sie in der Türkei und auf dem Balkan üblich sind, beschrieben.²⁷¹

Talismane, Amulette,²⁷² auf türkisch heissen sie „*muska*“, „*nazarlik*“, in Bosnien „*hamajlija*“ oder „*zapis*“,²⁷³ im Kosovo „*hajmal*“: Diese bestehen aus einem Stück Papier in der Form eines

²⁶⁹ Vgl. auch Zimmermann 1986:152.

²⁷⁰ Zimmermann 1986:151.

²⁷¹ Wie verbreitet solche magische Heilmethoden sind, zeigen erstaunlich ähnliche Beschreibungen darüber von Kakar, der auf seinen indischen Reisen einen muslimischen Heiler „*pir*“ besucht hat (Kakar 1984:36f).

²⁷² In der Volkssprache besteht kein Unterschied zwischen den beiden Begriffen.

²⁷³ Bringa 1996:216.

Dreiecks, auf das der Hodscha Koransuren oder geheime Zeichen und Zahlen aus der islamischen Kosmologie und Numerologie schreibt. Herr N entnahm manches Zeichen für seine Zettel aus einem speziellen Buch, das er sich durch einen Freund in der Türkei besorgen lassen hatte. Dieses Buch enthielt Darstellungen von Pflanzen, Tieren, von geometrischen Formen und ihren entsprechenden arabischen Zeichen.

Als Dreieck mehrere Male zusammengefaltet, wird der Zettel in ein Stück Stoff eingenäht und am Körper, meist in der Nähe des Herzens getragen. Das Amulett kann einige Monate bis Jahre getragen werden, bevor es seine Wirkung verliert. Es ist nicht üblich, dass die Kranken über den Textinhalt des *hajmali* Bescheid wissen.

Da die Worte des Korans als wirkungsvollster Schutz gegen Übel und Erkrankung gelten, werden auch Mini-Korane als Amulette getragen.

Koransuren werden manchmal auch auf einen Teller oder ein Stück Papier geschrieben, die dann mit Wasser abgespült werden. Die Heilkraft überträgt sich auf das Wasser, das getrunken wird oder womit rituelle Waschungen durchgeführt werden. Wasser kann auch besprochen, beschriebenes Papier kann verbrannt werden, und die schützende und heilende Kraft der Suren kann dann mit dem Rauch eingeatmet werden.²⁷⁴

Das Anfertigen eines *hajmali* ist die häufigste Tätigkeit der Hodschas in den islamischen Gebieten des Balkan.

Auch das Anblasen oder Anhauchen eines Patienten kann wesentlicher Teil eines Heilrituales darstellen. Strasser erwähnt eine türkische Patientin, die, nachdem der Hodscha sie angeblasen hatte, ohnmächtig wurde.²⁷⁵ Auch können Gebete gesprochen und dann der Kranken ins Gesicht geblasen werden. Diese Technik bezeugt Schubert sowohl für die Türkei als auch früher in Albanien.²⁷⁶ Hasani und Berisha bestätigen diese Praxis für die Zeit vor 1970, die im Kosovo „*fryrje*“ genannt wird.²⁷⁷

Nebst der Methode, mit arabischen Zeichen, Wörtern und Koransuren zu arbeiten, bestehen nach Roeder und Opalic auch uralte Rituale mit Schnüren bzw. Bindfäden. So band ein türkischer

²⁷⁴ Strasser 1995:216.

²⁷⁵ Strasser 1995:217.

²⁷⁶ Schubert 1987:221.

Hodscha in Deutschland bei einer Frau mit körperlichen Beschwerden Fäden um beide Handgelenke und um die Hüften. Gerissene Fäden reparierte er und band weitere Knoten hinein. Nach Roeder und Opalic verschwanden die Beschwerden innerhalb eines Jahres und die Fäden wurden dann entfernt.²⁷⁸ Auch Kemp erwähnt ein „Massnehmen“ mit Fäden als magisches Element.²⁷⁹ Ähnliche Praktiken für das Kosovo nennen Hasani und Berisha für Kinder mit Angstproblematik. Sie beschreiben ausführlich drei Rituale mit Fäden, mittels derer Angstzustände dabei „zerschnitten“, also durchbrochen und beendet werden konnten.²⁸⁰ „Shehs“ arbeiten auch mit der Gebetskette, der „*tespîh*“, auch Frau E zeigte mir kurz und ohne es zu kommentieren ein langes Stück einer *tespîh* als Bestandteil ihres Heilinventares.

Das Blei- oder Zinngiessen

Das Giessen von geschmolzenem Metall zu verschiedenen Zwecken ist im türkischen und bosnischen Raum auch heute noch weit verbreitet. Sachs beschreibt ein Ritual in Zentralanatolien, das eine Heilerin („*ocak*“, s. u.) durchführte.²⁸¹ Dabei goss diese geschmolzenes Zinn nahe beim Kopf des Kranken in kaltes Wasser. Das laute Zischen des heißen Metalles im Wasser soll die schädigenden Kräfte vertreiben. Aus den verfestigten Formen des Zinnes las dann die *ocak*, wie es zur Erkrankung kam und wie der Betroffene geheilt werden könnte.²⁸² Auch hierzu murmelte die *ocak* Gebete und hauchte den Patienten an. Während in der türkischen Gesellschaft diese Heilmethode nach Sachs für unterschiedliche Krankheits- oder Krisenursachen angewandt wird, wählt man das Ritual im bosnischen Raum um „den Schrecken zu begiessen“ (*saljevati strahu*), um den Schock und die Folgen von traumatischen Erfahrungen sowie Schlafstörungen, Nervosität und Angstzustände zu behandeln.²⁸³ Hier sind es stets Frauen, die dieses Ritual durchführen.

²⁷⁷ „Wenn die Kinder erhöhte Temperatur hatten, wurden sie in den meisten Fällen zum *hoxha* (geistlicher Führer bei den Menschen muslimischen Glaubens) gebracht. Der *hoxha* sang den kranken Kindern verschiedene religiöse Lieder, sogenannte „*dova*“. Dabei blies er den Kindern leicht ins Gesicht, und so entstand eine leichte Brise. Dieses Blasen, begleitet von einem religiösen Ritual und einer leisen, ruhigen und liebkosenden Stimme, ist ein Ritual, das neben anderen auch hypnotische Effekte sowohl auf das Kind als auch auf die Eltern hatte.“ (*Hervorhebungen im Original*) Hasani; Berisha 2000:18.

²⁷⁸ Roede; Opalic 1987:160.

²⁷⁹ Kemp 1987:120ff.

²⁸⁰ Hasani; Berisha 2000:24f.

²⁸¹ Sachs 1983:95.

²⁸² Über dem Kopf des Kranken werden in einem Sieb die bösen Kräfte opponierende Gegenstände wie Spiegel, Salz, Messer, Zwiebel, Kamm und überlik-Bohnen gehalten. Sie sollen helfen, das Böse zu vertreiben (Sachs 1983:95).

²⁸³ Bringa 1996:215, Loncarevic 1996a:114; siehe auch Gospoja 1910:413.

Im Kosovo ist dieses Ritual zwar bekannt, wird aber von Kosovo-Albaner/innen nicht selbst praktiziert.

Es sind auch weitere Heilpraktiken wie Krankheitsbesprechung, zum Beispiel in der Ebene von Skopje/Mazedonien bekannt.²⁸⁴ Zum Kosovo habe ich diesbezüglich nur wenige Hinweise gefunden. Auch über die Praxis des „Heilens durch Berühren“, worüber Kerewsky-Halpern ausführlich schreibt, fand ich kaum etwas.²⁸⁵

Wallfahrten; Votiv- und Opfergaben, Gebete, „mevludet“, Lappenbäume

Religiöse Aktivitäten bei Krankheit oder in einer Krise – ohne Hilfe von Fachpersonen – werden nicht dem engeren Bereich der Ethnomedizin hinzugerechnet. Vor allem in der angelsächsischen Wissenschaft wird zwischen Medizinethnologie und Religionsethnologie streng unterschieden. So finden diese religiösen Aktivitäten im Modell der Gesundheitssektoren von Kleinman keinen Platz. Sie können aber von den übrigen Strategien gegen Krankheit und Krise nicht getrennt werden. Bei einem epilepsiekranken Jungen in Zentralanatolien nennt Good den Kontakt mit traditionellen Heilern und das Aufsuchen eines Heiligenschreines als Heilstrategien in ein und demselben Satz.²⁸⁶

In vielen muslimischen wie übrigens auch in christlichen Gesellschaften gibt es in einem religiösen Kontext vielfältige Heilstrategien. Es sind in erster Linie die Wallfahrten (türk.: „*türbe*“, „*ziyaret*“, bosn.: „*türbe*“, alb.: „*tyrbe*“) an heilig-heilende Orte zu nennen, seien dies Grabmale von Heiligen und Märtyrern oder andere kraftvolle Orte wie Grotten, Quellen, Bäume. Auch christliche Wallfahrtsorte zählen dazu.

Von Heiligen und Märtyrern wird gesagt, dass sie eine spirituelle Kraft besitzen. Diese spirituelle Kraft wird im islamischen Raum „*baraka*“ genannt. Peter Heine umschreibt *baraka* als Barmherzigkeit und Gnade Gottes. Nach volksislamischen Vorstellungen manifestiert sich diese spirituelle Kraft in ausgesuchten Persönlichkeiten, wie zum Beispiel in den Nachfahren des Propheten Mohamed oder anderen Gestalten der islamischen Frühzeit.²⁸⁷ Träger (oder Träger/innen) von *baraka* besitzen übernatürliche Fähigkeiten, sie können also Kranke heilen.²⁸⁸ Daher sind auch

²⁸⁴ Schubert 1987:221, auch von Kemp 1987:218 erwähnt.

²⁸⁵ Vgl. Kerewsky-Halpern (1985) und (1987).

²⁸⁶ Good 1990:148.

²⁸⁷ Heine 1989:91. Im Balkan können es auch ehemals christliche oder vorchristliche Gestalten sein.

²⁸⁸ Heine 1989:91.

Grabmale von Märtyrern Orte der Kraft. Eine junge Kosovo-Albanerin, die aus der Gegend um Peja stammt, erzählte mir folgende Legende um ein lokales Grabmal:

„Vor ca. 500 Jahren lebte hier eine Frau, die war sehr gut. Ihr Mann war Bauer. Sie liebte ihn sehr. Als er in der Sommerhitze auf dem Feld arbeiten musste, wollte sie auch schwitzen und leiden wie er. Auch wenn er hungerte, hungerte sie mit etc. Dann brach ein Krieg aus. Die Feinde zerstörten eine Brücke. Da legte sie sich hin und verband die beiden Ufer mit ihrem Körper. Die (eigenen) Soldaten konnten so die Brücke passieren. Die Hufe der Pferde aber verletzten den Rücken der Frau. Zuhause erzählte sie ihrem Mann nichts, da sie ihn nicht beunruhigen wollte. Schliesslich aber starb sie aufgrund ihres versehrten Rückens und wurde zur Heiligen, für die ein schönes Grabmal errichtet wurde.“

Nachdem die Frau ihre Erzählung beendet hatte, rief sie aus: „Oh, schauen Sie, wie mich diese Geschichte schaudert“, und zeigte mir ihre als Reaktion entstandene „Hühnerhaut“ an den Unterarmen.²⁸⁹

Die spirituelle Kraft umgibt nicht nur das Grab von Heiligen, den ganzen Heiligenschrein und die ihn umgebende Natur, sondern findet sich auch an besonderen Quellen, Grotten und Bäumen.²⁹⁰ Nicht nur die Wallfahrt wird als „*tyrbe*“ bezeichnet, sondern auch der Zielort. Eine *tyrbe* ist in der Regel ein kleines, quadratisch gebautes Haus, in dem sich in der Mitte ein Sarkophag befindet. Ein „Hauswart“ sorgt für die Reinhaltung der Stätte und für das Verteilen der Opfergaben, die gebracht werden. Norris nennt in seinem Glossar lediglich den Begriff „*türbe*“, das vom Arabischen „*turba*“ hergeleitet wird. Es ist ein „mausoleum, or elaborately canopied grave, often of a notable Ottoman official or a Sufi Shaykh: regarded as the tomb of a saint. (...) Frequently a turbe is located to one side of a mosque founded by the occupant.“²⁹¹

Auch heute noch reisen viele an regionale oder überregionale Wallfahrtsorte mit der Bitte um Lösung von Problemen und um Genesung von Krankheit. Dies sowohl in der Türkei als auch in Bosnien und im Kosovo.²⁹² Um eine Bitte zu unterstreichen, bringt man Opfergaben mit, zum

²⁸⁹ unveröffentlichtes Interview zu Jaeggi (1997).

²⁹⁰ Im albanischen Shan Naumi (bei Laç) steht beispielsweise eine Kirche am Eingang einer langen Grotte, von der gesagt wird, dass ihr spirituelle Kraft innewohne. Es ist ein berühmter Wallfahrtsort auch für Muslim/innen. Mündliche Mitteilung.

²⁹¹ Norris 1993:xivf.

²⁹² Schimmel 1990:259, Bringa 1996:235.

Beispiel Hühner, Schafe, Geld oder Kleider. Manchmal ist es üblich, dass man den Ort zuerst dreimal umkreist. Die spirituelle Kraft eines *tyrbe* kann übertragen werden. Man kann zum Beispiel Decken mitbringen, die man über den Sarkophag ausbreitet. Oder man legt über Nacht ein Kleidungsstück dessen, der geschützt oder geheilt werden soll, darauf.²⁹³ So liess eine Migrantin aus dem Kosovo die letzte Nacht vor der langen Autoreise zurück in die Schweiz – durch serbisches Gebiet – den Pullover ihres Mannes beim Sarkophag.²⁹⁴

Pilgerorte in der Schweiz (Einsiedeln, Mariastein etc.) werden eher von Migrant/innen aus anderen Herkunftsländern (zum Beispiel aus Sri Lanka) als Orte der Ruhe und der Kraft anerkannt und rege besucht. Wie oben erwähnt, haben muslimische Migrant/innen aus dem Kosovo in der Regel keine „Schwellenangst“ vor Kirchen. So erzählt die junge Albanerin aus der Zentralschweiz von einer katholischen albanischsprachigen Familie, die eine Kirche besuchen wollte: „Sie haben meinem Mann gesagt: ‚Kommst Du auch, willst Du?‘ Er sagte ‚Ja‘. Für mich spielt das keine Rolle, das ist ein Haus von Gott, wie Moschee, wie Kirche.“²⁹⁵

Auch Naturelemente, zum Beispiel gewisse Bäume sind, reich an spiritueller Kraft. In der Türkei wie auch in den islamischen Gebieten des Balkans sind die sogenannten „Lappenbäume“ bekannt, das sind Bäume, häufig in der Nähe von Kirchen oder Moscheen, an deren Zweige Stoffstücke gebunden werden, die eine Bitte oder eine Hoffnung symbolisieren. Man deponiert damit sein Anliegen an einem Ort, der Kraft verströmt. Oder man befestigt Textilien am Baum, die mit einer Wunde oder kranken Stelle des Körpers in Berührung gekommen sind, damit die Krankheit auf den Baum übertragen werde.²⁹⁶

In einem umfassenderen Verständnis von heilenden Praktiken können auch „*duatë*“ (alb.), „*dua*“ (türk.) und „*mevludet*“ (alb., türk.) genannt werden. „*Duatë*“ (sing.: „*dua*“ oder auch „*dova*“) sind Suren, die auf arabisch oder albanisch (oder in der jeweiligen lokalen Sprache) als Gebet gespro-

²⁹³ Die junge Kosovo-Albanerin aus der Zentralschweiz erzählte weiter, dass bei ihr Verdacht auf Krebs bestand. Da kaufte sie einige Meter grünen Stoffes und ging damit in den Sommerferien zur Tyrbe und breitete diesen grünen Stoff über den sich im runden Gebäude befindenden Sarkophag aus. Dass Grün eine geeignete Farbe war, wusste sie von ihrer Grossmutter (unveröffentlichtes Interview zu Jaeggi 1997). Vgl. auch Nicolas 1972:26.

²⁹⁴ Unveröffentlichtes Interview zu Jaeggi (1997). Hemden scheinen im balkanischen Raum früher eine sehr wichtige Rolle für den Träger gespielt zu haben. Eine Menge von vielfältigen magischen Bräuchen war mit dem Herstellen und Tragen der Hemden verbunden. Siehe Danicic (1910).

²⁹⁵ Unveröffentlichtes Interview zu Jaeggi (1997).

²⁹⁶ Schubert 1984:116 beschreibt dies für das südöstliche Europa. Zum Beispiel Schimmel 1990:259, Obrist van Eeuwijk 1992:146 für die Türkei.

chen werden. Nach Koen-Emge können Gebete auch bei Nabelfall helfen.²⁹⁷ Gebete werden nach Sachs als Kraft verstanden, die Dinge zu beeinflussen vermag. Sie helfen sowohl präventiv als auch kurativ.²⁹⁸

Ein *mevlud* ist die Zelebrierung der Geburt des Propheten Mohamed, die anlässlich eines rituellen Überganges – häufig bei Begräbnissen, aber auch zum Beispiel bei Beschneidungen oder anderen Gelegenheiten – durchgeführt wird. Die Art des *mevlud* ist regional unterschiedlich. Meist liest ein Hodscha – hier ist ein religiös ausgebildeter Hodscha als Vorbeter gemeint – lange Passagen aus dem Koran oder aus panegyrischen Gedichten vor und die Anwesenden sprechen diese nach. Meistens sind dies Männerversammlungen, seltener hörte ich, dass Frauengruppen ein *mevlud* organisierten.²⁹⁹

Sind die Heilkundigen im und ausserhalb des Kosovo allem Anschein nach eher männlich, ist es vornehmlich die Aufgabe der Frauen, die für ihre kranken Familienangehörigen den Kontakt zu den traditionellen Heiler/innen suchen und aufrechterhalten. So lassen sich Frauen auch zum Beispiel Amulette aus der Heimat senden, die die weiblichen Angehörigen der Bluts- oder verschwägerten Familie bei einem Hodscha besorgt haben. Stellvertretend für die Emigrierten führen die Frauen in der Heimat auch Wallfahrten oder andere religiös-spirituelle Aktivitäten aus (vgl. Kapitel 6.3.8).

Die Kräutermedizin und andere hausmedizinische Praktiken

Körperliche Krankheiten und Leiden sowie allerlei Arten von Verletzungen und Wunden wurden früher, in Ermangelung einer erreichbaren öffentlichen Gesundheitsversorgung, meistens zuhause behandelt. Sie fallen also nach Kleinman unter den persönlichen medizinischen Sektor (vgl. Kapitel 3.1.2). Früher kannten sich die älteren Frauen in der Hausmedizin gut aus, zu der die Kräutermedizin, die Anwendung von verschiedenen Wickeln und Bandagen, die Wahl von speziellen Nahrungsmitteln sowie auch verschiedenste Rituale gehören. Hasani und Berisha beschreiben zahlreiche Praktiken der Haus- und Kräutermedizin Kosovos.³⁰⁰

²⁹⁷ Koen-Emge 1988:138.

²⁹⁸ Sachs 1983:81.

²⁹⁹ Zur Bedeutung des *mevluds* für Frauen in der Westtürkei siehe Tapper, Tapper (1987), siehe auch Künzler 1999:82ff sowie Norris 1993:xvii.

³⁰⁰ Hasani; Berisha 2000. Im Bosnien-Herzegowina der vierziger und fünfziger Jahre sammelte A. Kristic vieles über die einheimische Kräuterkunde. Siehe Kristic (1967).

In der Schweiz scheinen diese Hausmittel eine weitaus geringere Rolle zu spielen. Dies ist einerseits durch die bessere Verfügbarkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu erklären, andererseits auch dadurch, dass die Hausmedizin von den Migrant/innen als „altmodisch“ und „laienhaft“ abgetan wird, während gleichzeitig der formelle schulmedizinische Sektor überbewertet wird. Auch stammen Nahrungsmittel, Kräuter und andere Substanzen, die in der Hausmedizin verwendet werden, nicht mehr unmittelbar aus der ländlichen Umgebung, entweder weil sie hier nicht wachsen oder weil man keine Zeit hat, sie sich – zum Beispiel in der Natur – zu beschaffen. Welche Renaissance aber traditionelle Medizin als Alternative zur Schulmedizin im Bewusstsein der Menschen erlebt, zeigt der Umstand, dass die WHO traditionelle und alternative Heilmethoden weltweit zu fördern plant.³⁰¹

5.6 Die Medizin des Propheten und ihre synkretistische Anwendung

Wendet sich ein kranker Kosovo-Albaner an einen traditionellen Heiler, in der Regel an einen Hodscha, wird dieser zunächst die Krankheit oder das Leiden diagnostizieren. Er wird beispielsweise von einer Klientin hören, dass sie unter Kopfschmerzen, Schlafstörungen und an nervösen Spannungszuständen leide und den täglichen Anforderungen in Familie (und eventuell Beruf) nicht mehr nachkommen könne. Aufgrund seiner praktischen Erfahrungen und seiner Intuition ordnet er ihren Leiden bestimmte Ursachen zu, ohne sie explizit zu formulieren. Er wird beispielsweise feststellen, dass eine Person in der erweiterten Familie der Klientin nicht wohlwollend gesinnt sei und daher den bösen Blick ausgesandt oder schwarze Magie angewandt habe. Gleichzeitig diagnostiziert er gemäss seinem Krankheitsverständnis den Grund, der zur Schwächung der Abwehr gegenüber magischen Angriffen geführt habe, zum Beispiel dass die Klientin aufgrund hoher Arbeitsbelastung zu wenig und zu unregelmässig gegessen habe.

Was das therapeutische Vorgehen betrifft, wird der Hodscha verschiedene Massnahmen ins Auge fassen, die religiöse und nichtreligiöse Elemente beinhalten. Nichtreligiöse Massnahmen sind zum Beispiel lebenspraktische Hinweise bis hin zu einem therapieartigen Gespräch, das jedoch wenig in die Tiefe führt und den Einzelnen stets als Teil eines Kollektivs anspricht. Im erwähnten Beispiel wird er möglicherweise darauf hinweisen, dass die Klientin künftig regelmässig essen sollte. Auch Empfehlungen aus der galenischen Medizin sind denkbar, wie beispielsweise Hinweise darauf, „heisse“ Nahrungsmittel bei gewissen Krankheiten zu meiden.

³⁰¹ Artikel aus der Neuen Zürcher Zeitung vom 17.5.2002.

Wir haben in diesem Kapitel festgestellt, dass traditionelle Krankheits- und Heilkonzepte nur vor dem Hintergrund eines religiös geprägten Weltbildes wirken. Die religiösen Elemente, die der Hodscha anwendet, liegen hauptsächlich im symbolischen Erklärungsbereich der „Medizin des Propheten“. Diese ist eng verknüpft mit der islamischen Religion in ihrer ursprünglichen Form. Trotzdem pflegen im traditionellen Umfeld auch Klient/innen christlicher Herkunft den Hodscha aufzusuchen.

Wie in Kapitel 5.5.3 bemerkt, teilen die Menschen im Kosovo, welcher Religion sie auch angehören, grösstenteils die dort vorherrschenden magischen Vorstellungen. Das gilt auch für den Erklärungsmodus einer „Abwehrschwäche“ des Organismus gegenüber magischen Einflüssen. Daher sind Diagnose und Erklärung der Krankheitsursachen, die der Hodscha anbietet, auch für die christliche Bevölkerung glaubhaft, soweit sie mit der traditionellen Vorstellungswelt verbunden ist.

Die *Tibb-an-Nabi* besteht, wie erwähnt, nicht aus panreligiösen, sondern aus rein islamischen Elementen, die Selbstverständnis und Arbeitsweise eines Hodscha gänzlich durchdringen. Die Phasen der Konzentration, des Betens und Meditierens wie auch des Verfassens von islamischen Zeichen stellen rituelle Handlungen dar, die sich nicht verbal, sondern auf eine stumme, gar verborgene Art (man erfährt nicht, was die vom Hodscha verfassten Zeichen bedeuten) mitteilen. Was die „Medizin des Propheten“ betrifft, erklärt der Hodscha nichts.

Obwohl also islamische Elemente beim Heilen durch den Hodscha allgegenwärtig sind, werden sie von Andersgläubigen, die den Hodscha aufsuchen, nicht in Frage gestellt, denn sie sind non-verbal und können daher entsprechend der eigenen Glaubenswelt interpretiert werden.

Die starke nicht-verbale Ritualisierung des Konsultationsverlaufes und der -inhalte erlaubt es also der Katholikin und dem orthodoxen Serben, einen islamischen Heiler aufzusuchen und in „seiner“ Welt von Krankheit und Gesundheit, Diagnose und Therapie einzutreten, ohne einen Widerspruch zur eigenen Religion zu empfinden. Dadurch erlangt die *Tibb-an-Nabi* im Bereich des traditionellen Krankheits- und Heilverständnisses der Kosovo-Albaner/innen eine Allgemeingültigkeit unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit.

Eine weitere religiöse Komponente, die der Hodscha verwendet, thematisiert das Wirken des Göttlichen auf einer allgemein menschlichen Ebene, so weist er zum Beispiel einen kinderlosen Klienten darauf hin, dass es in Gottes Händen liege, einem Menschen Nachkommen zu schenken, und dass er sich deshalb nicht zu sorgen brauche. Oder er bemerkt, dass Krankheit gottgegeben und Gebete wichtig seien.

Aus gutem Grund wurde bisher ausschliesslich das Vorgehen des Hodscha thematisiert. Zwar gibt es jene Heiler/innen, die Angst und Schrecken mit „Blei begiessen“ oder eine Krankheit „besprechen“ können, und man findet bisweilen einen katholischen Priester, der sich auf magische oder andere traditionelle Heilrituale versteht. Aber man findet weder im Kosovo noch in der emigrierten *community* traditionelle Heiler/innen, die in ihrer Bedeutung und Ausbreitung den Hodschas nahe kommen.

5.7 Die therapeutische Technik nach Tobie Nathan

„Guérir est toujours un acte de pure violence contre l'ordre de l'univers.“³⁰²

Der Soziologe und Devereux-Schüler Tobie Nathan hat sich intensiv mit überlieferten Heilmethoden auseinandergesetzt. Er arbeitete als Psychoanalytiker am Centre Devereux in Paris, zumeist mit Patient/innen aus dem Maghreb und aus dem transsahelischen Afrika, einige stammten auch aus anderen Regionen.

Nathan bezeichnet das traditionelle Heilen als „Gewaltakt gegen das Bestehende“, also auch gegen die Erkrankung. Das Bestehende aber repräsentiert die natürliche Ordnung, und letztlich das Universum.³⁰³ Daher ist der Heiler gegen die Natur, in ihrer bestehenden Form, gerichtet.

Wie an anderer Stelle erörtert (siehe die Kapitel 6.6.1 und 6.6.2), übertreten Schaman/innen und Heiler nach dem psychoanalytischen Verständnis Devereux' und seines Schülers Nathan die Grenzen der natürlichen Ordnung und brechen Tabus.³⁰⁴ Damit wird impliziert, dass sich Heilkundige und Schaman/innen nicht an die von der Gesellschaft vorgegebenen Regeln halten müssen – auch nicht halten können. Was ihre heilerischen Qualitäten ausmacht, ist nach Nathan zugleich ihre Pathologie.

Nathan zieht in seiner psychoanalytischen Arbeit magische Elemente mit ein, denn bei vielen Migrant/innen sind magische Vorstellungen noch aus ihrem Herkunftsland im Bewusstsein. Die Möglichkeit eines magischen Ursprunges ihrer psychischen und physischen Leiden werden von solchen Migrant/innen in Betracht gezogen. Auf dieser Ebene sind sie ansprechbar, obwohl sie ihre Vermutungen dem westlichen Arzt gegenüber nicht erwähnen. Auch wenn diese kulturellen

³⁰² Nathan 1994:13.

³⁰³ Diese Haltung steht anderen Heilskonzepten wie zum Beispiel der sufistischen Heilslehre entgegen. Die Sufis halten Krankheit für etwas, das die Harmonie der Welt stört. Heilen heisst, die Harmonie der Welt wieder herzustellen. Vgl. Moinuddin (1984).

³⁰⁴ Nathan 1994:54.

Prämissen in der Fremde nicht gezeigt werden, ist deren Einbezug ein wesentlicher Bestandteil der – oft erfolgreichen – Psychotherapie am Centre Devereux.³⁰⁵

Gemäss dem Strukturalisten Nathan unterliegen traditionelle Heilmethoden und die damit einhergehenden magischen Vorstellungen einer strengen Logik. Um Magie zu erklären, unterscheidet er zwei verschiedene Bereiche, die er „Universen“ nennt: zum einen ist es der Bereich der Gedanken, des Internen, des sich Wandelnden, zum anderen der Bereich des Externen, wo sich die Objekte befinden, welche als zeitlos und unveränderlich gelten. Vermittler dieser beiden Universen sind die traditionellen Therapeut/innen, die den Patienten mit Objekten des zweiten Bereiches in Kontakt bringen.³⁰⁶

Nathan erklärt das Wirken der traditionellen Therapien dahin gehend, dass die Verlässlichkeit und Stabilität der unveränderlichen Objekte in die Welt der Gedanken transferiert werde und hier etwas verändern könne. Dazu wird ein unbelastetes, neutrales Objekt („un objet vierge“) benötigt, das keine Funktion hat und sich nicht in Kategorien einordnen lässt.³⁰⁷ Die magischen Praktiken der Therapeut/innen seien nun nichts anderes als eine Technik, mittels derer das unbelastete Objekt eine Veränderung der internen Welt des Patienten verursachte. Mittels dieses aktiven Objektes könne man Symptom und Person trennen, und das Symptom würde am Objekt „festgemacht“. In solcher Form würde diese Trennung aufrechterhalten, und der Patient sei damit frei von Symptomen. Die mit dem Zeigen von Objekten in Zusammenhang stehenden Bilder wirkten ohne Wissen des Heilenden und des Patienten.³⁰⁸

Ein Amulett, unter Migrant/innen aus dem Kosovo ja weit verbreitet, stellt nach Nathan beispielsweise ein solches „objet active“ dar.

In traditionellen Gesellschaften bestehen die therapeutischen Sitzungen wie erwähnt weniger aus Gesprächen denn aus der Vermittlung von Objekten, beschriebenen Zettelchen, Rhythmen, Gesängen etc. Da eine Beziehung nicht nur von Person zu Person, sondern auch von Person zu Ob-

³⁰⁵ Als Beispiel wird ein Mann der Soninké (Mauretaniens) angeführt, der sich scheiden lassen will. Er fordert seine Kinder und seinen hohen Brautpreis zurück, den er bezahlt hat, was in Frankreich nicht gesetzlich ist. Nathan nähert sich ihm nun mit einem Sprichwort der Bambara aus Mali an. Der Mann aus Mauretaniens antwortet ihm: „Ah, tu connais l’Afrique! Chez les Soninkés, on dit plutôt (...)“. Entscheidend an diesem Gespräch war, dass der Soninké den Therapeuten in diesem Gespräch mit Mitteln, die ihm bekannt waren, einschätzen und überprüfen konnte und damit eine Interaktion möglich werden konnte (Nathan 1994:23).

³⁰⁶ Selbstverständlich glaubt Nathan nicht an eine existierende jenseitige Welt. Er hält alles für Täuschungen, denen die Heiler/innen aufgrund ihrer neurotischen Haltung unterliegen würden (Nathan 1994:146).

³⁰⁷ Nathan 1994:118.

³⁰⁸ Nathan 1994:144.

jekt aufgebaut wird, finden bei traditionellen Therapien nicht dieselben Übertragungsmuster statt wie in den modernen Psychotherapien. Zudem dient die Übertragung nicht als Deutungsinstrument, was ein wesentlicher Unterschied zur modernen Psychotherapie darstellt.

5.8 Help-seeking und treatment preferences

In welchen Situationen wird in der Fremde das schulmedizinische (auch psychiatrische und psychotherapeutische), in welchen das volksmedizinische Gesundheitssystem gewählt („*help-seeking* und „*treatment preferences*“)? In den allermeisten Fällen von Krankheit und Beschwerden wird das schulmedizinische System aufgesucht.

Das volksmedizinische Therapiesystem wird bei psychischen sowie diffusen, schwierig diagnostizierbaren Symptomen kontaktiert. Koen-Emge nennt für die Türkei folgende Symptome, bei denen die Leute sich veranlasst sehen, einen traditionellen Heiler aufzusuchen:³⁰⁹

- chronische Beschwerden, bei welchen die westliche Medizin erfolglos ist
- Konvulsionen, Lähmungen, Epilepsien, Depressionen, Verhaltensstörungen, Schwierigkeiten in der Pubertät, Taubheit, Stummheit, psychosoziale Probleme.

Dem möchte ich beifügen, dass manche Symptome oft gleichzeitig in beiden Therapiesystemen abgeklärt werden. Psychische Auffälligkeiten von Kindern, zum Beispiel häufiges Weinen, häufige Albträume, Bettnässen, Konzentrationsschwäche etc. können ebenfalls Anlass zur Konsultation bei einer/einem Heilkundigen sein.

Epilepsie wird im Westen als somatische Krankheit aufgefasst. Kosovo-Albaner/innen mit epileptischen Symptomen werden neben schulmedizinischen Institutionen auch einen Hodscha konsultieren, da früher Epilepsie als „vom Teufel besessen“ betrachtet und als Strafe Gottes verstanden wurde.

Neu in der Schweiz ist der Sachverhalt, dass der Zugang zu einem modernen Gesundheitssystem stets gewährleistet ist; so wendet man sich nur noch dann an einen Hodscha, wenn „klassische“ Beschwerden vorliegen, die in seinen Zuständigkeitsbereich fallen.

Das Thema Hausmedizin in der Migrationssituation wurde bereits weiter oben einleitend behandelt, nun soll es hier nochmals aufgegriffen und erweitert werden. Kräutermedizin, Wickel, Massagen etc. werden meines Erachtens unterschiedlich häufig als Therapie ausgewählt, je nach indi-

viduellen Wissens- und Erfahrungsressourcen und ihrer Wertschätzung. Die medizinischen Institutionen im Westen werden wegen fehlender generationenalter Erfahrungen oft überschätzt, während Hausmedizin als altmodisch abgetan wird. Man „erinnert sich nicht mehr“ daran, dass bei Halsschmerzen ein Zwiebelwickel aufgelegt werden könnte. Viele hausmedizinische Massnahmen wurden in Ermangelung der Verfügbarkeit einer modernen Gesundheitsversorgung gewählt, also aus der Not heraus. Wie sollen Migrant/innen daher wissen, dass Hausmedizin in manchen Fällen eine adäquate, ja sogar sinnvollere Therapie darstellt? Und in welchen Fällen? Endlich lebt man ja in einem Land mit moderner Gesundheitsversorgung!

Es ist oft auch so, dass die älteren Frauen, die Hausmedizin angewandt haben, im Kosovo verblieben sind. Somit besteht ausserhalb Kosovos kein oder ein erschwerter Zugang zu diesen Ressourcen. Zudem ist es eine Frage des zeitlichen Aufwandes. So bestehen für Frauen, die nebst Kindern und Haushalt einer Erwerbstätigkeit nachgehen, überaus hohe Leistungsanforderungen. Es ist dann einfacher, dem Kind einen Löffel Sirup oder ein „Mebucaine“ zu verabreichen, als einen Zwiebelwickel vorzubereiten, aufzulegen und ihn später wieder zu entfernen und zu entsorgen.

In meiner Arbeit mit Migrant/innen aus dem Kosovo habe ich oft erlebt, dass junge Mütter in der Pflege und Obhut der Kinder verunsichert waren. Diese Verunsicherung wird durch das Fehlen der erfahrenen älteren weiblichen Verwandten verursacht. Die Tanten, Schwiegermütter wussten stets Rat bei Geburt, Krankheit und Pflege der Kinder, und die jungen Mütter konnten von ihnen laufend lernen.

³⁰⁹ Koen-Emge 1988:79.

6 Die Bedeutung von Krankheit: Fallvignetten

„Wir wissen (...), wie vielfältig und tief die (mit der, E.K.) (...) Offenheit (...) verbundenen schmerzlichen Erfahrungen sind, und wie ungern wir selbst im vertrauten Alltag auf unsere Allwissenheitsphantasien, Vorurteile, auf die Sicherheit, die uns die Abwehr durch Vorwegwissen, durch Anpassung und Verweigerung verschafft, verzichten. Wieviel umwälzender, tiefgreifender und verunsichernder aber sieht die entfremdete Welt der durchschnittlichen Migrant/innen aus?“³¹⁰

6.1 Einleitung

Unter einer Fallvignette verstehe ich die Fallgeschichte eines Kranken, den ich während einiger Monate begleiten durfte. Es ist die biographische Geschichte eines Menschen und seines Umfeldes im Licht seiner Krankheit über die Zeit der Besuche hinweg. Eine Fallvignette umfasst aber auch Teile der Biographie des Kranken aus seiner Vergangenheit, sofern er mir davon erzählte und mich somit daran teilhaben liess.

Die Einschübe in diesem Kapitel bezeichnen Erlebtes, Eindrücke und Erfahrungen während der Zeit meiner Besuche und auch während der übrigen Zeit, beispielsweise wenn mir auf der Rückreise nach einem Gespräch noch etwas dazu eingefallen ist, eine Assoziation, ein Bild oder eine andere Reaktion auf das Erlebte. Die Einschübe enthalten also direkte, unmittelbare Eindrücke. Sie basieren hauptsächlich auf den Protokollen. Die Einleitungen zu den einzelnen Fallvignetten, die den Hergang der Krankheitsgeschichte umfassen sowie die Interpretationen und Deutungen des Erlebten, die vor allem in der Supervision entstanden sind, werden in Form von normalem Text behandelt.

In der Regel lag meinen Besuchen ein einheitlich strukturierter Ablauf zugrunde: Als Gast der Familie begrüßte mich die Gastgeberin oder der Gastgeber an der Türe, führte mich ins Wohnzimmer, bat mich, sich zu setzen, und es wurde Mineralwasser serviert. Mit meiner einleitend gestellten Frage „Wie geht es Ihnen?“ gelangten wir sogleich zum Thema. Oft erhielt ich dann eine Beschreibung, was meine Gesprächspartner in der Zeit seit unserem letzten Treffen erlebt hatten, oder sie schilderten ihre aktuelle Befindlichkeit. Ich liess den Erzähl- und Gesprächsfluss weitgehend von ihnen bestimmen, und griff wenig ein. Lediglich wenn das Gespräch versickerte,

knüpfte ich an meine letzten Besuche an und stellte Fragen, die der Vertiefung der einzelnen Themen dienten oder beim Nachdenken und Niederschreiben der Feldnotizen aufgetaucht waren. Das sensible Feld von „Krankheit und Kränkung“, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität erforderte ein behutsames Vorgehen im Gespräch.³¹¹ Es sind Lebensbereiche, die mehr als andere affektiv besetzt sind. In einer Situation, in welcher Kranke von einer „Gesunden“ über ihre Befindlichkeit befragt werden, entsteht, wie erwähnt, unweigerlich ein Ungleichgewicht, eine Spannung und oft auch eine – wenn auch unbewusste – appellative Haltung der Kranken. Diesem Ungleichgewicht zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen „Funktionieren“ und „Invalidität“ etc. gegenüber reagierte ich immer wieder mit Abwehrmechanismen, die ich in 4.2.2 beschrieben habe. Die von mir besuchten Personen werden grundsätzlich als Fallvignetten in voneinander unterschiedenen Abschnitten behandelt. Bei Themen, die mehrere Fallvignetten betreffen, wurde diese Regel durchbrochen. In solchen Fällen kann in einer Fallvignette auch von den Personen einer anderen Fallvignette die Rede sein, wie zum Beispiel beim Thema der Arzt-Patient-Interaktion.

6.2 Die kafkaeske Welt des Herrn A

Herr A³¹² wurde 1966 in einem Dorf im Südosten Kosovos als ältestes von sieben Kindern geboren. Er wuchs bei seiner Mutter und seiner erweiterten Familie auf. Als er zwei Jahre alt war, zog sein Vater in die Schweiz, um zu arbeiten. Mit zwanzig Jahren heiratete Herr A eine Frau aus einem anderen Dorf. 1989, kurz nach der Geburt seines ersten Kindes, dem noch zwei weitere folgen sollten, zog er als Fremdarbeiter in die Schweiz, wo er bei seinem Vater wohnte. Seine Frau und Kinder verblieben in der Heimat. Später holte sein Vater fast alle Geschwister von Herrn A und auch deren Mutter in die Schweiz. Herrn As Schwestern waren rasch verheiratet worden, während seine Brüder noch unverheiratet bei den Eltern leben. 1997, nachdem er krank geworden war, bezog er eine eigene kleine Wohnung in der Nähe. Er wollte die Eltern nicht allzu sehr belasten, und sein Zimmer wurde damit frei für einen jüngeren Bruder. Allerdings verbringt er den grössten Teil seiner Zeit bei seiner Familie und nicht allein in seiner Wohnung.

Herr A arbeitete in der Schweiz zunächst zusammen mit seinem Vater mehrere Jahre als Plattenleger. Dann schloss die Firma und Herr A verlor seine Arbeit. Er fand eine neue Tätigkeit, arbei-

³¹⁰ Hettlage-Varjas; Hettlage 1995:15.

³¹¹ Vgl. Kiesel; Kriechhammer-Yagmur; von Lüpke (1994).

³¹² Alle Namen sowie einzelne Details in den folgenden Vignetten wurden aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes verändert oder weggelassen.

tete von da an jedoch nicht mehr mit dem Vater zusammen. Der Arbeitsplatz im Gerüstbau befand sich nicht mehr in der Nähe, denn er wurde zusammen mit anderen morgens abgeholt und irgendwo in der deutschen Schweiz abgesetzt, wo sie innerhalb weniger Stunden ein Gerüst an einem Gebäude hochziehen oder abbauen mussten. Das Tempo war nun, bei Akkordarbeit der Angestellten, ein anderes, die Sorgfaltspflicht dennoch hoch.

Nach zwei Jahren befiel ihn Schwindel, wenn er auf dem Gerüst stand. Man einigte sich darauf, dass er von nun an die Gerüstteile vom Boden herauf reichte. Nach weiteren elf Monaten stellten sich starke Kopfschmerzen ein, er wurde krankgeschrieben und suchte sich eine neue Arbeit. Er fand sie in einer Firma, die Fabrikabfälle wieder aufbereitet. Nach einem halben Jahr häuften sich Ohnmachtsanfälle, verbunden mit depressiven Verstimmungen, einige Zeit konnte er nicht mehr gehen. Abklärungen zu Psychopathologie und Epilepsie führten zu keinem Resultat. Herr A gab die Arbeit krankheitsbedingt auf. Seither ist er in psychiatrischer Behandlung und nimmt Psychopharmaka ein. Die starken Kopfschmerzen treten immer wieder auf, stets an derselben Stelle, über dem rechten Ohr. Ohnmachtsanfälle ereignen sich vor allem an Wochenenden, im Kreis seiner Familie.

Herr A ist starker Raucher. Er wirkt ruhig – was jedoch auch durch die Psychopharmaka bedingt sein kann – und etwas deprimiert. Bei meinem ersten Eindruck erlebe ich ihn und die Familie seines Vaters, bei der die regelmässigen Treffen zunächst stattfinden, als recht harmonisch. Es gibt offensichtlich wenig Spannungen mit den erwachsenen Brüdern und Schwestern. Projekte wie der Kauf eines gebrauchten Lkws für die Verwandten im Kosovo, werden gemeinsam geplant und ausgeführt.³¹³ Ich nehme keine Beziehungsprobleme wahr, es gibt nur den körperlichen Ausdruck von Krankheit und Gebrechen.

Die erweiterte Familie des Herrn A – zusammen mit der Familie des Onkels väterlicherseits, die im selben Haus wohnen – ist so weit verzweigt, dass ich während eines Besuches beim Skizzieren des Familienbaumes ein ziemliches Durcheinander veranstalte, das die Familie dann interessiert zu ordnen hilft.

Nachdem ich das familiäre Umfeld von Herrn A durch mehrere Besuche bei seiner Familie zuhause vertieft kennen gelernt habe, verlege ich die Gespräche in ein nahe gelegenes Café, um alleine mit ihm sein zu können und ihn damit zu ermuntern, freier zu sprechen.

³¹³ vgl auch Backer 1979:78.

6.2.1 Höhenangst und sozialer Abstieg

Hettlage-Varjas und Hettlage schreiben zum Thema „Arbeitswanderung“: „Das Wort ‘Arbeitswanderung’ verharmlost die in jeder Migration steckende Dramatik. Jede Migration impliziert einen Bruch in den Beziehungen, in der kulturellen Erfahrung, in den Selbstverständlichkeiten und im gewohnten Bild von sich selbst sowie im Selbst(wert)gefühl.“³¹⁴

Migrant/innen aus dem Kosovo, deren Familien von Verwandten im Westen unterstützt werden, lebten vor der Auswanderung im Allgemeinen in guten finanziellen Verhältnissen. Dies hatte auch Herr A als ältester Sohn eines Arbeitsmigranten erlebt. Mit der allmählichen Auflösung der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien und dem zunehmenden Zerfall des Dinars – 1989 betrug die Inflationsrate über 1200% – öffnete sich die Schere zwischen den Familien ohne Angehörige in der westlichen Diaspora und denjenigen, die regelmässig Devisen erhielten, noch mehr. Es war eine merkwürdige Situation: Gut ausgebildete Einheimische, welche eine an sich privilegierte berufliche Stellung als Lehrer, Gemeindeschreiber oder Dozent etc. innehatten, verdienten ein Bruchteil dessen, womit ein Arbeitsmigrant die Familie in der Heimat unterstützte. Mit den materiellen Verhältnissen der Familien verschoben sich die lokalen Machtverhältnisse. Herr A war, solange er im Kosovo lebte, ältester Sohn einer gut gestellten, angesehenen Familie, die Häuser bauen und trotz rasch steigender Grundstückspreise mitbieten und Land erwerben konnte.³¹⁵ Als Arbeitsmigrant/innen oder gar als Asyl Suchende gehören dieselben Menschen in der Schweiz einer der untersten sozialen Schichten an (siehe Kapitel 2.4). Dieser soziale Abstieg erweist sich als ein belastendes Migrationsproblem.

Herr A ist Fremdarbeiter. Fremdarbeiter müssen härter als mancher Einheimische arbeiten, und als Migrant ist er rechtlich in vielerlei Hinsicht schlechter gestellt. Er möchte mit seiner Arbeitsleistung im Ausland nicht nur Frau und Kinder in der Heimat ernähren, sondern zum materiellen Wohl seiner ganzen erweiterten Familie beitragen. Damit würde er als ältester Sohn die ihm gebührende Stellung in seiner Familie einnehmen. Dereinst hätte er in die Fussstapfen seines Vaters treten wollen, der ja schon so lange Zeit in der Fremde ausharrte und seiner Familie im Kosovo ein für dortige Verhältnisse gutes Leben ermöglicht hatte. Jetzt, da er krank ist und nur wenig Geld zur Verfügung hat, ist alles in Frage gestellt.

³¹⁴ Hettlage-Varjas; Hettlage 1995:18.

Herrn A bereitete der Wechsel von seinem guten Leben im Kosovo in das Fremdarbeiterleben in der Schweiz Mühe. Solange er mit seinem Vater zusammen in derselben Firma arbeitete, konnte ihn dieser in die neue Welt einführen. Zudem begünstigte das durch einen wohlwollenden Vorgesetzten erzeugte empathische Arbeitsklima die Anpassung an die neuen Verhältnisse. Die handwerkliche Arbeit erforderte Behutsamkeit und Konzentration. „Wir waren angehalten, sorgfältig und gewissenhaft zu arbeiten.“ Herr A begegnete da dem ruhigen Rhythmus, der ihm aus seiner Heimat vertraut war und der auch ein Stück Besonnenheit und Würde bedeutet, ein massgeblicher Aspekt der männlichen Identität als Kosovo-Albaner.

Durch seine Arbeitstätigkeit verfügte Herr A zunächst über einen Übergangsraum im Sinne von Winnicott, den er für die erfolgreiche Bewältigung der starken kulturellen und sozialen Veränderungen so dringend benötigte (vgl. Kapitel 4.1.2). Was konnte dennoch zur Erkrankung von Herrn A führen?

Das Bild vom Baugerüst, das Herr A nicht mehr besteigen konnte, da er unter Schwindelanfällen litt, kann als Sinnbild für den sozialen „Absturz“ dienen, den er als Folge der Migration erlebte. Nur auf dem Boden fühlt er sich sicher, dort besteht die Gefahr des Fallens nicht mehr.

Migration beinhaltet, ähnlich wie die adoleszente Phase, eine Ablösung vom „Mutterland“ und zugleich die Entwicklung von Allmachtsphantasien, die die „Eroberung“ der neuen Welt ermöglichen und sie begleiten (vgl. Kapitel 4.1.4).

Herr A kann sich jedoch weder von seinen Eltern ablösen, noch kann er eigene „Entwürfe“ zur kreativen Bewältigung des Migrationsprozesses skizzieren. Der Lebensrahmen ist physisch, familiär und ökonomisch eng vorgegeben, und unter diesen Umständen müssen seine Omnipotenzgefühle unter Verschluss bleiben. Seine Höhenangst auf dem Gerüst könnte also auch auf die erzwungene Verweigerung des Wachstums hindeuten, welches mit dem Migrationsprozess einhergehen könnte.

Oberflächlich betrachtet ist er als ältester Sohn unter ähnlichen Umständen wie sein Vater ausgewandert: Nachdem er in der Heimat eine Familie gegründet hatte, verliess er diese, als sein erster Sohn zweijährig wurde und „versuchte sein Glück“ im Ausland. Bei Herrn A war alles schon eingerichtet. Er musste, auch um Geld zu sparen, bei seinem Vater wohnen, einem Vater überdies, den er nur von seinen Besuchen in der Heimat her kannte. Herr A blieb bei seiner Fami-

³¹⁵ Vgl. Von Aarburg 2001:47.

lie, die ja das Mutterland bedeutet, stecken und wurde in eine unpassende, befremdliche Kindesrolle hineingezwängt.

Zwischen der Migrationsbiographie des Sohnes und derjenigen des Vaters bestehen zudem wesentliche Unterschiede: Sein Vater konnte die adoleszenten Tendenzen in seiner Migrationsgeschichte unter günstigeren Vorzeichen realisieren. Mit Hilfe seines Onkels, durch Beharrungsvermögen und Kreativität baute er sich eine Existenz auf, richtete sich seinen Platz im Aufnahmeland ein, sandte Geld nach Hause, mietete sich eine Wohnung und schuf die Umstände, unter denen er seine Familie nach und nach zu sich nehmen konnte. Sein Vater begegnete keinen vorstrukturierten Bedingungen, denen er sich unterwerfen musste. Er war auf sich selbst gestellt. Es standen ihm mehr Möglichkeiten zur Verfügung, eigene Methoden herauszufinden, um sich ein Leben in der Fremde einzurichten. Er erfuhr zudem nicht die demütigende Voreingenommenheit, die heute gegenüber Einwanderer/innen aus dem Balkan besteht.

Die erzwungene Verweigerung der adoleszenten Migrationsphase führte in der Folge dazu, dass Herr A erkrankte. Dank der Krankheit und ihren Begleiterscheinungen kann er sich zumindest territorial ablösen, indem er sich ein eigenes Zimmer in der Nähe der elterlichen Wohnung nimmt. Die Krankheit lässt jedoch die Dringlichkeit der adoleszenten Entwicklung ungelöst und verzögert eine Ablösung. Zudem verliert Herr A seine Rolle als Ernährer von Frau und Kind, da er nicht mehr erwerbsfähig ist. Krankheit und vertiefte Abhängigkeit von Familie und sozialen Institutionen führen in der Folge zur Regression in eine frühe Entwicklungsphase. Diese äussert sich in der affektiven Reaktion auf dem Sozialamt, als er merkt, dass er nicht erhält, „was ihm zusteht“, worin er das Amt mit einer Mutter verwechselt, die für ihre „Kinder“ sorgt:

Während die Abklärungen zu allfälligen Leistungen der Invalidenversicherung im Gange sind, erhält Herr A Fürsorgebeiträge vom Sozialamt der Gemeinde. Er erzählt, dass er nur wenig Geld erhält. Zuwenig für jemanden, der in der Absicht emigriert ist, um Frau und Kinder in der Heimat unterstützen zu können, zuwenig selbst für ihn, der bescheiden lebt und sich ausser seinem Tabakkonsum und den Fahrkosten des öffentlichen Verkehrs nichts leistet. Trotz seines ruhigen Charakters wird er einmal laut auf dem Fürsorgeamt. Man droht ihm mit der Polizei. „Macht nichts, das sind auch Menschen“ ruft er.

Immer wieder muss er lange auf die Erneuerung des B-Ausweises warten. Solange er aber keinen gültigen Ausweis besitzt, kann er keine Visa beantragen, die er benötigt, um nach Kosovo reisen zu können. Deshalb kann er die Reisen in seine Heimat schlecht im Voraus planen.

Das kantonale Amt für Migration ist einerseits das Exekutivorgan des Bundesamtes für Flüchtlinge und andererseits für alle Ausländer/innen mit Bewilligungen B und C zuständig. Da man nicht unangenehm auffallen will, um die Aufenthaltsbewilligung nicht zu gefährden, wendet man sich möglichst selten an diese Amtsstelle.

Einmal ruft Herr A beim Amt für Migration an und fragt nach dem Verbleib seines B-Ausweises. Man teilt ihm mit, dass sein erneuerter Ausweis schon vor Wochen seiner Gemeinde zugeschickt worden sei, wo er ihn abholen könne. Als er auf der Gemeinde nachfragt, sagt man ihm, dass sie den Ausweis noch nicht erhalten hätten.

Herr A befürchtet auch, dass er seine Aufenthaltsberechtigung verliert, da er nicht mehr arbeitet.

Zudem sei ihm zuwenig Krankentaggeld ausbezahlt worden. Da er eine Rechtsschutzversicherung abgeschlossen hatte, konnte er sich einen Anwalt leisten. Seit zwei Jahren wartet er jedoch vergeblich auf einen Bescheid. Der Anwalt tröstet ihn immer wieder, äussert sich aber nur vage über den Stand der Dinge. Herr A überlegt sich, den Anwalt zu wechseln, meint dann aber, dass man wieder von vorne beginnen müsse.

Als Herr A krank wird, gerät er in Abhängigkeit von den Behörden und Versicherungen, deren Handeln schwer zu durchschauen ist. Er kann sich den Zwängen und Schikanen der Beamt/innen und der Bürokraten – so erlebt er die Verwaltung – nicht entziehen.

Im Rechtsfall wegen des Krankentaggeldes ist er zum Warten verurteilt. Er kann nichts tun, er fühlt sich ohnmächtig. Auch hier finden wir einen äquivalenten somatischen Ausdruck: eine Ohnmacht befällt ihn ja wirklich von Zeit zu Zeit. Ähnlich wie beim Warten auf die Ausweispapiere befindet sich Herr A in einem Spiegelkabinett, das keinen Ausgang zu haben scheint. Er erlebt die westliche, bürokratische Gesellschaft als ein undurchschaubares Labyrinth, seine Situationen gleicht derjenigen von Josef K. in Kafkas Roman „Der Prozess“.³¹⁶

³¹⁶ Solche Schikanen und kafkaeske Zustände werden auch vom Asyl Suchenden Armend im Interview mit Von Aarburg geschildert: „Als meine Grossmutter mütterlicherseits (1999) krank in Albanien war – (...) schrieb ich ein Gesuch, sie zusammen mit meiner Mutter besuchen zu dürfen. Ich hatte es am Freitag abgeschickt und am Dienstag war bereits die Antwort da, ein negativer Bescheid. Sie hatten mir gesagt, die Dringlichkeitsstufe dauere sechs Wochen. So hatte ich gerechnet: Sechs Wochen plus noch eine Woche Bearbeitungszeit – vielleicht wird es knapp, um alle Dokumente zu besorgen, machen wir sieben Wochen. So rechnete ich sieben Wochen, das genaue Datum weiss ich nicht mehr. Als sie mir dann die Antwort schickten, sagten sie: ‚Wir glauben nicht, wir können nicht annehmen, dass Ihre – dass deine Grossmutter krank ist, wenn du erst an jenem Datum gehen willst.‘ Aber am Telefon hatten sie mir gesagt: ‚Du musst schreiben, wann du gehen willst, die Dringlichkeitsstufe ist sechs Wochen, das musst du auch einplanen.‘ Wenn man sagt: ‚Ich gehe sofort‘ dann sagen sie: ‚Sie müssen sechs Wochen warten!‘ Das ist krank. Wir hatten alles besorgt: Arztzeugnis und alles.“ Von Aarburg 2001:20f.

6.2.2 Traditionen und Kollektivität

Anders als viele Migrant/innen lebt Herr A bei seiner Familie, zwar nicht mit Frau und Kindern, doch mit den meisten Mitgliedern seiner erweiterten Familie. Hier findet er Geborgenheit, Sicherheit und Wärme. Hier nimmt er die Stellung als ältester Sohn ein, auch wenn er krank ist. Er kann sich in seiner eigenen Sprache ausdrücken. Unter Männern und mit Kindern werden Zärtlichkeiten ausgetauscht, wenn zum Beispiel der Schwager seine Hand auf Herrn As Oberschenkel legt, oder wenn sein Neffe auf seinem Schoss sitzt. Der Alltag wird miteinander verbracht.

Die Momente, in denen jemand allein ist, sind Inseln im Meer der Geselligkeit. Das Zusammensein im Alltag ist Regel, das Alleinsein die Ausnahme. In der westlichen Gesellschaft hingegen stehen Individualismus und Selbstverwirklichung an erster Stelle, damit verbunden ist die Einsamkeit der Singles und das Alleinsein in den Kernfamilien, wo (meistens) die Mütter infolge unkoordinierter Stundenpläne von Schule und Kindergarten zum ganztägigen Zuhausesein gezwungen sind. Die Einwanderung in eine solche Gesellschaft stellt eine weitere Schwierigkeit dar. Die traditionellen sozialen Netze, die in der Heimat von jeher bestanden haben, müssen in der Schweiz neu geknüpft beziehungsweise erhalten werden – was erstaunlich gut gelingt. Traditionen und die Kollektivität sind identitätsstiftend und tragend in der Fremde. Es sind gesunde, heilende Aspekte, wenn sie die Integrationsforderungen des Aufnahmelandes nicht lähmen, sondern die Grundlage dafür bilden.

Herr A wird stets zuhause bei seiner Familie und oft am Wochenende von seinen Anfällen überwältigt. Es ist, als könne seine Krankheit, welche Ursachen ihr auch zugrunde liegen, erst im geschützten Rahmen seiner Familie ausbrechen. Die Familie des Herrn A reagiert äusserst liebevoll, tolerant und geduldig auf die Krankheit von Herrn A. In der kalten Jahreszeit ist für ihn im Wohnzimmer ein Platz neben dem Heizungs-Radiator mit einer Woldecke ausgelegt, wo er sich bequem ausstrecken kann und doch in der Gemeinschaft verbleibt. Manchmal behält er im Wohnzimmer auch seine Wollmütze auf. Nie erlebe ich einen Ausdruck des Überdresses bei seinen Brüdern, Eltern und weiteren Verwandten, obwohl seine aggressiven Ausbrüche und Angstattacken, die ihn vor seiner medikamentösen Behandlung heimsuchten, auch belastend sein mussten.³¹⁷

³¹⁷ Zur Pflege von psychisch kranken Personen im Kosova schreiben Hasani und Berisha: „Tatsächlich zeigte die Familie gegenüber psychisch kranken Angehörigen maximale Toleranz, ausgezeichnetes Benehmen und besonders aufmerksame Fürsorge bei Verpflegung, Kleidung, Hygiene, Schlaf usw. Und nicht nur die Familie, sondern das gesamte Umfeld in der Ortschaft, dem Dorf usw. zeigte die gleiche Toleranz“ (Hasani; Berisha 2000:55).

Ich nahm nie wahr, dass Herr A irgendwie aus seinen familiären Fesseln ausbrechen wollte. Er litt darunter, seiner Frau und seinen Kindern, aber auch seinem Vater kein Geld geben zu können. In meiner Gegenwart äusserte er nie materielle oder ideelle Wünsche, von denen er träumte und die er für sich realisieren wollte. Sein einziger grösserer individueller Erwerb in den dreizehn Monaten, während ich ihn besuchte, war ein Mobil-Telefon, und überdies ein gebrauchtes.

Die an die traditionellen Werte gebundene Familie verhindert jedoch auch die Selbstverwirklichung, da das Familienmitglied für die Familie leben und arbeiten soll. Hier zeigt sich eine Ambivalenz, in der sich viele Migrant/innen befinden. Im Aufnahmeland Schweiz besitzt die individuelle Selbstverwirklichung sowohl im beruflichen als auch im privaten (und damit sexuellen) Bereich einen hohen Stellenwert. Das Meiste kann, so versprechen zumindest omniprésente Reklamen, durch den Erwerb materieller und ideeller Güter „erkauft“ werden. Herr A muss sich jedoch täglich gegen die vielen Versuchungen in der Öffentlichkeit und in den Medien wehren. All diese Möglichkeiten sind nicht für ihn gedacht; er befindet sich wie in einer Gefängniszelle, in der er sich gar selbst verbietet, durch das Fenster die Freiheit zu erblicken. Es ist das Gefängnis, in dem auch all seine Omnipotenzphantasien stecken, die ja gerade durch die Vielfalt ideeller und materieller Güter verführt werden wollen.

6.2.3 Die Sprache – ein Korsett

Die Sprache der Umgebung nicht zu beherrschen hat viele Konsequenzen. Eine davon ist die Unmöglichkeit, das eigene Befinden adäquat ausdrücken zu können. Es ist schwer, sein Befinden in einer Sprache zu vermitteln, die man nicht spricht, denn die Formulierungen sind abhängig vom Beziehungsgefüge. Sprachliche Formulierungen haben eine unterschiedliche Bedeutung, je nachdem, ob Herr A mit seiner Psychiaterin, mit dem traditionellen Heiler oder mit mir spricht. Die sozialen und hierarchischen Regeln, die das Beziehungsgefüge in der Heimat bestimmen und sich in der Sprache widerspiegeln, gelten in der Schweiz nicht mehr. Das Beziehungsgefüge selbst ist durcheinander geraten. Diese fehlende oder mangelhafte Ausdrucksmöglichkeit in der Sprache und damit zusammenhängend die fehlende strukturierende soziale und psychische Orientierung kann man nicht mit Nachhilfestunden allein lösen, denn das Befinden ist etwas Soziales, nicht Linguistisches.

Es ist kränkend, missverstanden zu werden, und deshalb keine vertiefenden Gespräche mit der Umgebung führen zu können. Herr A spricht recht gut deutsch, er stösst aber immer wieder an

Grenzen, wenn er eine Sachlage differenziert ausdrücken will, auch im Gespräch mit mir, obwohl ich Zeit habe, auf ihn einzugehen, ihn bereits ein Jahr lang regelmässig treffe und mich bemühe, ihn zu verstehen. Ich bin mir bis zum Schluss nicht sicher, was von meiner Sprache er versteht und was nicht. Im Gespräch geht der Ball oft mehrmals hin und her. Ich habe den Eindruck, dass wir Schicht um Schicht die unterschiedlichen sozialen, kulturellen, linguistischen und individuellen Bedeutungen klären müssen, bevor Herr A sich verstanden fühlt und bevor ich die Gewissheit habe, wirklich verstanden zu haben, was er sagen möchte. Nicht immer gelingt es mir, der Sache auf den Grund zu gehen. Häufig sind seine Antworten indirekt, er erzählt etwas anderes, als ich erwarte. Da ich annehmen kann, dass er auf die für ihn adäquate Weise antwortet, muss ich einen neuen Zugang zu seiner Aussage finden. Daher braucht es Zeit, um zum Kern vorzudringen. Die Verständigungsarbeit erfolgt aber nicht einseitig. Es ist, als würden wir gemeinsam einen Tunnel bauen, und jeder beginnt auf seiner Seite zu graben.

Die deutsche Sprache, in der Herr A sich nicht perfekt auszudrücken vermag, engt unsere Kommunikation ein, gleichzeitig ist sie aber das Gemeinsame, das wir besitzen und worauf unsere Gespräche gründen. Erst nachdem wir uns ein ganzes Jahr lang getroffen haben, gewinne ich den Eindruck, dass er mehr verstanden hat, als ich angenommen habe.

Durch die Sprache werden innere und äussere Wahrnehmungen verbalisiert. Die Sprache steht in enger Verbindung mit der Entwicklung der Ich-Funktionen, deren Entwicklung parallel zum Spracherwerb verläuft. Erst durch die Sprache ist es möglich, die Welt zu ordnen. „Sie dient vor allem als Organ des Denkens, des Bewusstseins und der Reflexion, sie verleiht Autonomie gegenüber dem Erlebten. Die Sprache bestimmt die Erfahrung der Welt, der Anderen und des Selbst. Sie liefert einen Stützpunkt für die eigene Identität.“³¹⁸ Ein anschauliches Beispiel für die Sprache als identifikativen Faktor ist der von Hans-Peter von Aarburg befragte junge Meriton, der in der Schweiz geboren und aufgewachsen ist. Er erzählt von der Beziehung seines Vaters zu zwei Söhnen seines Bruders, also Meritons Cousins väterlicherseits, welche zeitweise mit ihm zusammenlebten: „Mit ihnen war ich so richtig aufgewachsen, mit Ulli (einer der beiden Cousins, E.K.) bin ich jeden Tag in den Kindergarten gegangen. Das war eine schöne Zeit“. Und: „Der Familienzusammenhalt ist bei uns sehr gross. Mein Vater nennt auch sie ‚mein Sohn!‘ Er sagt nicht Bulli oder Ulli, sondern: ‚Mein Sohn! *Djali ëm!*‘ Auf Deutsch tönt es etwas blöd. Auch ihr

³¹⁸ Grinberg; Grinberg 1990:124.

Vater sagt mir nicht: ‚Hey, Meriton!‘ Wenn ich allein bin, sagt er: ‚Mein Sohn, mach das!‘.³¹⁹ Meriton, der hochdeutsch, schweizerdeutsch und albanisch beherrscht, spürt, wie unübersetzbar der Ausdruck ‚mein Sohn‘ ins Deutsche ist, da er bewusst eine tiefe, emotionale Beziehung ausdrückt, welche vieles mehr als eine rein persönliche Angelegenheit umfasst, und im kulturellen Verständnis von Verwandtschaftsbeziehungen fest verankert ist.

Mittels der Sprache findet das Individuum allmählich seinen Ort in der Gesellschaft. Den Verlust – beziehungsweise Wechsel – der Sprache bezeichnen Grinberg und Grinberg als eines der wichtigsten Probleme, mit denen Migrant/innen konfrontiert sind.

Durch die Auswanderung in ein Land mit einer Sprache, die man selbst nicht oder nicht gut beherrscht, verliert man seine verbale Ausdrucksmöglichkeit. Das vertraute linguistische Instrumentarium muss durch ein fremdes ersetzt werden, damit ein Migrant die ihn umgebende Realität erfassen und mit der ansässigen Bevölkerung kommunizieren kann. Dies bedeutet einen Angriff auf die eigene Identität und lässt den Erwachsenen als sprachloses und hilfloses Kind erscheinen – als das er sich auch fühlt. Nach Grinberg und Grinberg ist es möglich, dass ein Migrant bei der Konfrontation mit seiner Sprachunfähigkeit im fremden Kontext in Verhaltens- und Reaktionsweisen zurückfällt, welche er in seiner frühesten Kindheit verinnerlicht hat. Sie begründen dies damit, dass bereits das Kleinkind Ohnmachtsgefühle entwickelte, als die Umgebung ihm seine vielen Fragen nicht adäquat beantwortete und es im Ungewissen liess.

Grinberg und Grinberg unterscheiden die in ihrem Buch erwähnten verschiedenen Formen der Ohnmachtsgefühle eines Immigranten nicht näher. Diese sind jedoch von den Motiven der Emigration abhängig: Ein Asyl Suchender, der vor Verfolgung oder gar Krieg in die Schweiz flüchtet, (wieder-)erlebt andere Formen der Ohnmacht als jemand, der als Arbeitsmigrant oder im Rahmen eines Familiennachzuges einreist. Der letztere ist aus freiem Willen eingereist, und Formen der Ohnmacht erlebt er zwar, aber in weniger existenziellem Ausmass. Jemand, der vor Repression und Krieg geflüchtet ist, mag Ohnmacht in der Fremde als immerwährende Retraumatisierung der in der Heimat erlebten Ohnmacht erleben, derentwegen er ja geflüchtet war.

³¹⁹ Von Aarburg 2001:11f.

Zur Bedeutung der albanischen Sprache bei Migrant/innen aus dem Kosovo schreibt Hartmann Kunkel, dass das Albanische infolge der langen Unterdrückung durch die jeweiligen Machthaber zu einer „Sprache des Widerstandes“ wurde. So war das Serbische mit dem Staat und seinen Institutionen verknüpft, während das Albanische im privaten Rahmen und unter Freunden gesprochen wurde. Die Sprache als wesentlicher Bestandteil der kulturellen Erfahrung half daher mit, die beiden getrennten Bereiche zu fixieren und voneinander abzugrenzen. Hartmann Kunkel vermutet, „dass die Kosovo-Albaner aufgrund vorgängiger kollektiver Erfahrungen besonders sensibilisiert sind auf den Gebrauch von Sprache, insbesondere dort, wo er zu Machtzwecken eingesetzt wird.“³²⁰

6.2.4 Das Schweigen der Familie

Eines der letzten Male, an denen ich Herrn A zu Hause besuche, ist seine Schwester mit ihren zwei ca. drei- und fünfjährigen Buben zu Besuch. Herr A plant, über die Festtage nach dem Kosovo zu seiner Familie zu reisen. Herrn As Schwester raucht Zigaretten und sitzt auf dem Teppich, mit ihrem Rücken an ein Sofa gelehnt. Die Buben lehnen an der Brust des jüngeren Bruders von Herrn A. Später wenden sie sich ihrer Mutter zu, schauen sie und mich abwechselnd an und sagen: „Thui, thui!“ (sage es, sage es). Ich frage die Mutter, was sie damit meinen würden. Sie erklärt, dass die beiden Buben möchten, dass sie mir mitteile, die Kinder von Herrn A im Kosovo, deren Cousins also, würden sehnlichst auf ihren Vater warten.

Wo keiner der Erwachsenen über Inneres spricht, da es das Äussere – nämlich die Anwesenheit einer Fremden – nicht zulässt, sind es die Kinder als Teil des Familiensystems, die die Grenze durchbrechen, zu der Besucherin eine Brücke schlagen und das Nahe liegende, aber vor ihr Unausgesprochene ausdrücken. Für sie, die sich im Prozess des Aufwachsens und der damit verknüpften Sozialisation befinden, ist die Grenze zwischen innen und aussen, zwischen Reden und Schweigen noch durchlässig. Für die Erwachsenen ist diese Grenze dicht, die Distanz zu weit zu einer Fremden, deren Erklärungen für ihre regelmässigen Besuche man nicht ganz nachvollziehen kann. Es bleibt das Schweigen.

Immer wieder vermerke ich in meinen Gesprächsprotokollen, dass ich Herrn A alles explizit fragen muss. Er sitzt da und schweigt. Oft fallen mir die relevanten Themen erst auf dem Nachhauseweg ein, was mich ärgert. Was hindert mich, meine Fragen frei und unbeschwert einzubringen? Mit seinem Schweigen umzugehen bereitete mir oft Schwierigkeiten. Einmal passierte es, dass mir ein Bruder oder Cousin von Herrn A zuerst bereitwillig erzählte, um dann plötzlich in ein Schweigen zu verfallen..

³²⁰ Hartmann Kunkel 1996:42.

Das oben beschriebene Bild mit den kleinen Neffen des Herrn A liess in mir den Eindruck einer friedlichen, harmonischen Familie entstehen. Aber es bestanden Lücken, Lücken im Erzählen der Alltagsgeschichten wie auch Lücken in meinem subjektiven Erleben. Ich nahm mir vor, die Fragen, die mir auf dem Nachhauseweg einfielen, beim nächsten Besuch zu erörtern, aber entweder „passten“ sie nicht mehr in unser Gespräch oder ich hatte sie vergessen. Erst später, beim Durchsehen meiner Notizen ein Jahr später, fällt mir auf, wie wenig Neugierde die Familie mir entgegengebracht hatte. Man erkundigte sich auch nicht näher nach meinen Absichten, Zielen, nach meiner Haltung der Familie gegenüber. Auch klagte man nie darüber, dass der jüngste Bruder von Herrn A monatelang untätig zuhause sass, weil er keine Arbeit und schon gar keine Lehrstelle fand. Niemals wurde um meine Vermittlung oder um diejenige einer sozialen Institution gebeten. Ich gewärtigte, dass das „Vergessen“ meiner wichtigen Fragen eine Gegenübertragungssituation offenbarte, in der das persönliche Interesse nicht gestattet zu sein schien (aber immerhin besuchte ich sie ja regelmässig über mehr als ein Jahr hinweg). Diese Erkenntnis erlaubte mir, Fragen und Hypothesen über die Gründe des Schweigens zu formulieren:

Die Überlegungen beginnen beim Vater des Herrn A. Weshalb war er, obwohl meines Wissens krank, nie anwesend, wenn ich sie morgens besuchte? Weshalb grüsste er mich nur knapp, wenn ich ihm zufällig auf der Strasse begegnete? Allmählich wurde mir klar, dass Herrn As Vater mir aus dem Weg ging. Wurde etwas vor mir verborgen? Stand dieses Verborgene damit in Verbindung, dass auch er nicht arbeitete, also krank war? Sie hatten einmal am Rande bemerkt, er habe eine Beinoperation hinter sich. Weshalb konnte man über die schwere Krankheit des Sohnes und auch über den Bluthochdruck der Mutter sprechen, nicht aber darüber, woran der Vater litt? Bestand eine Verknüpfung zum Bluthochdruck der Mutter? War dieser – wie der Schwindel und die Ohnmachtsanfälle von Herrn A – auch als symbolischer Ausdruck zu verstehen? Stand die Mutter, oder besser, stand die Familie unter einem hohen Druck, der kein Ventil fand? War die Problematik, in der Herr A steckte, nicht gleichzeitig die Problematik der Familie, die unter dem Druck stand, sich zwei sich widersprechenden Gesellschaftssystemen anzupassen?

Vielleicht hatte die Abwesenheit des Vaters auch damit zu tun, dass man im Kosovo, wenn die Söhne herangewachsen und erwerbstätig sind, nicht mehr zu arbeiten brauchte.³²¹ In der Schweiz gelten andere Regeln, und das wusste der Vater von Herrn A. Man arbeitet bis zu Pensionierung, unabhängig davon, ob die Kinder erwerbstätig sind oder nicht. Möglicherweise entzog sich der Vater dem Dilemma zwischen den Sitten des Kosovo und den in der Schweiz geltenden gesetzlichen Bestimmungen über das Rentenalter, indem er in eine Krankheit flüchtete. Den Alltag konnte er so zu Hause verbringen, wie es sich gehörte. Hier widerspiegelt sich auch die Haltung in einer feudalen Gesellschaftsform, eine Haltung, die eine Ehrenposition höher gewichtet als der Gesundheitsstand. „Kranksein“ und der damit verbundene Bezug von Versicherungsleistungen wird als etwas Legitimes wahrgenommen. Abhängigkeit von Fürsorgegeldern jedoch ist entwürdigend.

Eines Tages treffe ich Herrn A im Psychiatrischen Ambulatorium, wo er alle sechs Wochen mit der Psychiaterin ein Gespräch führt und seine neuen Medikamente abholt. Herr A ist erstaunt, mich zu sehen. Hat er vergessen, dass ich ihm gesagt habe, ich würde kommen, da seit unserem letzten Treffen drei Wochen vergangen sind? Ich frage nach. Nein, er hat angenommen, ich habe es vergessen.

Das Gespräch dreht sich zunächst um den Hergang von Herrn As Krankheit. Dann fragt die Ärztin nach den Zukunftsaussichten, obwohl er – da er schon längere Zeit regelmässig das Ambulatorium besuchte – darüber schon früher befragt worden war. (Da die Arbeit im Psychiatrischen Ambulatorium ein Teil der Ausbildung zum Facharzt ist, wechseln Herrn As Gesprächspartner alle sechs Monate. Das heisst, er muss immer wieder von neuem den Hergang und von der Art seiner Krankheit erzählen.)

Bei diesem Gespräch, bei dem ich nur zuhöre, habe ich die Assoziation, eine „Polizistin“ zu sein, die die Ärztin abhören und Herrn A „überwachen“ will.

Im Lauf der Konsultation erfahre ich, dass Herr A auch unter Angstzuständen und Wutanfällen leidet. Dies hat er mir nie gesagt.

Da war also zunächst dieses Schweigen der Familie von Herrn A, das sich auf mich übertragen hatte, und das sich gut mit meiner Höflichkeit und Zurückhaltung deckte. Dann kam der Tag, an dem ich in der psychiatrischen Konsultation mit einer völlig anderen, unbekanntem Seite des Herrn A konfrontiert wurde: mit seinen schweren psychotischen Ausbrüchen, mit seinen Wutanfällen und massiven Angstattacken. Episoden, in denen sich Herr A schwach und verletzlich zeigt

³²¹ In der Türkei arbeitet ein Mann ab fünfzig Jahren nicht mehr, da er „alt“ ist und Würde zeigt (Engelbrektsson 1978:238 zit. in Schiffauer 1991:195).

te. Meine Empfindung während der Konsultation, einer Polizistin zu gleichen, war eine Gegenübertragung. Die Polizistin, die die Situation unter Kontrolle behält, steht in einem antagonistischen Verhältnis zu einem Menschen, der sich hier unkontrolliert und bloss gestellt zeigt. Beide Figuren, die Polizistin und der Unangepasste, sind von denselben Ängsten vor Kontroll- und Machtverlust gefangen. Diese Konstellation wies auf das immense Ausgeliefertsein von Herrn A hin und auf der anderen Seite auf meine Macht als Forscherin, die ihr Wissen über ihn missbrauchen, seine Schwächen offen legen, seinen Namen publik machen könnte.

Dass die Ärztin mehr über Herrn A wusste als ich, lag auch an ihrer Rolle, die sie in diesem Kontext innehatte. Einer Ärztin vertraut man seine Geschichte an. Sie ist an das Arztgeheimnis gebunden, und nur wenn man ihr die ganze „Wahrheit“ mitteilt, kann sie auch helfen. Man kennt ihre institutionalisierte Rolle, während dies bei mir nicht der Fall ist. Kannte ich denn auch ein „Berufsgeheimnis“? Wer überprüfte das? Ich war die Forscherin, mit niemandem vergleichbar, ich konnte keiner der schweizerischen Institutionen zugeordnet werden. Zudem war ich ja auch nicht in der Lage, ihn zu heilen: was war denn eigentlich der Zweck meiner Besuche?

Auch darin, dass Herr A glaubt, ich nähme den Termin im Ambulatorium nicht so ernst, äussert sich eine Übertragungssituation. Nachdem ich seinen erstaunten Gesichtsausdruck wahrgenommen hatte, hatte ich ja Ähnliches von ihm selbst vermutet.

Das Unbehagen, das in der Konsultation mit der Psychiaterin entstanden war, trage ich weiter, als Herr A mich spontan zu einem Kaffee in ein Quartierrestaurant einlädt und wir dann nicht gleich bedient werden. Ich habe plötzlich eine irrationale Angst, dass Herr A wegen seines „Fremdseins“ vom Kellner in diesem Lokal „übersehen“ und deswegen nun gleich ein Eclat geschehen würde... (Was natürlich nicht der Fall ist. Wir werden freundlich bedient.)

Ein anderes Mal, gegen Ende des Jahres, treffe ich Herrn A am Bahnhof und wir gehen miteinander in Richtung des uns bekannten Cafés. Nach einer kurzen Frage zu unserer gegenseitigen Befindlichkeit schweigen wir. Zwar möchte ich nicht schon auf dem Weg Fragen stellen, aber dieses Schweigen bedrückt mich ungeheuer. Ich fühle mich, wie – auch wegen des „ungewohnten“ Kontaktes, den ich zum verheirateten Herrn A habe – als würde ich ihn auf die Schlachtbank führen.

Auch bei den oben beschriebenen Episoden werden Gegenübertragungsmechanismen sichtbar: meine entsetzliche Empfindung des zur-Schlachtbank-Führens und zuvor die Angst, dass er im Restaurant schlecht behandelt oder ignoriert werde. Was bedeuten diese Übertragungen in der Beziehung zu Herrn A?

Das Bild der Schlachtbank zeigt, wie sehr sich Herr A mir „auf Gedeih und Verderb“ ausgeliefert fühlte. Er gewährte mir tiefste Einsichten in seine Gefühlswelt, welche ja normalerweise jenseits der Grenzen dessen lag, was man nach aussen zeigte. In jenen Momenten besass ich Macht, weil er mir, der Fremden, seine verzweifelte Situation unverhüllt zeigte. Die Machtgefühle, die ich empfand, lösten in mir grosse Schuldgefühle aus.

Ich empfang also durch die Übertragung all die Gefühle, an denen Herr A mich teilhaben liess: Agonie (Angst vor dem sozialen Tod), Ohnmacht, Verzweiflung, Depression. Nur dadurch, dass ich mir selbst erlaubte, die Übertragungsmechanismen bewusst anzuschauen, gewann ich als Forscherin differenzierte Erkenntnisse über die emotionale Situation von Herrn A und seiner Familie. Wie hätte ich weiter eine offene, neugierige Haltung einnehmen können, wenn ich jenes Bild der Schlachtbank in meinem Kopf einfach ignoriert, unterdrückt hätte? Wie kann Ignorieren und Forschen zusammenpassen?

Auch meine Panik, wir würden im Restaurant ignoriert, weist auf seine existentiellen Ängste hin, zu denen er mir auf nonverbale Weise Zugang gewährte. Er offenbarte mir in dieser für mich „schiefen“ Situation, wie bedrohlich seine Probleme geworden waren, mit Krankheit, Status- und Machtverlust, und nicht zuletzt mit der beständigen Sehnsucht nach seiner Frau und seinen Kindern und den gleichzeitig empfundenen Schuld- und Schamgefühlen ihnen gegenüber.

Den ungleichen Machtverhältnissen zwischen der Forschenden und ihren Informant/innen wird oft nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt. Aber gerade sie können die Wahrnehmung und damit die Erkenntnisse in der sozialen Forschung in bedeutenden Mass verzerren. Auch dies war die Botschaft meiner Schlachtbank-Assoziation: Nämlich, dass das Machtgefüge nicht ausser Acht gelassen werden darf. Jemand mit geringer Macht fühlt sich in der Zusammenarbeit jemandem mit grösserer Macht ausgeliefert, was das Vertrauensverhältnis nicht gerade fördert. Wie bereits erwähnt, entwickelt sich zudem oft unbewusst auch eine appellative Haltung zum Machtträger. Dies muss bei der Analyse und Interpretation der Erfahrungen vorrangig berücksichtigt werden (siehe auch Kapitel 6.3.2).

Weshalb öffnete sich mir Herr A unter diesen Umständen und liess zu, dass ich ihn monatelang „ausfrage“? Der wesentliche Grund dafür war, dass er dies seinem väterlichen Freund vom Dachverband der albanischen Vereine, der ihn mir vermittelt hatte, versprochen hatte (siehe Kapitel 1.3). Da jener Freund ihm bisweilen bei den Kontakten zu Anwalt, Versicherungen und Behörden half, war dies ein idealer Tauschhandel und eine Möglichkeit für Herrn A, sich bei seinem Freund für seine Dienste zu revanchieren. Da der in der Hierarchie der albanischen *community* viel höher rangierende Freund mich vorgeschlagen hatte, dachte Herr A auch weniger über die Konsequenzen nach, zu denen die häufigen Treffen mit mir und die langsam entstehende Nähe möglicherweise führen konnten.

Devereux schreibt, dass nicht die Untersuchung des Objekts, sondern die des Beobachters einen Zugang zum Wesen der Beobachtungssituation eröffne.³²² So führt die Untersuchung meiner oben beschriebenen Empfindungen zur Analyse dieser spezifischen Begegnungssituation: Die Beschäftigung mit schwer erkrankten Migrant/innen war immer wieder geprägt von schwierigen Gratwanderungen und unvermeidlichen Grenzverletzungen. Beides, die Krankheit und das Fremdsein, stellen heikle Themen dar, geprägt von Ungleichheit und Machtgefälle. Bei dieser „fatalen“ Themenkombination ist ethnologisches Arbeiten gar nicht anders möglich, als dass immer wieder Schwächen offenbart, Ängste aufgedeckt werden, Schamhaftes berührt und an Existentiellern gerüttelt wird. Die Forschende wird dabei immer wieder vom besonderen Moment, von vorherrschenden Gefühlen auf eine bestimmte Art und Weise „angesteckt“. Die so entstandenen „Störungen“ durch die Existenz und das Agieren der Beobachterin werden glücklicherweise, „wenn sie entsprechend ausgewertet werden, zu Ecksteinen einer wissenschaftlichen Erforschung des Verhaltens – und bleiben nicht – wie man gemeinhin glaubt – bedauerliche Malheurs, die man am besten eilends unter den Teppich kehrt.“³²³ So waren die Irritationen und Gegenübertragungen im Feld Begleiterscheinungen meiner Untersuchungsmethode und der damit verknüpften Fragestellung. Sie sind Begleiterscheinungen, die gemäss Devereux zu wesentlichen Erkenntnissen führen: „(...) die kritische Durchleuchtung der einer bestimmten Wissenschaft inhärenten Schwierigkeiten (...) bringt (...) fast immer die Einsicht mit sich, dass sie einzig für jene Wissen-

³²² Devereux 1973:20.

³²³ Devereux 1973:29.

schaft charakteristisch sind, weil sie ihr Bedeutungsfeld abstecken, ihr Wesen definieren und somit die Schlüsseldaten jener Disziplin sind.“³²⁴

6.2.5 Nonverbale Kommunikation

Zwar kann ich ihm nun Fragen über seine Angst und Wut stellen, aber diese Fragen werden von ihm nur kurz beantwortet, hernach verfällt er sogleich wieder in Schweigen.

Wie im Abschnitt über die Ethnologie der kosovo-albanischen Gesellschaft angeführt, bestanden in der albanischen Familie zwischen Männern, die verschiedenen Generationen angehörten, strikte hierarchische Strukturen. Diese den Alltag strukturierende Ordnung mit ihrer Aufgaben- und Arbeitsteilung verhinderte das In-Frage-Stellen von Entscheidungen und Haltungen: Man widersprach dem Vater oder Grossvater nicht.³²⁵

Auseinandersetzungen oder Widersprüche finden auf einer nonverbalen oder indirekten Ebene Ausdruck. Die Kommunikation verläuft zwischen den drei Polen „Sprechen mit dem Gegenüber – Sprechen mit Dritten – Nonverbale Kommunikation“. Denn auch Schweigen oder ein verpassstes Treffen mit der Feldforscherin ergeben eine spezifische Aussage. So besteht zwar eine differenzierte Kommunikation untereinander, jedoch weniger in einem direkten, sondern in einem indirekten, bisweilen nonverbalen Austausch.

Zu Beginn meiner Besuche hatte mir Herr A vieles über seine schwierige Situation erzählt: Über die Krankheit, über seinen unsicheren Aufenthaltsstatus, über sein Verhältnis zu den Behörden und zu den ehemaligen Arbeitskollegen. Diese Gespräche konnten dann aber nicht weiter vertieft werden. Wir sprachen lediglich über den Alltag, über das Kosovo und darüber, wie die Lkw-Transporte in sein Dorf abgewickelt werden.

Da ich aus Herrn A nur wenig herausbringe, rät mir mein Supervisor zu einem Persönlichkeitstest mit Bildern, anhand derer Herr A frei assoziieren sollte. Die Bilder sollten ihn zum Sprechen animieren, gleichsam dazu "verführen". Ich kenne jedoch die genaue Bezeichnung des Tests nicht und stosse bei meiner Suche in den einschlägigen Bibliotheken auf einen anderen Test, den ich als den richtigen erachte. Es handelt sich dabei jedoch um einen mehrseitigen schriftlichen Test, bei dem man Fragen im Multiple-Choice-Verfahren mit Kreuzchen beantworten muss. Ich bespreche diesen Test mit Herrn A, unterstreiche, dass er freiwillig sei und dass er meine Hilfe in Anspruch nehmen

³²⁴ Devereux 1973:29.

³²⁵ Hier muss angefügt werden, dass Entscheidungen beispielsweise eines Vaters, die seine Familie angehen, weniger aus einer individuellen Motivation heraus getroffen werden, sondern in der Regel zum Wohle und zur Stabilität des Kollektivs, und daher von den meisten Familienmitgliedern nachvollzogen werden können, d. h. weniger der Kritik ausgesetzt sind.

könne. Er will den Test zusammen mit seinem Bruder, der besser deutsch spricht als er, anschauen. Zum nächsten Treffen erscheint er nicht. Später sagt er, dass er den Termin vergessen habe, da er wegen Investitionen unterwegs gewesen sei, die seine Familie für ihre Angehörigen im Heimatdorf getätigt hätten.

Sechs Wochen später möchte er unsere Treffen beenden, da er infolge von Arztterminen und seinem Beschäftigungsprogramm zu wenig Zeit habe. Wir haben uns immerhin mehr als ein Jahr lang regelmässig getroffen! Habe ich durch meinen Testvorschlag den Abbruch herbeigeführt?

Ausser beim ersten Mal hatte Herr A vorher nie ein Treffen mit mir verpasst. Sein Nichterscheinen war die indirekte, nonverbale, aber klare Antwort auf meinen Vorschlag, den Test durchzuführen. Ich nehme auch an, dass sein späterer Wunsch, die Treffen zu beenden, mit der Enttäuschung über diesen Test zu tun hatte. Er interpretierte den Test möglicherweise dahin gehend, dass ich ihn – zumindest in der Rolle, die ich vertrete – damit pathologisieren wollte. Er sah zwar seine Krankheit ein, aber im Sinne eines unverschuldeten, psychiatrischen Defektes. Er hatte seinen Körper und seine Gefühle bisweilen nicht unter Kontrolle, fühlte sich aber deswegen noch lange nicht verrückt. Und ich wollte nun womöglich seine Verrücktheit mit diesem Test nachweisen.

Auslöser dieser Entwicklung waren Verständigungsschwierigkeiten zwischen meinem Supervisor und mir, als würden auch wir „zwei verschiedene Sprachen“ sprechen. Mein Supervisor hatte einen Assoziationstest mit Illustrationen im Sinn, den ich zusammen mit Herrn A hätte durchführen können. Mit Hilfe dieser Illustrationen hätte der Dialog vertieft werden sollen. Ich stiess aber auf einen schriftlichen Test, bei dem es um gänzlich andere Aussagen ging und bei dem die Interaktion weniger Platz einnahm. Es kam zu einer Kette von Missverständnissen, und in der Folge wurde die Situation immer „verkehrter“.

Vielleicht hatten meine Reaktionen zudem mit einer Ambivalenz meinerseits zu tun: Ich wusste nicht viel über Herrn As Persönlichkeit, wollte aber mehr in Erfahrung bringen – und mein Supervisor riet mir auch dazu –, aber ich hatte doch auch das Gefühl, illegitim (da versteckt) in seine Persönlichkeit einzudringen.

Diese Missverständnisse, die sich in die Supervision eingeschlichen hatten, widerspiegeln die Verständigungsschwierigkeiten, die meine Klient/innen im Alltag erlebten. Mit Herrn As Antwort und seinem Kontaktabbruch habe ich Verständigungsschwierigkeiten und ihre Folgen erlebt, wie sie die Migrant/innen und Migranten mehrfach zu gewärtigen haben.

Gegen Ende der Besuche wurde vieles deutlich:

Nicht nur Herr A, sondern die gesamte Familie litt unter Belastungen, die nie ausgesprochen wurden, aber dennoch real waren. Der traditionell lebende Familienverband, gegen aussen harmonisch und scheinbar ohne grössere Konflikte, konnte nur funktionieren, wenn viele ungelöste Fragen und Probleme verdrängt wurden. Diese konnten nicht angegangen werden, denn sie lagen im Spannungsfeld des Migrationsprozesses, das neben Entbehrungen, Irritationen, Verletzungen auch Verlockungen und Möglichkeiten bot, denen man jedoch nur nachgeben konnte, wenn man Altes aufzugeben bereit war. Aber gerade das „Alte“ bot so viel Halt und Geborgenheit; ja es bildete die Grundlage der Identität, weshalb in der desorientierenden Situation der Migration darauf nicht verzichtet werden konnte. So blieb man im Traditionellen verhaftet und zahlte dafür den Preis, auf eine Entwicklung und Veränderung, wie oben beschrieben in Form von Verzicht auf persönliches Wachstum.

6.3 Frau B: „Fragt nicht nach meiner Mutter, fragt nach meiner Arbeit“

Herr und Frau B haben fünf Kinder, der Jüngste ist vierzehn Jahre alt, der Älteste zwanzig. Herr B lebt seit 28 Jahren, Frau B seit 21 Jahren in der Schweiz. Die ersten fünf Jahre lebte Frau B als Touristin jeweils drei Monate bei ihrem Mann und kehrte dann nach Kosovo zurück. Ihre Kinder hat sie jeweils im Kosovo zur Welt gebracht. Nur der Jüngste ist in der Schweiz geboren. Herr und Frau B sind fleissige Leute. Herr B arbeitete im Tiefbau. Frau B begann zu arbeiten, als die älteren Töchter gross genug waren, um im Haushalt mithelfen zu können. Sie arbeitete im Akkord an der Mangel in einer grossen Wäscherei, wo sie auch Teppiche schleppen musste. Trotz gesundheitlich belastender Arbeitsumstände – staubige Luft, Durchzug – fühlte sie sich in ihrem aus Ausländer/innen bestehenden Team wohl. Vor vier Jahren erlitt sie einen Arbeitsunfall. Sie fiel unglücklich auf einen Fuss, verletzte sich und wurde für drei Wochen krank geschrieben. Trotz häufiger Beschwerden an ihrem schmerzenden und geschwollenen Fuss begann sie danach wieder zu arbeiten. Vor knapp zwei Jahren konsultierte sie auf Grund von Schlafproblemen den Arzt. Von da an sei es nur noch bergab gegangen, wie sie sagt. Sie bekam eine Nieren- und Blasenentzündung, und als sie einen Monat später beim Arzt auf der Liege auf eine Injektion wartete, wurde sie ohnmächtig. Sie wurde für einige Monate krankgeschrieben und nahm immer mehr Medikamente ein. Aber Frau B wollte den Job nicht verlieren, sie wollte wieder arbeiten und versuchte es mit einem reduzierten Pensum, musste aber nach sechs Wochen aufgeben. Seither ist sie an ihre Wohnung gebunden, sie kann nur noch leichte Hausarbeiten verrichten und wird meist

von Schmerzen gepeinigt. Ihr Kopf dröhnt, ihr Nacken ist verkrampft und schmerzt, der linke Arm ist halb gelähmt und verfärbt sich häufig blau. Ihr Fuss schmerzt und schwillt bereits nach kurzem Gehen an. Nieren und Blase sind chronisch entzündet. Am schlimmsten betroffen aber ist ihr Verdauungssystem, sie leidet unter starken Verdauungsproblemen und Darmkrämpfen.

Herr B erlebte eine ähnliche Geschichte wie seine Frau, nur begann sie Jahre früher und die Schmerzen sind nicht derart heftig. Er arbeitete insgesamt fünfundzwanzig Jahre lang als Vorarbeiter im Tiefbau. Vor zwölf Jahren erlitt er einen Arbeitsunfall und blieb bewusstlos liegen, unbemerkt von den anderen. Sein Bruder, der auf derselben Baustelle arbeitete, fand ihn und trug ihn mit Kollegen in die Kantine, wo er aufwachte. Zunächst konnte er seine Beine nicht mehr bewegen, später vermochte er aber, mit dem Auto nach Hause zu fahren. Anderntags ging er zum Arzt, wo er nach einer „Spritze“, wie mir Herr B erzählt, wieder ohnmächtig wurde. Weil er so schnell wie möglich wieder arbeiten wollte, sagte er dem Arzt: „Es geht schon wieder“. Auf Wunsch von Herrn B führt der Arzt keine weiteren Untersuchungen durch (was Herr B später bereute). Beim Arbeiten blieben Schmerzen in Armen und Beinen zurück. Vor zwei Jahren konnte er sich plötzlich nicht mehr vom Sofa erheben. Der bei ihm weilende Gast dachte zuerst an einen Scherz, bis er den Ernst der Situation erkannte. Der herbeigerufene Arzt verabreicht ihm wiederum eine Spritze. Nach diesem Ereignis trat eine Verschlimmerung im Gesundheitszustand von Herrn B ein und er wurde arbeitsunfähig. Seither leidet er an starkem Rheuma und Arthrose. Er kann nicht mehr arbeiten, sitzt zuhause, wie seine Frau, und nimmt Medikamente ein.

Das Selbstwertgefühl erhält im Migrationsprozess eine nachhaltige Beeinträchtigung. Kosovo-albanische Migrant/innen erfahren oft Diskriminierungen, hauptsächlich aufgrund der Zugehörigkeit zur Unterschicht und zu einer Ethnie, über die viele negative Klischeevorstellungen bestehen. Bei jeder Kontaktaufnahme mit Einheimischen, sei es bei der Wohnungs- oder Arbeitsuche, sei es mit Behörden oder anderen Institutionen müssen sie mit Ablehnung rechnen. Sie sind nicht willkommen und werden zum Beispiel bei der Wohnungs- und Arbeitsuche häufig mit Ausreden abgefertigt. Um erfolgreich auf die Einheimischen zugehen zu können, wäre ein intaktes Selbstwertgefühl notwendig, über das die Migrant/innen infolge der massiven Ablehnungen und Schwierigkeiten in der Migrationssituation jedoch oft nicht verfügen. Diese Umstände führen zu

immer weiteren Kränkungen, zur Abwehr der neuen Kultur, die als feindlich erlebt wird, und zu ethnischer Isolation.³²⁶

Den dadurch erzeugten Gefühlen von Ohnmacht stehen Gefühle von Allmacht und Grössenphantasien gegenüber, die ebenso zum Migrationsprozess gehören, und welche umgesetzt, an der Realität erprobt werden müssten (vgl. Kapitel 4.1.4).

Nicht die Omnipotenzphantasien an sich, sondern die äusseren und inneren Bedingungen, die eine adäquate Bewältigung und Verarbeitung dieser Gefühle verhindern, sind die Ursache von narzisstischen Kränkungen. Sind diese Kränkungen zu massiv, führen sie zu Depression, was in der Regel abgewehrt oder verdrängt werden muss. Dies kann durch eine Überbewertung der Arbeit geschehen. Folgt daraus Anerkennung durch Arbeitgeber und Umwelt, werden Grössenphantasien genährt statt realistisch überprüft.

Selbstverwirklichung im Beruf für einheimische Jugendliche ist oft, wenn auch nicht immer, realisierbar, ist für Migrant/innen, und insbesondere für Asyl Suchende ein unerreichbarer Lebensentwurf. Obwohl auch kosovo-albanische Jugendliche von einer Piloten-, Arzt- oder Anwaltskarriere träumen mögen, ist es für sie bereits schwierig, eine Lehrstelle nach Wahl zu finden (vgl. die Kinder von Familie B, s. u.).

In der Schweiz müssen die sozialen Organisationsformen der Heimat aufgegeben und neue gesucht werden, in der Adoleszenz ist es die Einbettung in die Familienstruktur, die aufgegeben werden muss, um eine neue soziale Identität zu finden. Die Bewältigungsformen, die man in der Adoleszenz erlernt hat, wären nun in der Fremde hilfreich.

Wie an anderer Stelle erwähnt (4.1.4), ist die adoleszente Phase in traditionellen Gesellschaften – wie jede Lebensphase – vorstrukturiert und erlaubt wenig Experimente. Sie ist daher grundsätzlich leichter zu bewältigen als in westeuropäischen Gesellschaften, wo Individualität mit all ihren vielfältigen Realisierungsmöglichkeiten vor Kollektivität steht und wo kein klarer Weg für die Heranwachsenden vorgezeichnet ist. Die Bewältigung der adoleszenten Phase gestaltet sich daher in modernen Gesellschaften schwieriger, doch hat dies auch den positiven Aspekt, dass mehr Erfahrungen mit Desorganisation und Restrukturierung gemacht werden können.

³²⁶ Es ist leichter, Kontakt mit Migrant/innen aus anderen Ethnien zu pflegen, wie zum Beispiel Frau B. dies an ihrem Arbeitsplatz getan hat. Sie gehören ähnlichen sozialen Schichten an, besitzen z.T. ähnliche Wertvorstellungen und Lebensumstände (zum Beispiel die Migrationssituation).

„Der Migrationsprozess ist eine Phase der Desorganisation, in dem die frühere soziale und kulturelle Organisation verloren geht. Sie stellt einen Bruch dar, der oft mit Verfolgungsängsten, mit depressiven Ängsten, mit Verwirrungen und mit Stress verbunden ist. (...) Der Zustand der Desorganisation zwingt zwar die Migrant/innen zur Re-Organisation, doch wie soll ihnen diese gelingen, da sie den Boden unter den Füßen verloren haben?“³²⁷

Frau B hat nicht nur fünf Kinder grossgezogen und einen Sieben-Personen-Haushalt bewältigt, sondern zusätzlich neun bis zwölf Stunden Schichtdienst im Akkord gearbeitet. Die Anforderungen am Arbeitsplatz, schwere, schmutzige Teppiche zu schleppen, wurden von der nicht sehr kräftig gebauten Frau B kritiklos erfüllt. An der Mangel musste sie enorm aufpassen, dass die sechs gleichzeitig aus den Walzen heraustretenden heissen Tuchbänder sich nicht verfalteten. Tat sie dies, zerrte sie an den Rändern der Tuchbänder, um die Falten zu glätten. Geling dies nicht, musste sie die Maschine ausschalten, die Walzen öffnen und die Tücher zurechtlegen. Dies unter den Ohren des Chefs, der es nicht gerne hörte, dass die Mangel, die starken Lärm veranstaltet, ausgeschaltet wurde. In der „Flickerei“ musste sie bei Staub haltiger Luft Tücher nähen.

Frau B sagt, Nacken, Schulter, linker Arm seien vom Schleppen der Teppiche geschädigt. Sie leidet unter einer chronischen Augenentzündung und vermutet, dass diese von der schlechten Luft in der Flickerei stammt.

Herr B meint zu mir, dass seine Frau sich am Schmutz der Teppiche infiziert habe. Ich erwidere: „Sie meinen, sie hat eine Allergie entwickelt?“ Herr B: „Nein, eine Infektion“. Frau B hat jahrelang für sich einen genauen Arbeitsrapport geführt. Jeden Abend notiert sie sich, in welcher Abteilung sie wie viele Stunden gearbeitet hat. Täglich arbeitete sie siebeneinhalb, neun oder gar zwölf Stunden. Als ich sie frage, weshalb sie diesen Arbeitsrapport geführt habe, antwortet sie, wenn jemand nachgefragt hätte, oder wenn eine Unklarheit bestanden hätte, hätte sie in ihrem Rapport nachschauen können. Diese Rapporte bewahrt sie nun schon drei Jahre auf. „Einen Teil hat leider mein Mann fortgeworfen“. Ihr Mann kann seinen wie auch ihren Krankheitsverlauf auf den Tag genau zurückdatieren.

An manchen Tagen kehrte Herr B um 17 Uhr nach Hause zurück, ruhte sich aus, und arbeitete dann ab 22 Uhr die Nacht durch.

³²⁷ Hettlage-Varjas; Hettlage 1995:18.

6.3.1 Zur Bedeutung der Arbeit

„Keine andere Technik der Lebensführung bindet den Einzelnen so fest an die Realität als die Betonung der Arbeit, die ihn wenigstens in ein Stück der Realität, in die menschliche Gemeinschaft sicher einfügt. Die Möglichkeit, ein starkes Ausmass libidinöser Komponenten, narzisstische, aggressive und selbst erotische, auf die Berufsarbeit und auf die mit ihr verknüpften menschlichen Beziehungen zu verschieben, leiht ihr einen Wert, der hinter ihrer Unerlässlichkeit zur Behauptung und Rechtfertigung der Existenz in der Gesellschaft nicht zurücksteht. Besondere Befriedigung vermittelt die Berufstätigkeit, wenn sie eine frei gewählte ist, also bestehende Neigungen, fortgeführte oder konstitutionell verstärkte Triebregungen durch Sublimierung nutzbar zu machen gestattet.“³²⁸

Frau B war nun nicht mehr nur die Ehefrau, die sich mit dem Haushalt und kleinen Kindern herumschlug, sondern trug ihr Scherflein zur Existenzsicherung bei. Durch die Arbeit knüpfte sie Kontakt mit der Welt der Einheimischen, was vorher nur in beschränktem Rahmen über ihre Kinder möglich gewesen war. Die Suche nach Anerkennung als Erwachsene erfolgte in zwei Schritten: Als Ehefrau und Mutter erarbeitete sie sich die Anerkennung in Heimat und *community*, und später erlangte sie als Arbeitnehmerin den Respekt der Aufnahmegesellschaft. In der neuen Welt der Erwerbstätigen konnte sie, wie Freud anmerkt, im Kontakt mit der Arbeit selbst und den Mitarbeiter/innen aggressive und erotische Züge befriedigen. Obwohl die Art der Arbeit bei Frau B nicht frei gewählt war, kam sie ihr als motivierte, einfühlsame und gesellige Frau mit ihrer Vielseitigkeit und den vielen Kontakten zu anderen Menschen entgegen, das heisst, Frau B konnte ihre Neigungen und Stärken weitgehend einbringen und umsetzen.

Wie motiviert und stolz sie war, ihre Arbeit zur Zufriedenheit aller zu erledigen, zeigen auch ihre Arbeitsrapporte. Sie sind eine ausserordentliche, kreative Leistung und heben emanzipatorische Elemente ihrer Identität hervor, worauf Freud mit der aggressiven (weil rivalitätsorientierten) Komponente der Arbeit hinwies. Ich habe den Eindruck, als hätte Frau B den Rapport aber auch deshalb geführt, damit niemand an ihrer Arbeitsleistung zweifeln konnte. Es genügte nicht, *dass* sie so viel gearbeitet hatte, es musste auch schwarz auf weiss festgehalten sein, damit niemand daran rütteln konnte. Dahinter steckt die Verunsicherung, die Umwelt könnte die erbrachte Leis-

tung nicht anerkennen. Arbeit verdient Beachtung und dient damit zur Abwehr der Angst vor Depression. Diese beinahe zwanghafte Aufnotierung der Arbeitsstunden gingen meiner Meinung nach ihrem Mann auf die Nerven. Er sah sich in seinem Selbstverständnis als Familienvorstand und Ernährer in Frage gestellt und wollte Beweise der Leistungsfähigkeit seiner Frau aus seinem Gesichtsfeld weg haben.

Arbeit ist für die Selbstbestätigung grundsätzlich ein wichtiger Regulator. Sowohl bei Frau als auch Herrn B (wie auch bei Herrn C, s. u.) wird deutlich, dass aus der Erwerbstätigkeit ein bedeutendes Mass an Selbstbestätigung geschöpft werden kann. Erst beim Überschreiten der Grenze des körperlichen und psychischen Leistungsvermögens erhalten die narzisstischen Bestrebungen etwas Pathologisches: Wenn in der Migrationssituation der innere Wertmassstab aus dem Gleichgewicht gerät, kann man sich nicht mehr auf sein eigenes „Gespür“ verlassen, welches anzeigt, ob man die eigenen Kräfte überschätzt und sich in der Folge überarbeitet.

Die Einschätzung von Herrn B, seine Frau habe sich am Schmutz der Teppiche infiziert und sei deshalb ernsthaft krank geworden, ist bemerkenswert, denn sie erinnert an einen wichtigen Sinnzusammenhang von Gesundheit und Reinlichkeit, auf den weiter unten eingegangen wird.

Wie ich das Ehepaar bei einem der Besuche darauf anspreche, ob sie gerne wieder arbeiten würden, merke ich, dass ich ein schwieriges Thema aufgreife. Das Schweigen, das folgt, das Suchen nach Worten sagt viel aus. Draussen scheint die Sonne, es ist Frühling. Herr B: „An solchen Tagen ist es noch schwieriger, die Krankheit auszuhalten und drinnen zu sitzen. Ich arbeitete ja immer draussen, das ganze Jahr über. Nässe, Kälte und Hitze haben mir nichts ausgemacht. Sie fragen mich, ob ich wieder arbeiten wolle? Lieber heute als morgen!“ Ich erwidere: „Aber Sie haben über zwanzig Jahre im Tiefbau gearbeitet. Das ist doch eine schwere Arbeit. Wie ist es denn mit Ihren Kollegen, mit Ihren Verwandten, mit denen Sie zum Teil so lange zusammengearbeitet haben?“ Herr B: „Es geht ihnen gut, sie haben keine Beschwerden. Sie arbeiten. Nur wir sind krank.“

Es sind nicht nur viele Beschwerden da, sondern Frau und Herr B können auch nicht mehr berufstätig sein. Dies wäre aber ihr grösster Wunsch. Während die Beschwerden mit starken Schmerzen verbunden sind, ist das Arbeits„verbot“ schambesetzt. Die Scham ist fühlbar, wenn die Rede von Arbeit ist.

³²⁸ Freud 1930b:212 zitiert in Kronsteiner 1995:185.

Das Rheuma, an dem Herr B leidet, wird von vielen Sozialmediziner/innen auf eine hohe Arbeitsbelastung zurückgeführt. Es ist eine der häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit.³²⁹

6.3.2 Die freundliche und die unfreundliche Verwandte

Ein anderes Mal erhält Frau B (Herr B ist nicht anwesend) Besuch von einer Schwägerin, die beim Putzen der Wohnung zur Hand gehen will. Diese setzt sich neben Frau B, schaltet sich jedoch nicht ins Gespräch ein. Ich betrachte sie und empfinde ihren Blick aus den Augenwinkeln als befremdlich. Bald verabschiedet sie sich wieder, obwohl ich protestiere und beteuere, sie störe nicht. Ich vermerke dieses Ereignis in meinem Gesprächsprotokoll.

Auch das nächste Mal haben Herr und Frau B Besuch von einer anderen Verwandten, die ebenfalls helfen kommt. Sie lächelt mir zu, und wir können sie ins Gespräch miteinbeziehen. Diesen Besuch vergesse ich, in meinem Protokoll zu notieren.

Dass ich den Blick jener Schwägerin als abschätzig, misstrauisch empfinde, spiegelt mein Befinden in dieser ungewohnten Besuchssituation. Als Vertreterin der Einheimischen frage ich ihre Verwandte über deren Krankheit, über ihre Bewältigungsbestrebungen und letztlich über ihr Leben aus. Ich projiziere Fragen in den Blick der Schwägerin: Wie verfüge ich über die vielen Informationen, die mir Herr und Frau B anvertrauen? Werde ich ihre Krankheiten psychiatrisch oder psychopathologisch deuten, wie der Arzt, der das psychiatrische Gutachten verfasst hat (s. u.)? Hat mich eine Institution beauftragt, um zu „kontrollieren“, ob die Schmerzen wirklich echt sind oder ob sie ihre Krankheiten etwa simulieren? Stehe ich im Kontakt mit der Fürsorgestelle, die ihnen das materielle Auskommen sichert? Weshalb besuche ich sie, wenn ich ihnen doch nicht helfen kann? Wünschen sie überhaupt meine Besuche?

Ich habe während meinen Untersuchungen immer wieder die Empfindung, mich einzumischen und Voyeurin des Elends meiner Gastgeber zu sein. Woher nehme ich das Recht, private Angelegenheiten herausfinden zu wollen, die an sich niemand ausserhalb der Familie etwas angehen? Um zu wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gelangen, musste ich mich jedoch einmischen. Hier bestand ein klassisches Dilemma der ethnologischen Forschung (vgl. Kapitel 4.2.3), das umso schwerer wog, als ich es mit kranken, also verletzlichen Menschen zu tun hatte. Dieses Dilemma umging ich teilweise mit Somatisierungen: als ähnlich Leidende „bezahlte“ ich ja meine Neugierde.

Andererseits beliess ich es ja nicht dabei, „in ihren Wunden herumzustochern“, durch meine Dissertation arbeitete ich ja ihre Situation auf und wurde zu ihrer Anwältin. Ihr Leiden wurde durch

³²⁹ Leyer 1991:225.

die Dissertation an die Öffentlichkeit getragen. Mein Tun konnte dadurch vor mir selbst und vor Anderen legitimiert werden.

Misstrauen und Zweifel sind ein bedeutendes Forschungsinstrument in der ethnopsychoanalytischen Gesprächssituation. Es braucht sie gewissermassen als dialektische Methode, um zur Wahrheit, oder zumindest in Richtung Wahrheit vorzustossen. Dass ich solche Emotionen in den Blick der „unfreundlichen Verwandten“ gelegt habe, macht die Spaltung deutlich, in der ich mich als Forscherin befand. Solche negativen Gefühle lokalisierte ich zunächst ausserhalb von mir, also abgespalten von meiner Person, ich hatte damit nichts zu tun. Der unfreundliche Blick von aussen zwang mich jedoch, nach den Fragen zu suchen, die meine Informant/innen beschäftigten. Die Suche nach Antworten darauf führte wiederum dazu, über meine eigene Haltung und meine Absichten nachzudenken.

6.3.3 Interaktion mit dem formellen Medizinsektor

Die Vorstellungen ehemaliger Bewohner/innen einer in institutioneller und ökonomischer Hinsicht unterversorgten Region über die medizinische Versorgung in einem Land wie der Schweiz sind gezwungenermassen unrealistisch. So sagte mir ein langjähriger Mediator und Übersetzer der Asyl-Organisation Zürich: „Als ich in die Schweiz kam, hatte ich selber die Einstellung: Die Schweiz ist ein modernes Land, hier kann man jede Krankheit heilen.“

Diese Vorstellung besteht weiter, auch nachdem sich die ersten Enttäuschungen eingestellt haben. Sie kann sich verschieben: „Zwar habe ich bis jetzt kein Glück gehabt, aber wenn ich zu der richtigen Fachperson komme, die mir die richtige Therapie verschreibt, werde ich gesund.“ Diese Erwartungen haben weniger mit Vertrauen in das moderne medizinische System zu tun als mit einem „Glauben“ daran. Parallel zu diesem Glauben bleibt auch ein Rest des alten Misstrauens bestehen, das in ihrer Heimat gegen die öffentliche, von Serb/innen dominierte Gesundheitsversorgung entwickelt werden musste. Hier wie dort sind Kosovo-Albaner/innen eine Minderheit, und da wie dort werden, bzw. wurden sie diskriminiert. Unter diesen Voraussetzungen fehlt die Grundlage, ohne weiteres eine offene, vertrauensvolle Beziehung zu der Fachperson aufbauen zu können.

Wenn aber das Vertrauen und die Bereitschaft fehlen – (zum Beispiel) gegenüber dem Psychiater, der nach mehreren Konsultationen endlich einmal Genaueres über die private Situation wissen möchte – sein Innerstes nach aussen zu kehren, kann keine Echtheit entstehen. Wenn dann noch der Druck eines Therapieerfolges und die Abhängigkeit des Patienten von der Fachperson dazukommen, muss die Beziehung oberflächlich bleiben. Dies ist eine Erschwernis bei der Diag-

nose von psychosomatischen Erkrankungen, der wirkliche Einblick in die Welt des Patienten fehlt. Um es mit den Worten von Mario Erdheim auszudrücken: „Migrant/innen müssen einem immer etwas vorspielen.“

6.3.3.1 Einverständnis im Missverständnis

Welche Tendenzen sich im Ablauf von medizinischen Konsultationen zeigen, kann anhand der Studie von Brucks, von Salisch und Wahl beobachtet werden, die 165 Tonbandaufnahmen von Sprechstundengesprächen in fünf Arztpraxen auswerteten. Es wurden Patient/innen aus niedrigen sozialen Schichten – zu denen auch Arbeitsmigrant/innen und Flüchtlinge gehören – mit solchen aus höheren sozialen Schichten verglichen. Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Gespräche verliefen mit Patient/innen mit niedrigem Status kürzer als bei anderen Patient/innen.
- Die Darstellungen des Patienten werden weniger aufgenommen und zu den Befunden des Arztes in Beziehung gesetzt.
- Je kürzer das Gespräch war, desto stärker war es vom Arzt gelenkt.
- Das Gespräch verlief routinemaßiger, der Patient brachte seine Haltung und Fragen weniger ein.

Diese Untersuchung macht deutlich, dass die medizinische Fachperson den Aussagen und Anschauungen der erwähnten Patientengruppe weniger Gewicht beimisst. Die Gefahr eines unzureichenden Austausches besteht aber nicht nur von der medizinischen Fachperson her, sondern auch von der Seite des Patienten. Die medizinische Fachperson stellt eine Autorität dar, der gegenüber vertikale (schichtspezifische) wie auch horizontale (ethnische) Schranken bestehen. Solche Dimensionen addieren sich zu den sprachlichen Schranken.

Unter diesen Bedingungen erstaunt es nicht, dass keine Arzt-Patient-Beziehung entstehen kann, die auf gleichwertigem Austausch beruht, in der Fragen und eine kritische Haltung Platz haben sollen. Die Kommunikation zwischen PatientIn und Fachperson ist noch aus anderen Gründen erschwert:

Unterschichtspatient/innen denken anders über ihre Krankheit, als es der Arzt tut. Sie vertreten ihre Meinung aber nicht offen. „Dies beeinflusst jedoch den Gesprächsverlauf und erschwert die

verbindliche Einigung über therapeutische Massnahmen.“³³⁰ Nach der erwähnten Untersuchung sind zudem Beratungen über prophylaktische und therapeutische Massnahmen im Lebens- und Arbeitsbereich unzureichend.

Gemäss Brucks und seinen Koautoren besteht ein weiterer hemmender Umstand, der von ihnen als „Einverständnis im Missverständnis“ bezeichnet wird und sich insbesondere zwischen ausländischen Patient/innen und dem Arzt abspielt. Aus einer ungenügenden Bewältigung chronischer Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen ergäben sich häufig folgendes Interaktionsmuster: Arzt und Patient einigten sich auf eine „gemeinsame Illusion von Heilung“, da bezüglich der Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen wenig Handlungsspielraum gegeben sei. Auf der Suche nach der „wirklichen Krankheit“ wende man aufwändige medizinische Diagnosemethoden an, die in der Medizin einen hohen Stellenwert hätten. Im Grunde aber seien sich Patient und Arzt einig, dass diese Handlungsweise nicht weiterführe, sondern nur die Symptome lindere. Beide erwarteten voneinander nicht, dass sie verstanden oder über ihren Irrtum aufgeklärt würden. Der Patient sei also einverstanden damit, dass die aufwändigen medizinischen Untersuchungen weitergingen, obwohl er wisse, dass sie zu nichts führen würden als zu einer Aufschiebung der Erkenntnis, dass die medizinische Fachperson machtlos sei.

6.3.3.2 Tabletten, die im Darm stecken bleiben

Einige Wochen lang, als die Beschwerden von Frau B sehr schlimm waren, musste sie täglich insgesamt zweiundzwanzig Tabletten einnehmen. Von den Kapseln gegen Nieren- und Blasenentzündung musste sie morgens, mittags und abends je zwei nehmen. Sie sagt, seither leide sie an starken Bauchschmerzen und Verstopfung. Die Verdauungsorgane seien entzündet. Sie vermutet, die vielen Kapseln seien im Darm stecken geblieben, hätten sich nicht auflösen können und hätten die Darmwände angegriffen und die Entzündung verursacht. Auch wenn die Ärzte etwas anderes sagen würden. Sie versuchte dann, ohne Tabletten zu leben. Nach drei Tagen brach sie infolge starker Schmerzen den Versuch ab.

Als mir Frau B dies alles erzählte, war ich ratlos und auch etwas empört. Aus dieser Episode entstanden viele verschiedene Überlegungen: Wie ist das möglich, dass jemand derart viele Tabletten verschrieben erhält? Um welche Tabletten handelte es sich? Warum soll Frau B die Ärztin fragen, welche Diagnose sie ihr ausstellt, wenn sie die Antwort nicht versteht? Wie erhält Frau B Kenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, wenn sie den Beipackzet-

³³⁰ Brucks; Von Salisch; Wahl 1987:76.

tel nicht verstehen kann? Hat die Ärztin sie darüber aufgeklärt? Falls ja, hat Frau B es verstanden und die Tragweite dieser Aussagen erfasst?

Dass der Fall von Frau B keine Ausnahme darstellt, belegen auch Branik und Mulhaxha in ihrem Artikel zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien, die in einer Fachklinik für Psychosomatik stationär behandelt wurden: „Die Hilflosigkeit unseres medizinischen Systems gegenüber ‚somatisierenden‘ ausländischen Patienten dokumentiert sich unter anderem in der manchmal abenteuerlichen Vormedikation mit einem Cocktail aus Psychopharmaka (ggf. nebst hochdosierter Schmerzmittel), der kaum ein psychiatrisches Zielsyndrom auslöst und jeden seriösen Psychiater schaudern lässt. Es sind nicht nur Einzelfälle, bei welchen sich manches Symptom als eine Nebenwirkung der unsinnigen Arzneikombination erweist.“³³¹

Frau B schluckt die Medikamente einfach, da sie die Anleitungen der Ärztin befolgen möchte, auch wenn sie selbst skeptisch ist, und die Wirkungen dieser Tabletten gänzlich anders wahrnimmt als die Ärztin. Frau B befindet sich in einem anderen therapeutischen Dreieck als die Ärztin. Während die Ärztin Tabletten gegen die Krankheit, also gegen Pouillons „mal“ einsetzt, nimmt Frau B etwas ganz anderes wahr, als von der Ärztin gedacht: Nämlich, dass die Tabletten im Verdauungssystem stecken bleiben, sich nicht vollständig auflösen und Schaden anrichten. Kaum verwunderlich, dass der Gesundheitsszustand von Frau B sich zumindest im subjektiven Empfinden verschlechtert.

Frau B spricht eine (Körper)Sprache, die für die Ärzt/innen fremd ist. Diese verfügen weder über die Zeit, der Patientin in Ruhe zuzuhören, noch über tiefere Kenntnisse des soziokulturellen Hintergrundes, um sich in die Situation der Patientin einzufühlen. In ihrer Ratlosigkeit verschreiben die Ärzt/innen der Patientin Medikamente. Da oft mehrere Beschwerden bestehen, werden verschiedene Medikamente verschrieben. Leyer spricht dabei von „Medikalisierung“:

„(...) sie sprechen eine fremde (Körper)-Sprache, die sie selbst nicht mehr verstehen, die ihre Sprachlosigkeit verdoppelt und zu deren Entschlüsselung sie im konsultierten Gesundheitssystem kein Wörterbuch und keine Übersetzung angeboten bekommen, weil auch hier meist kein Dialog vorgesehen ist. Die Medikalisierung solcher gesellschaftlich mitverursachter psychosozialer Konflikte verweist die Emigranten noch einmal auf ihren Status als sprachlose Fremdarbeiter

³³¹ Branik; Mulhaxha 2000:189.

und soziale Randgruppe, deren individuelle Entscheidungs- und Handlungsfreiheit durch auf ihren Ausländerstatus bezogene Gesetze eingeschränkt ist, deren Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten nicht nur sprachlich, sondern auch sozial und kulturell beschränkt sind.“³³²

Da man ihre „Krankheitssprache“ nicht entziffern kann und da die Beschwerden bei Frau und Herrn B durch Medikamente nicht bessern, werden sie an Spezialisten und medizinische Institutionen überwiesen. Die beiden machen bereitwillig mit. Man soll ihnen nicht nachsagen können, dass sie nicht mitgearbeitet haben.

Frau B ist froh, einen Hausarzt zu haben. Es ist nicht üblich, die fachlichen Fähigkeiten des Arztes anzuzweifeln. Dieser gehört dem modernen westlichen Gesundheitssystem an und hat zudem eine gründliche und qualitativ hoch stehende Ausbildung abgeschlossen.

„Ich kann mich nicht dagegenstellen, ich muss doch mitmachen?“ sagt Frau B.

Frau B kooperiert, weil ihr nichts anderes übrig bleibt, obwohl sie ahnt, dass diese äusseren, technischen Anstrengungen ihr nicht weiterhelfen. Wie bei der Untersuchung von Brucks, von Salisch und Wahl besteht bei Arzt und Patientin die Illusion einer Heilung, ist man nur bereit, aufwändige medizinische Diagnostiken durchzuführen, um die „wirkliche Krankheit“ zu finden. Arzt und Patientin erwarten aber voneinander nicht, dass sie verstanden oder über ihren Irrtum aufgeklärt werden, obwohl sie wissen, dass diese Handlungsweise nicht weiterführt.

Hier kommen wir nochmals zur Fallvignette von Herrn A und seiner Familie zurück. Seine Mutter leidet unter starkem Bluthochdruck. Sie zeigt mir alle ihr verschriebenen Medikamente. Eines davon ist gegen Rheuma. Im Beipackzettel ist als Nebenwirkung „Bluthochdruck“ aufgeführt. Auf meine Frage hin sagt Herr A, seine Mutter habe kein Rheuma.

Herr A und Frau B sprechen deutsch. Es muss genügen, um sich mit Einheimischen zu verständigen, auch bei einem Arztbesuch. In der medizinischen Konsultation sind jedoch gute Sprachkenntnisse wichtig. Wie soll man die Art der Schmerzen mitteilen, nach der die Ärztin fragt? Wie soll man antworten, wenn die Ärztin nach „Brennen“, „Stechen“, „Jucken“ fragt, nach „dumpfen“ oder „bohrenden“ Schmerzen, wenn man nur das deutsche Wort „Schmerzen“ kennt? Wel-

³³² Leyer 1991:69.

che Diagnose soll gestellt werden, für welche therapeutische Massnahme soll der Arzt sich entscheiden, wenn der Patient die Symptome nicht genau umschreiben kann?

Hier handelt es sich um ein semantisches Feld, in dem keine weitere Differenzierungen möglich sind. Es sind keine präzise Umschreibungen der Symptome verfügbar. Diese Problematik beeinflusst und erschwert die Diagnose. Gleichzeitig bestehen hohe Erwartungen seitens des Patienten, umgehend eine Diagnose und damit verbundene therapeutische Anweisungen zu erhalten. Geschieht dies nicht, sinkt das Ansehen der Fachperson beim Immigranten.

Ebenso verhält es sich mit der Wahl der Medikamente. Bei ungenügender Sprachkompetenz des Patienten kann der Arzt, selbst wenn er wollte, die Wirkungen und Nebenwirkungen des gewählten Medikamentes nicht hinreichend erklären.

6.3.3.3 Mangelndes Bezugswissen

Bei Sprachproblemen geht es nicht nur um den Wortschatz, sondern auch um die Bedeutung eines Wortes, das man auf deutsch kennt, das aber in der heimatlichen Sprache eine Mehrdeutigkeit beinhalten kann, die im Deutschen nicht vorhanden ist:

Herr B erzählte mir, dass er nach seinem Unfall auf der Baustelle unter anderem "nichts mehr sehen" konnte. Auch seine Frau erklärte ähnliches im Zusammenhang mit einer Krankheitsepisode. Nach mehrmaligem Nachfragen und Klären, über mehrere Besuche hinweg, begriff ich, dass Herr B damit meinte, dass er ohnmächtig geworden war, Frau B hingegen hatte ein akutes Augenleiden.

Das Aufnehmen und Verstehen von Worten, Bildern, Metaphern der kranken Menschen und ihrer Angehörigen war Teil meiner Arbeit, ich widmete mich dem, wie oben ausgeführt, immer wieder mit viel Geduld und Aufmerksamkeit. Nur durch mein beharrliches Nachhaken konnte ich manches Missverständnis ausräumen, die zwischen meiner und ihrer Haltung und der entsprechenden Wahrnehmung lag. Daraus schloss ich, dass im Alltagsleben ihre Welt mit Missverständnissen „gepflastert“ sein musste, meistens mit solchen, die ihnen zum Nachteil gereichten. Weiter unten wird ausgeführt, wie gerade in der medizinischen (hier psychiatrischen) Konsultation massive Missverständnisse entstehen können, weil unterschiedlichste Sprachen, unterschiedlichste Deutungen, unterschiedlichste Erwartungen bestehen.

6.3.3.4 Abhängig und ausgeliefert

Herr A und Familie B sind auf das Verständnis ihrer Ärzt/innen angewiesen. Leiden können nur dann optimal behandelt werden, wenn der Arzt auf die eigenen Erfahrungen mit dem betreffen-

den Patienten zurückgreifen kann, wenn er weiss, auf welche Medikamente der Patient anspricht etc. Der Hausarzt, der ihre Krankengeschichte kennt, spielt deshalb eine wichtige Rolle für die Kranken. Bei jeder neu beigezogenen Fachperson fehlt diese Krankengeschichte, und sie tappt zunächst im Dunkeln, es entstehen unnötige und Kraft raubende Wiederholungen, Missverständnisse. Das heisst, man ist auf einen fachkundigen, verständnisvollen und zugleich kontinuierlich zur Verfügung stehenden Hausarzt angewiesen.

Der Arzt von Frau B arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis. Seit den Osterfeiertagen wurde sie vorübergehend zum anderen Arzt derselben Praxis geschickt, da ihr Hausarzt zu viel zu tun hatte, wie er sagte. Ohne dass ihr etwas weiter erklärt wurde, blieb sie bei diesem Arzt eingeschrieben. Für Frau B war das unverständlich. Sie wollte ihren früheren Hausarzt fragen, weshalb er sie nicht zurücknahm. Doch ihr Mann winkte ab: „Wir wollen keine Umstände machen.“ Er sagt, sie wollen lieber zu ihrem ursprünglichen Hausarzt zurück, der in die Nachbargemeinde gezogen war und den sie danach aufgegeben hatten, da das Parkieren am neuen Ort so teuer war. Frau B fügt hinzu: „Weshalb soll ich noch einmal zu einem neuen Arzt gehen? Neu beginnen bei einem neuen Arzt ist wie ein neues Kind aufziehen.“

Sich gegen Ungerechtigkeiten und Nachlässigkeiten stellen bedeutet, aufzufallen. Frau B überlegt sich zweimal, ob sich das wirklich lohnt. Das medizinische Personal im Kosovo bestand, wie erwähnt lange Zeit in den grösseren Spitälern überwiegend aus Nichtalbanern, oft aus Serben, denen man, war die medizinische Behandlung unumgänglich, gänzlich ausgeliefert war. Es fand wenig wirkliche Kommunikation statt, auch wenn Viele in der Schule serbokroatisch gelernt hatten. Die Beziehungen zwischen Patient/innen und Pflegepersonal waren oft geprägt von Misstrauen. Obwohl immer auch positive Erfahrungen mit dem Pflegepersonal gemacht wurden, überwogen die negativen.³³³

Auch diese schmerzlichen Erlebnisse mit nichtalbanischem medizinischem Personal tragen dazu bei, dass man keine Erfahrungen darin sammeln konnte, tiefe, auf Vertrauen basierende Gespräche mit Ärzt/innen zu führen, wo kritisches Nachfragen Platz haben soll.

³³³ Herr A erzählte mir einmal, dass ihn eine serbische Krankenschwester in einem Zürcher Spital vor den Komplikationen einer heiklen Hirnoperation gewarnt habe. Er hat die Operation dann abgelehnt.

6.3.3.5 Stumme Medizin

Moderne Medizin ist eine stumme Medizin. Sie beruht weniger auf Gesprächen als vielmehr auf Tätigkeiten. Viele diagnostische Verfahren sind technischer und chemisch-physikalischer Natur, wie Röntgen, Hirnstrom- und Herzmessungen, Blut- und Urinalysen, Ultraschall, Computertomographien, etc. etc. Es fehlen Zeit und Raum für eine ausführliche sprachliche Verständigung. Die Sprache ist aber, trotz linguistischer und semantischer Schwierigkeiten, ein Ausdruck der Kultur. Nach Tobie Nathan gehören die Schulmedizin und das Bildungswesen zu den Institutionen, die die Kultur der Migrant/innen auf individueller Ebene vernichten und „abrasieren“, da sie eine stark vereinheitlichende Sprache benutzen. Findet überhaupt ein sprachlicher Austausch statt, ist er auf einen gleichförmigen, medizinischen Jargon reduziert und normiert.

In der oben beschriebenen Episode zeigt sich der stumme Charakter der Schulmedizin, in welcher elementare Regeln des Umgangs mit Patienten nicht eingehalten werden. Frau B möchte sich gegen das erlittene Unrecht wehren, sie ist bereit, ein Gespräch mit dem Arzt zu verlangen, obwohl sie nur Bruchstücke versteht, da es in der Sprache des Arztes und nicht in ihrer geführt werden würde. Indem sich Herr B für den früheren Arzt, der weggezogen war, entscheidet, löst er zwei Probleme aufs Mal: Durch die Wahl eines anderen Arztes drückt er seine Empörung diesem gegenüber aus, und gleichzeitig kann er der Konfrontation ausweichen. Der stummen Medizin begegnet auch Herr B entsprechend: nicht mit Worten, sondern mit Taten.

Mehrere Wochen später spreche ich Frau B nochmals auf ihren Arzt an. Sie habe ihn zur Rede gestellt, antwortet sie, und er hätte beteuert, ihre Überweisung zum anderen Arzt sei nicht aus persönlichen oder etwa rassistischen Gründen, sondern aus rein organisatorischen Überlegungen erfolgt. Er sei überlastet gewesen. Mit dieser Antwort war sie zufrieden.

Die Krankheiten und Leiden, die bei meinen Besuchen zur Sprache kommen, sind zugleich Schwächen, die gegen aussen sichtbar sind. Man ist nicht perfekt. Je mehr Schmerzen und Leiden aber vorhanden sind, desto stärker ist man auf eine wohlwollende Haltung angewiesen, um das Selbstwertgefühl nicht ganz zu verlieren. Der Arzt oder die Ärztin verschreibt nicht nur Medikamente und Therapien, sondern auch Arbeitsunfähigkeitszeugnisse und ärztliche Atteste, zum Beispiel zu Händen des Bundesamtes für Flüchtlinge. Abhängigkeit in der Interaktion zwischen Arzt und Patient besteht also auf fachlicher, sozialer und emotionaler Ebene.

Eine schwierige Verständigung ist sich der Fremde zwar in seinem Alltag gewohnt, dort zeitigt sie jedoch meist weniger schwerwiegende Folgen als in der medizinischen Interaktion. Hier führt sie nicht nur zu Ohnmachtsgefühlen, sondern auch zu Wut. Wohin soll man mit der Aggression, die entsteht, wenn die Ärzt/innen Fehler machen, wenn man selbst nicht verstanden wird und wenn man nicht versteht, was sie tun? Nicht alle Leute können dieser Problematik ausweichen, indem sie sich einen anderen Arzt suchen.

6.3.3.6 Psychosomatische oder somatische Beschwerden?

Psychiatrischen und psychotherapeutischen Institutionen begegnen oft mit Vorurteilen, der Abbau geschieht nur langsam, mit zunehmendem Kontakt und zunehmenden Erfahrungen. Man möchte zum einen nicht als psychisch krank gelten, da ein Respektverlust in der *community* befürchtet wird. Der Verlust an Respekt und Ehre bedeutet einen sozialen Abstieg in der Hierarchie und letztlich gar sozialen Tod. Zwar wird psychisch Kranken mit Toleranz und Achtung begegnet, aber es ist eine Toleranz, die man denjenigen gegenüber pflegt, welche man nicht als gleichwertig betrachtet. Sie sind „Niemande“. Zudem bedeutet psychisch krank – vielmehr noch als somatisch krank – verletzlich, schwach zu sein. Das Verletzliche aber ist dem Inneren, dem Privaten einer Gruppe zugeordnet, es gehört nicht an die Öffentlichkeit, da die Gruppe gegen aussen als stark und streitbar wirken muss.

Frau B zeigt mir ein ärztliches Zeugnis. Sie sei wütend über diesen Arzt, sagt sie. Er sei wahrscheinlich schuld daran, dass sie ambulant in eine psychiatrische Klinik gehen musste. Aber sie sei kein Psychatriefall.

Sie konnten das ärztliche Zeugnis nicht verstehen, und sie entschied deshalb, dass die älteste Tochter das Zeugnis lesen und ihnen übersetzen sollte. Sie durfte den anderen Geschwistern aber nichts darüber sagen, denn die Eltern B befürchteten, die Kinder würden „traurig“ werden, wenn sie erfahren würden, dass ihre Mutter für psychisch krank gehalten werde.

Ich lese das ärztliche Zeugnis. Es geht um ein psychiatrisches Gutachten. Darin steht, dass die Patientin einer Mehrfachbelastung ausgesetzt sei durch fünf Kinder, Erwerbstätigkeit und chronifizierter Schmerzstörung des Mannes. Sie würde sich als „Powerfrau“ darstellen, die die verschiedenen Anforderungen gut bewältige. Ihre Beschwerden seien somatoformer Natur. Es wird auch eine Alexithymie erwähnt.

Später übersetze ich anhand eines Lexikons den Fachbegriff „Alexithymie“ mit Unfähigkeit, Gefühle an sich und anderen wahrzunehmen oder auch Unfähigkeit, die „innere Stimme“ zu hören.

Ich hatte einen guten Eindruck von diesem ärztlichen Zeugnis, obwohl ich mit kleinen Details nicht einverstanden war. Es war in neutralem, sachlichen Ton verfasst. Frau B hatte tatsächlich an manchen Tagen neun bis zwölf Stunden gearbeitet, zusätzlich zu ihren familiären Belastungen.

Auch mir lag die Vermutung nahe, dass sie aufgrund der verschiedenen übermässigen Belastungen krank geworden war und nicht genug auf ihre innere Stimme gehört hatte.

Ich starrte auf den Brief, während neben mir Frau B ihre Empörung ausdrückte. Ich wusste nicht, wie ich reagieren sollte, denn ich wollte ihre Sympathie nicht verscherzen. Gleichzeitig konnte ich ihr nicht zustimmen. Ich betonte daher, es hiesse im Brief eben nicht, sie sei psychisch krank, sondern es hiess nur, ihre Schmerzen hätten eine körperliche Ausdrucksform.

Frau B erklärte dann, dass dieser Arzt zu Beginn der Konsultation direkt fragte: „Warum arbeiten Sie nicht?“ – „Und Ihr Mann, warum arbeitet er nicht?“ Das habe sie gekränkt, sie hätte es eher nötig gehabt, dass man nach ihrer Krankheit fragte und welche Schmerzen sie habe, oder wie sie sich fühle mit so vielen Schmerzen. Es sei nicht wahr, dass sie krank geworden sei aufgrund der verschiedenen Anforderungen an sie. Die Kinder seien ja nicht mehr so klein gewesen. Der Jüngste war sieben oder acht Jahre, als sie zu arbeiten begann, und die älteren Kinder konnten bereits im Haushalt mithelfen. Schweizer Frauen hätten ja auch Kinder und würden trotzdem arbeiten.

Frau B fühlt sich zutiefst in Frage gestellt durch die ihrer Meinung nach unfreundliche Art des Arztes. Über die Arbeitsleistungen hatte sie sich ja definiert, das war ihre Stärke gewesen. Bemerkenswert war, dass der Arzt schrieb, sie könne eigene Gefühle und die Gefühle anderer nicht wahrnehmen, Frau B aber gleichzeitig seine Fragen als gefühllos einstufte. Ich hatte jedoch Frau B als einfühlsame, zuvorkommende Frau erlebt.

Die Situation bei der ärztlichen Konsultation ist immer speziell: Die Patientin befindet sich in einer Befragungssituation. Sie steht unter Erwartungsdruck. In einer solchen Situation kann sie nicht so locker und sachlich sein wie sonst. Der Arzt verschafft sich einen Eindruck von der Frau in dieser für sie besonderen, aussergewöhnlichen Situation. Er verallgemeinert seine Wahrnehmungen, die er in der Konsultation gemacht hat und zieht Schlüsse aus ihrem dortigen Verhalten. Aber gerade weil die Kommunikation zwischen dem Arzt und Frau B unbefriedigend ist, kann sie zu Fehlinterpretationen und Projektionen führen: Wenn zum Beispiel Frau B sich auf seine Frage hin nicht ausführlich über ihre sozialen Kontakte äussert, dann liegt das vielleicht daran, dass sie seine Frage nicht verstanden hat oder dass sie sich nicht vorstellen kann, welche Bedeutung diese Frage für den Arzt hat – eine Frage über etwas, was für sie vielleicht selbstverständlich ist – oder weil sie ihre verwandtschaftlichen Kontakte nicht miteinberechnet, oder weil das Reden über andere Leute in ihrer Kultur als Mangel an Verschwiegenheit gedeutet werden kann. Im ärztlichen Bericht steht aber in der Folge, Frau B habe „kein soziales Umfeld“.

Frau B sagt selbst über diese Konsultationen: „Bei den Ärzten bin ich immer auf der Hut, ich muss mich anstrengen. Ich muss nach den richtigen Worten suchen. Ich muss versuchen, zu verstehen, was der Arzt sagt.“

Sie wurde dann für ein weiteres Abklärungsgespräch in eine psychiatrische Klinik bestellt. Die Konsultation dauerte mehrere Stunden, wobei sie u. a. über sich und ihre Familie befragt wurde. Frau B begegnete natürlich schwer psychisch Kranken in der Klinik und sah sich mit diesen Leuten verglichen. Sie war zutiefst bestürzt. Sie spinne doch nicht, sagt sie, sie sei doch nicht wie diese Kranken. Und immer wieder bringt sie die kränkende Situation mit ihren Kindern in Zusammenhang. Sie will nicht als psychisch krank vor den Kindern gelten. Sie sollen nicht traurig werden. „Depressiv“, das sei sie nicht, und es sei ja logisch, dass man mit derart starken Schmerzen und ohne Aussicht auf Besserung niedergeschlagen sei.

In der Klinik hätte man nur geredet. Aber nur „schnure“ bringe nichts. Und (vielleicht auch, weil ich selbst bei meinem letzten Besuch nach ihren Eltern und den Eltern ihres Mannes gefragt hatte) sie sagt über die Ärzt/innen der Klinik: „Sie sollen nicht nach meiner Mutter fragen, sondern nach meiner Arbeit! Dort habe ich mir meine Schulter kaputt gemacht und meine Augen!“

Bei einem der Besuche tritt die ganze Verzweiflung über die Unerbittlichkeit ihrer Lage und auch über die tief empfundene Kränkung durch Ärzt/innen und Psychiater/innen zu Tage. Frau B hat den Eindruck, dass ihr ihre Krankheit immer noch nicht geglaubt wird. Sie würden vielleicht denken, sie simuliere, damit sie „zu Hause sitzen“ könne. „Sind die Schmerzen denn nicht genug Beweis, dass ich leide?“ Frau B weint. Ihr Mann erhebt sich langsam und unter Schmerzen und sucht in einem anderen Zimmer nach einem Taschentuch.

„Weshalb, meinen Sie, sind Sie krank geworden?“ frage ich anlässlich eines anderen Besuches. Sie sagt etwas provokativ: „Gott muss mich wohl hassen.“ An ihrem Lächeln merke ich, dass sie mit Widerspruch rechnet, den sie auch erhält, was sie versöhnlich stimmt. Aber Frau und Herr B bleiben dabei: Ihre Krankheiten seien von Gott gegebenes Schicksal, und den Grund dazu könnten sie nicht wissen.

„Ich habe zwar viele Beschwerden“, bemerkt Frau B wiederum an einem anderen Besuchstag, „aber mein Blut ist Gott sei Dank in Ordnung. Der Arzt hat nichts gefunden. Das ist das Wichtigste.“

Sie habe eine heitere Natur, sagt Frau B. Trotz ihrer vielen Beschwerden lache sie bisweilen herzlich. Aber auch ihr Lachen, vermutet Frau B, würde Misstrauen verursachen. Die Ärztin vom Ambulatorium hatte sie darauf angesprochen. „Sie lachen, Frau B?“ Diese Ärztin würde womöglich denken, ihr Leiden sei doch nicht so ernst.

Als ich nach einem der ersten Besuche bei Frau und Herrn B aufbrechen will, schlägt Frau B vor, ihre Wohnung anzuschauen. Sie scherzt: „So, nun können Sie noch meine Wohnung kontrollieren.“

Das Gefühl, nicht glaub-würdig zu sein, wie auch das verzweifelte Bedürfnis nach Kontrolle entstammen derselben Angst, als Mensch, so wie man ist, nicht zu genügen. Auch ich, die – wie die Gesprächspartner/innen wissen – Kontakte zum Psychiatrischen Ambulatorium pflegte – soll sie kontrollieren, damit man ihrem Leiden endlich glaubt und ihm Rechtfertigung verschafft. Indem ich ihre Wohnung kontrolliere, wie mich Frau B gebeten hat, gehe ich auf diese Haltung des Nicht-glaubhaft-seins ein und bestätige ihr, dass sie „in Ordnung“ ist.

Die Begriffe, die in diesem ärztlichen Zeugnis vorhanden sind, stellen Bedeutungen dar, die unterschiedlich gelesen und verstanden werden können. Frau B achtet auf jedes Wort, das in diesem Bericht steht (und das ihr verständlich ist): und findet schwer kränkende Worte.

Die hohen Leistungsmaßstäbe, die Herr und Frau B an sich gesetzt haben, stellen Abwehrmechanismen gegen diese Angst, nicht zu genügen und die Verunsicherung in der Migrationssituation dar. Leyer schreibt über eine im weiteren Sinne vergleichbare türkische Familie, dass ihre hohen Leistungsanforderungen manische Abwehrmechanismen gegen die depressive Dekompensation darstellen.³³⁴ Die Leistung schützt vor einer Depression. Eine Depression, die latent ist, wenn Frau B sagt:

„Für Kosovo-Albaner ist es schwierig hier. Ständig fühlen wir ‚auf der Strasse‘ ein wenig Angst, nicht zu genügen, als Kosovo-Albaner abgelehnt zu werden.“ (Sie zieht die Schultern zusammen.) Sie seien bei der Arbeitssuche benachteiligt, ihre Kinder fänden keine Lehrstelle, wenn jemand ihren albanischen Namen lese, hiesse es, „nein, tut mir Leid, wir haben keine Lehrstelle frei“. Wenn sie mit Deutschschweizern spreche, schäme sie sich ein klein wenig, denn sie spräche ja nur fehlerhaftes Deutsch. Sie wendet sich an mich: „Wenn Sie in Frankreich lebten, in Italien oder in Albanien wäre es auch schwierig für Sie.“ So sei es eben für sie. Sie fühle sich im Kontakt mit Schweizer/innen nie richtig wohl. Nur wenn sie mit Landsleuten spreche, dann könne sie spontan lossprudeln, dann sei ihr wohl (sie lockert ihre Schultern).

Ich frage sie vorsichtig, ob ihre Krankheiten nicht von dieser ständigen Anspannung und vom Unwohlsein kämen? Nein, sagt sie. Nicht davon sei sie krank. Und es gefalle ihr trotzdem hier, und sie wolle hier bleiben.

Die narzisstische Wunde, die durch den Migrationsprozess geschlagen wurde, wird aber durch die Abwehr nicht geheilt.

³³⁴ Leyer 1991:277.

Einmal erzählt Frau B von ihrer kürzlichen Reise in die Hauptstadt des Kosovo, Prishtina. Dort ging es ihr derart schlecht, dass sie notfallmässig zu einem Arzt gehen musste. Sie lobt diesen Arzt. Er habe ihre medizinische Problematik rasch erkannt und ihr zu einer Operation geraten, aber gleichzeitig vor den Komplikationen gewarnt. Zudem habe er chiropraktische Manipulationen vorgenommen, die ihr sofort Erleichterung verschafft hätten. Dann habe er ihr einen Kräutertee verschrieben, der sich als wirkungsvoll erwiesen habe.

„Wissen Sie, Frau Künzler“, sagte sie nach einer Weile, „ich will damit nicht sagen, dass jener Arzt besser wäre als die Schweizer Ärzte. Die Schweizer Ärzte sind auch gut und tun ihr Möglichstes.“

6.3.4 Krankheit als Mittel der Kommunikation

Bei einem weiteren Besuch treffe ich Frau B alleine an. Sie präsentiert sich gepflegt, vollständig angezogen. Ich habe den Eindruck, dass es ihr etwas besser geht. Sie bestätigt es, betont jedoch, dass die Besserung nur gering sei. Sie war heute Morgen beim Orthopäden, sie braucht Einlagen, u. a. wegen einer Deformation ihres Fersenknochens – aber ich erkenne keine starke Anomalie an ihrem Fuss. Jetzt hat sie also auch noch was am Fuss, denke ich. Zum ersten Mal frage ich mich, ob sie eine Hypochonderin sei, da ich nicht nachvollziehen kann, was für ein Fussleiden sie hat. Aber sie würde ja keine Einlagen bekommen, wenn sie nicht etwas am Fuss hätte. Frau B zählt ihre Arzttermine in der nächsten Woche auf: Am Montag hat sie einen Termin, um ihre Schulter zu röntgen, am Dienstag ist sie beim Orthopäden, am Mittwoch wird sie mit dem Arzt das Röntgenbild besprechen, am Donnerstag hat sie einen Termin im Psychiatrischen Ambulatorium.

Als sie vor einigen Tagen Gemüse rüstete, fiel sie um, erzählt sie mir, und schnitt sich dabei mit dem Rüstmesser tief in den kleinen Finger. Nun kann sie ihn nicht mehr vollständig bewegen. Auch für die Untersuchung ihres kleinen Fingers wird sie später einen Arzttermin erhalten.

Am Beispiel der kranken Natascha Rostow im Roman „Krieg und Frieden“ von Leo Tolstoj wird deutlich, dass Krankheit und die mit ihr einhergehende Beklemmung die betroffenen Personen zu mobilisieren vermag.

„Sie (die Doktoren, E.K.) nützten, nicht weil sie die Kranke nötigten, allerlei Medizin zu verschlucken, sondern weil sie die Versicherung gaben, dass Genesung eintreten werde, wenn der Kutscher in die Apotheke fahre und für einen Rubel Pulver und Pillen in einem schönen Schächtelchen bringe und, wenn die Pülverchen alle zwei Stunden genommen würden. Und was hätten auch Sonja, der Graf und die Gräfin tun sollen, wenn nicht die Verordnung der Doktoren, das Reichen der Pillen, des warmen Wassers ihre Beschäftigung gebildet hätten. (...) Was hätte die

*Gräfin zu tun, wenn sie sich nicht zuweilen mit der kranken Natascha darüber hätte streiten können, dass sie nicht ganz genau die Verordnungen des Arztes befolge?*³³⁵

Die Beklemmung wird erträglicher, wenn man etwas tun kann, sei es das mütterliche Überwachen der Medikamenteneinnahme oder, wie bei Frau B, die Koordination und das Einhalten der vielen Termine. Selbst im Krankheitszustand gibt sich Frau B „Mühe“. Die Woche ist belegt von Arztterminen, gerade so, als würde sie immer noch arbeiten. Die Krankheit wird genauso ernst genommen wie ihre frühere Erwerbstätigkeit.

Frau und Herr B leben immer mehr in ihrer Krankheit. Die Krankheit wird ein Mittel, um mit der Umwelt zu kommunizieren. Über das Somatische zu reden ist einfacher als über das Psychische. Sprechen wir über die somatischen Beschwerden und über die davon beeinflussten Lebensumstände, fließen die Worte, die Gesprächsthemen sind unerschöpflich. Oft muss ich mich von der Familie B losreißen, um meinen Bus nicht zu verpassen. Was wäre, wenn wir über andere Dinge sprechen würden? Würden wir dann nach gemeinsamen Worten und Themen ringen?

Bei meinen ersten Besuchen präsentierte sich Frau B in einer gläsernen Feinheit. Ihre aufgehellten, schulterlangen Haare standen ihr gut, sie wirkte jung, keineswegs wie eine Mutter von fünf beinahe erwachsenen Kindern. Je öfter ich sie jedoch besuchte, desto mehr zeigte sie sich in einem anderen Licht; ihre Haare blieben ungewaschen (welche Anstrengung musste das Duschen für sie bedeuten), auf den unmöglichsten Stellen im Gesicht sprossen Pickel, sie trug Trainerhosen zu einem alten Pullover oder verdeckte ihre Beine unter einer Decke. Sie sprach über heikle Themen wie ihre schweren Verdauungsstörungen und über die in diesem Zusammenhang unangenehmen ärztlichen Konsultationen oder gar klinischen Notfallaufnahmen.

In der Zeit der ersten Kontaktnahme hatte sich Frau B für mich „aufgebaut“. Ihre „Schokoladen-seite“ diente als Abwehr gegen mich als Fremde. Mein Besuchszweck war ja zunächst nicht klar erkenntlich. Je mehr wir einander vertraut waren, desto weniger erforderte es aber diese Fassade, und ihre Erstarrung löste sich. Allmählich entdeckte ich ihre Verwahrlosung, und diese Verwahrlosung zeigte die Dimensionen ihrer Krankheit.

Mit dem Scheitern der Bewältigung des Migrationsschocks und der Diskriminierungen, die Herr und Frau B bei der Arbeit und im Alltag erlebten, entstand eine Verschiebung des Lebenssinns.

³³⁵ Tolstoj 1892:146f.

Die Krankheit, die ihre Ohnmachtssituation ausdrückt, wurde für sie sinnstiftend. Die Bewältigung der sich stetig verändernden Leiden – schmerzvolle Sprache des Körpers – füllte den Alltag aus und beherrschte ihre Gedanken.

Die Verwahrlosung war eine Inszenierung der Krankheit „Migration“. Durch ihre äussere Verwahrlosung, die mir Frau B Schritt für Schritt eröffnete, konnte ich erst ihre innere Verwahrlosung wahrnehmen. Sie konnte mir ein Äusseres zeigen, das den Ärzten verborgen blieb. Diese erhielten medizinische Daten, ich hingegen erfuhr mehr über ihre soziale und psychische Befindlichkeit. Ähnliches erlebte ich auch mit Frau C, die bei einem morgendlichen Besuch nicht rechtzeitig aufgestanden war. So erlebte ich sie das erste Mal so, wie sie wirklich war, ungeschminkt.

6.3.5 Die Migrationssituation als Nicht-Ort

Im fremden Land kann man sich weder auf die Sprache (die man ja oft nur schlecht beherrscht) noch auf Gesten, Tonfall, Mimik etc. verlassen, da die Bedeutungen vieler nonverbaler Elemente einem nicht vertraut sind. Wie Herr A nicht so antwortete, wie ich erwartete, reagiert der Einheimische nicht auf die Weise, wie der Migrant es erwartet. Es wird bei uns weniger unterschieden zwischen Privatsphäre und Öffentlichkeit als beispielsweise bei traditionellen Familien des Südbalkans. Kommunikation zwischen zwei sich nicht nahe stehenden Kosovo-Albanern verläuft nach genau festgelegten Regeln. Dementsprechend reagiert der Einheimische aus der Sicht eines Migranten oft nicht adäquat im öffentlichen bzw. privaten Raum. Spontane negative Gefühlsausdrücke wie Zorn oder Ungeduld oder eine in der Deutschschweiz bisweilen direkte, beinahe verletzend Art sind im Kommunikationsmodell der Kosovo-Albaner/innen nicht vorgesehen.

Als Herr B ganz zu Anfang Kontakt mit mir aufnahm (sein Psychiater hatte ihm meinen Laufzettel gegeben, auf welchem stand, dass ich chronisch kranke Kosovo-Albaner/innen für eine Studie suchte), rief er mich in das Durchgangszentrum an, in dem ich damals arbeitete. Eine Mitarbeiterin mit einem ähnlich klingenden Nachnamen nahm den Hörer ab und sagte in schnellem Tempo die übliche Begrüssung auf. Herr B vermeinte, bei der richtigen Person angelangt zu sein und nahm Bezug auf den Laufzettel, doch meine Kollegin verstand sein Anliegen nicht, reagierte ungeduldig, und es gab ein ziemliches Durcheinander, bis wir herausfanden, mit wem er sprechen wollte.

Wieviel Mühe und kränkende Erfahrung kostete Herrn B der Versuch, mich zu erreichen.

Der unbewältigte Migrationsprozess führt zu einer Desorientiertheit, die nicht nur äusserlich, sondern auch innerlich stattfindet. Es ist ein Verlust an innerer Orientierungsfähigkeit. Wie weiter oben ausgeführt wurde, entwickelt sich diese nach Grinberg und Grinberg aufgrund traumati-

sierender, unbewältigter Erlebnisse in der Migrationssituation (sowie allfälliger Prädispositionen aus der Kindheit). Die Übergangsphase der Migration – verstanden als Zeit zwischen Verlust der Heimat und Vertrautheit mit dem Einwanderungsland – erinnert an den Nicht-Ort, an eine Schwelle, wie sie in Übergangsritualen erlebt wird und wie sie van Gennep insbesondere anhand von Pubertätsriten dargestellt hat.³³⁶ Der Übergang von einer Lebenssituation zu einer anderen stellt stets eine instabile, „verletzliche“ Phase dar, was durch die zahlreichen Schutzrituale und -symboliken bei traditionellen Übergangszeremoniellen belegt ist. Aber welches sind die Schutzmassnahmen im Migrationsprozess? Wie kann man sich in der bedrohlichen Übergangsphase des „Nicht-Ortes“ schützen, wo die vertrauten Werte des Heimatlandes nicht mehr gelten, die Wertvorstellungen des Aufnahmelandes aber noch unvertraut sind?³³⁷

Wie ich im Kapitel über die Ethnologie Kosovos erwähnt habe, besteht eine grundsätzlich loyale Haltung unter Kosovo-Albaner/innen und ein gewisses historisch entstandenes Misstrauen – oder zumindest eine Distanz – gegenüber Angehörigen nichtalbanischer Ethnien. Das Festhalten am traditionellen Leben und die Abgrenzung von Nicht-Albanischem dient als Schutz vor der Desorientierung, was in der Übergangssituation hilfreich und identitätsstiftend ist, der jedoch mit zunehmender Vertrautheit mit den Regeln des Aufnahmelandes gelockert werden sollte, damit Integration möglich wird. Obwohl im Aufnahmeland die konkrete Bedrohung durch Nicht-Albaner, wie sie in der Heimat bestand, nicht vorhanden und die grundsätzliche Zurückhaltung gegenüber Nicht-Albanischsprachigen nicht mehr gerechtfertigt ist, ist es für kosovo-albanische Migrant/innen schwierig, ein Gleichgewicht von Distanz und Vertrauen zu Einheimischen aufzubauen. Denn wie kann es entwickelt werden, woran soll man sich orientieren, wenn man sich zugleich in der Fremde befindet, in der ohnehin andere Regeln und Bedeutungen gelten?

6.3.6 Familie Bs Kinder: Loyalität versus Integration

Anlässlich des Besuches, an dem mir Frau B ihre zahlreichen Medikamente zeigt, frage ich auch ihre 16jährige Tochter: „Was denkst du darüber, dass deine Mutter solche Massen von Tabletten verschrieben erhält?“ Sie, die stumm lächelnd im Hintergrund sitzt und nur antwortet, wenn sie angesprochen wird, findet es auch nicht gut. Weiter sagt sie nichts.

³³⁶ Nach A. van Gennep sind Riten des Übergangs von einem Lebensabschnitt zum anderen durch dieselbe Struktur gekennzeichnet: 1) Die Trennung, 2) das Übergangsstadium, bei dem das Individuum besonders gefährdet erscheint und 3) die „Inkorporation“ des Individuums in den neuen Stand. Die Rituale und Zeremonien haben dabei die Aufgabe, das Individuum im Übergang vor den Anfeindungen feindlicher Mächte zu schützen (Van Gennep 1909).

³³⁷ Siehe auch Hettlage-Varjas; Hettlage 1995:19.

Sie sagt nichts, denn die Achtung vor ihren Eltern und ihre Rücksichtnahme gegenüber der leidenden Mutter verbieten ihr ein wirkliches Sich-Einmischen. Sie möchte die Mutter nicht noch mehr belasten, als sie es schon ist. Die Tochter fühlt sich weder in der schweizerischen noch in der kosovo-albanischen Kultur gänzlich verwurzelt. Einerseits lernt sie in der Schule, eine kritische Einstellung gegenüber moderner Errungenschaften (wie eben der Schulmedizin) einzunehmen, andererseits kann sie diese zuhause nicht umsetzen, da es in ihrer Kultur tabu ist, (kranke) Eltern direkt zu kritisieren. Sowohl in der Kultur des Aufnahmelandes zu leben wie auch in der Kultur des Herkunftslandes wird „Splitting“ (Spaltung) genannt und ist für viele Angehörige der zweiten Migrant/innen-Generation charakteristisch.³³⁸ Es bedeutet eine Spaltung in zwei Welten, man lebt in jeder der beiden Welten nach deren eigenen Spielregeln, überträgt aber nichts von der einen in die andere, was die Integration beider Welten verhindert.

Kinder der zweiten Migrantengeneration haben es einfacher, mit Behörden und anderen Instanzen umzugehen, da sie in der Schweiz aufgewachsen sind und die einheimische Sprache sprechen. Andererseits können Kinder durch ihre Sprachkenntnisse Rollen (beispielsweise als Übersetzer) übernehmen, die für ihre Eltern demütigend sind, weil sie die Hierarchie, die die Eltern über die Kinder stellt, durcheinander bringen.

Einmal spreche ich mit Herrn B über die Herkunft, über das Zuhausesein hier und in der Heimat. Als ich dieses Thema anschneide, bleibe ich absichtlich vage, denn es geht ja um seine Sicht der Dinge. So umschreibe ich die Beziehung zur Familie und zum Dorf als einen Baum. Herr B nimmt meinen Satz auf und ergänzt: „Mit Wurzeln!“ Er lächelt und fährt fort: „Ja, ohne Wurzeln kann man nicht leben.“ Er, seine Frau und seine Kinder hätten Wurzeln im Kosovo. EK: „Aber die Kinder sind doch hier aufgewachsen.“ „Ja“, erwidert er, „aber sie sind im Kosovo geboren.“ – „Aber auch hier haben sie Wurzeln geschlagen“, fügt er hinzu.

Die Wurzeln hat man da, wo man geboren wurde, wo die Familie herkommt. Herr B möchte, dass seine Kinder sich im Aufnahmeland zwar „anpassen“ und eine Integrationsleistung erbringen, aber Kosovo-Albaner bleiben.

Ihre Tochter L hat einen Tag vor den Frühlingsferien einen Sportunfall in der Schule gehabt. Nun müsse sie die verpasste Schulzeit nachsitzen, erklärt Frau B. Aber L hatte sich ja in den nachfolgenden Ferien von der Verletzung erholt, und nicht während der Schulzeit. Der Lehrer habe zudem erst nach dem Unfall eine weichere Gymnastikmatte

³³⁸ Hettlage-Varjas; Hettlage 1995:23.

besorgt. Herr B hat aufgrund des Nachsitzens der Tochter und aufgrund der fehlenden Vorsichtsmaßnahmen (es war keine Aufsicht anwesend, während der Unfall geschah) mit dem Lehrer gesprochen. Nun sagen Herr und Frau B, der Lehrer würde ihre Tochter L „hassen“.

Es bleibt offen, weshalb L aufgrund eines einzigen verpassten Schultages nachsitzen muss. Ist es einem Missverständnis zuzuschreiben? Hat die Tochter nicht alles erzählt? Die Formulierung, dass der Lehrer seinen „Hass“ auf die Tochter richtet, hat auch mit sprachlichen Voraussetzungen zu tun, meines Erachtens meinten Herr und Frau B eigentlich eine Form der Ablehnung, die weniger extrem ist.

Kronsteiner erwähnt als Variante der pathologischen Konfliktverarbeitung unter anderem eine diffuse Unfallneigung.³³⁹ Sowohl bei Herrn und Frau B wie auch bei Herrn C (s. u.) war ein Arbeitsunfall krankheitsauslösend gewesen. Nun ist es auch die Tochter, die verunfallt, und scheinbar Objekt massiver Abneigung eines Vertreters des Aufnahmelandes geworden ist.

Es ist auch denkbar, dass sie nicht erst in den Sommerferien (s. u.), sondern bereits in diesen Frühlingsferien in einer Verpackungsfirma hätte arbeiten sollen. So hätte sie der Unfall davor bewahrt. Er könnte also ein unbewusster Protest gegen die Pläne der Eltern darstellen, Geld zu verdienen und es zuhause abzugeben. Er könnte den versteckten Wunsch der Tochter beinhalten, Ferien zu machen wie die anderen Schüler/innen auch. Vielleicht ging sie auch gerne zur Schule, daher der Unfall erst am letzten Schultag, und trotz einem Lehrer, der sie nach Ansicht des Vaters „hasst“.

In dieser Episode zeigt sich etwas, das mit Ängsten zu tun hat. Die Ängste und der Druck, die auf Herrn und Frau B lasten, und die normalerweise mit der Krankheit in Beziehung stehen, werden auf die Tochter projiziert, die nun Probleme in der Schule haben soll. Der Konflikt, der an sich ein Konflikt der ersten Generation ist, wird an die zweite Generation weitergereicht.³⁴⁰

Die älteste Tochter begann eine Lehre im Detailhandel. Nach dem ersten Lehrjahr mit guten Noten sagt sie zu ihrem Vater: „Vater, es ist zu schwer, lass mich lieber nur eine ‚Anlehre‘ machen.“ Nun absolviert sie eine Anlehre. Kommentar des Vaters: „Es ist schade, aber was will man machen?“ Auch der älteste Sohn klagt oft über seine Arbeit als Lehrling auf einer Baustelle, wo er manchmal auch Handlanger-Tätigkeiten verrichten muss. Hier bleibt die Mutter jedoch hart (das hat sie mir früher einmal erzählt): „Ich will so was nicht hören“, habe sie damals zu ihm gesagt.

³³⁹ Kronsteiner 1995:183.

Beiläufig erfahre ich auch, dass die zweitälteste Tochter die Schule vor mehreren Monaten abgeschlossen hat. Ich hatte diese Tochter praktisch nie gesehen und frage deshalb: „Was macht denn Ihre Tochter?“ Herr B: „Nichts.“ Als ich nachhake, präzisiert er, dass sie keine Lehrstelle gefunden habe und seither in einer Fabrik für Verpackungsmaterial arbeite. Ihre jüngere Schwester L, (die den Turnunfall hatte und die noch zur Schule geht), arbeitet in ihren Sommerferien ebenfalls dort.

Ich frage Herrn B, ob die Kinder einen Teil ihres in jener Fabrik verdienten Geldes behalten können. „Es ist ihnen freigestellt, sie müssen es uns nicht abgeben – aber sie tun es alle“, erwidert er.

Die Antwort des Vaters, seine Tochter tue „nichts“, kann zwei Gründe haben: Einerseits weiss er, dass ich die Ansicht habe, dass eine Schulabgängerin eine Ausbildung absolvieren soll. Herrn Bs Tochter erfüllt meine Erwartungen jedoch nicht. Andererseits hegt Herr B selbst keine solche Ambitionen gegenüber seiner Tochter. Obwohl er sicherlich wünscht, dass seine Kinder „es besser haben sollen“ als er und etwas lernen sollen, liegt ihm die Lösung, dass seine Tochter bald arbeiten und Geld verdienen soll, näher. In absehbarer Zeit würde sie ja heiraten. Eine Ehefrau und Mutter muss nicht zwingend über berufliche Qualifikationen verfügen. Sie könnte ja, hätte sie berufliche Ambitionen, auf „dumme“, – d. h. individualistische – Gedanken kommen. So vermitteln Eltern ihren Kindern einen doppelten Auftrag: Einerseits sollen sie es besser haben als die Eltern und die Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten nutzen, die ihnen hier zur Verfügung stehen, andererseits sollen sie sich darin nicht allzu weit von den Eltern entfernen.³⁴¹

In der Adoleszenz entscheidet sich meist, ob die Kinder mit der traditionellen Lebensweise der Eltern brechen oder nicht. Bei Familie B zeigen sich alle heranwachsenden Kinder loyal. Die Töchter haben einen Weg eingeschlagen, der vom Vater gebilligt wird. Er konnte sie von den Verlockungen „sauber“ halten. Es ist zu erwarten, dass auch die künftigen Schwiegersöhne sich loyal verhalten werden. Mittels der Frauen werden die jungen Männer an die ältere Generation

³⁴⁰ siehe dazu auch Kronsteiner 1995:190.

³⁴¹ s. a. Hartmann Kunkel 1996:81.

gebunden. Die um eine neue Generation angewachsene Familie wird damit gefestigt und stabilisiert.³⁴²

Der Vater braucht nicht darauf zu pochen, dass seine Kinder den Erwerbslohn zuhause abliefern: Wie in 2.4 erwähnt, werden bei vielen kosovo-albanischen Familien alle Einkommen dem Familienoberhaupt zur Verwaltung abgegeben. Die Kinder der Familie B sind hierin „gut erzogen“: Sie haben diese kollektive Erwartung internalisiert.³⁴³

Auch wenn die zweitälteste Tochter ebenso wie die älteste die Gelegenheit hatte, eine berufliche Ausbildung zu absolvieren, ist der Schritt zu gross. Sie sagt, „es ist zu schwer“, und meint wohl die inneren Spannungen, die sie nicht mehr aushalten kann. Sie setzt den vielen Verlockungen und Herausforderungen ein Nein entgegen und verleugnet einen Teil ihrer Wünsche und Träume. Wie die Eltern beginnen die Töchter früh durch unqualifizierte Arbeit Geld zu verdienen, und ihr einziger Schritt zur Ablösung von den Eltern wird ihre Heirat sein. Der Ausweg aus dieser neurotisierenden Situation scheint darin zu bestehen, dass man seine Wahrnehmung gegenüber der Welt einschränkt und sich auf die Belange der eigenen Familie zurückzieht. Dazu schreibt Hartmann Kunkel:

„Wie Erdheim ausführt, beinhaltet gerade die Phase der Pubertät auch eine Distanzierung von übernommenen familiären Werten und eine Öffnung für das Fremde und Andere. In den meisten kosovo-albanischen Familien steht dem jedoch ein starker Druck der Eltern entgegen, die eigene Familie und Kultur nicht zu verraten. Indem sich ein junger Mensch gegen diese Wünsche seiner Familie stellt, würde er nicht nur massive innerfamiliäre Konflikte heraufbeschwören, sondern

³⁴² Welche Anforderungen man an heranwachsende Mädchen in der Migration stellt, zeigen auch die Aussagen des jungen Meriton: „Als mein Vater sah, wie Albaner/innen hier begannen, Schweizer/innen zu werden und sich auch mit Schweizern verheirateten, bekam er Angst, auch seine Töchter könnten sich mit Schweizern oder andern verheiraten. (Meine) beide(n) Schwestern wussten, dass er grossen Wert drauf legt, dass sie sich mit einem Albaner verheirateten. Aber dies war letztendlich auch ihr eigener Wunsch.“ Und an anderer Stelle bemerkt er: „Bei mir ist es auch klar, dass ich einmal eine Kosovo-Albanerin heiraten werde. Es ist eben so, ich merkte bereits: Wenn ich mit Schweizer/innen zusammen bin, mit ihnen rede, kann ich einige Ideen nicht bringen, weil ich wie ein Kosovo-Albaner denke, und die meisten verstehen das vielleicht nicht. Darum habe ich es vielleicht etwas leichter mit Kosovo-Albaner/innen.“ (Von Aarburg 2001:9f).

auch Akzeptanz und Respekt in der Exilgruppe der Albaner verlieren. Der soziale Druck, mindestens beim Eintritt in die Pubertät ein angemessenes, albanisches Identitätsbewusstsein anzunehmen, ist für Mädchen wohl noch ausgeprägter als für Knaben.“³⁴⁴

Ein weiterer Grund zum frühen Rückzug vom Beruflichen auf das Familiäre ist vermutlich die Krankheit der Eltern: Einen kranken Elternteil zu haben, betrifft nach kosovo-albanischer Tradition die Familie vollumfänglich, da diese die Verantwortung und Pflege für Kranke nicht externer Pflege abgibt, sondern wenn immer möglich selbst übernimmt. Dies ist hohe ethische Pflicht. Ein Familienmitglied in fremde Pflege zu geben, wird als Egoismus ausgelegt und schadet dem Ansehen der Familie enorm. Bei Familie B sind gar beide Eltern krank, arbeits- und funktionsunfähig; ihre Pflege und die Bewältigung des immerhin siebenköpfigen Haushaltes obliegt den Töchtern.

Nachdem ich Familie B mehrere Monate lang besucht habe, erzählt mir eines Tages Herr B eine Episode mit seiner ältesten Tochter. Sie hatte einmal einen Kaufvertrag für Kosmetik unterschrieben. Später erhielt sie von der Firma, bei der sie den Vertrag unterschrieben hatte, unerwartet hohe Rechnungen. Sie wollte diesen Vertrag kündigen, was von jener Firma nicht akzeptiert wurde. Herr B wehrte sich und zeigte die Vertragspartner an. In dem nachfolgenden Rechtsfall wurde zu Gunsten seiner Tochter entschieden. In diesem Zusammenhang erklärt Herr B, dass seine Tochter später einmal eine Wohnung mieten wolle, und erkundigt sich, ob seine Familie wegen ihrer Anzeige gegen die Kosmetikfirma irgendwo in einem öffentlich zugänglichen, amtlichen Register eingetragen sei? Er befürchtet, dass dies ihre Chancen, eine Wohnung zu finden, schmälern würde.

Obwohl seine achtzehnjährige Tochter in der Schweiz aufgewachsen ist und perfekt Schweizerdeutsch spricht, steht der Vater für sie in der Öffentlichkeit ein. Er stellt die Familienautorität gegen aussen dar. Was löst es bei der Tochter aus, wenn ihr Vater Kontakt mit schweizerischen Behörden aufnimmt, für sie, die über die schweizerischen Gepflogenheiten besser Bescheid weiss

³⁴³ Die Erwartung an die Heranwachsenden, für die Familie da zu sein, wird auch beim jungen Meriton in den Interviews von H.P. Von Aarburg deutlich. Meriton schildert junge Männer: „Mein Onkel hat immer gearbeitet, jetzt besitzt er ein eigenes Restaurant. Du denkst: Doch, es geht! – und arbeitest erst recht. Aber einige Jugendliche nehmen das nicht so ernst, geniessen den Luxus hier zu stark und meinen, es würde einfach so gehen. Easy Leben, man kann machen, was man will! Für sie ist es nicht so wichtig, sie denken nicht so ans Geldmachen, um irgendwann einmal eine Familie ernähren zu können. Es gibt solche, die sind keine Familienernährer, einfach Schmarotzer. Aber die meisten denken: ich kehre einmal in den Kosovo zurück und arbeite bis dahin so hart wie möglich – mein Hund hütet mein Grundstück. Diese Vorstellungen treiben dich morgens an, wenn du nicht aufstehen magst und du sagst dir: Doch, jetzt packe ich meine Schürze und gehe Teller waschen!“ (Von Aarburg 2001:13).

³⁴⁴ Hartmann Kunkel 1996:73.

und die jede sprachliche Holprigkeit des Vaters hört und gleichzeitig ihren Vater als selbstverständliches Familienoberhaupt akzeptiert?

Wie ist es andererseits für den Vater, seine Rolle als Familienvorsteher einzunehmen, während er spürt, dass er im sprachlichen Bereich seinen älteren Kindern unterlegen ist? Was bedeutet für ihn diese Rolle in einer Umgebung, in der es üblich ist, dass Kinder – insbesondere in der Adoleszenz – eine kritische Haltung gegenüber ihren Eltern einnehmen? Hartmann Kunkel schreibt dazu: „das Erleben von elterlicher Schwäche und Hilflosigkeit stellt nicht nur das familiäre Hierarchygefüge auf den Kopf, sondern bedeutet je nach Alter des Kindes auch eine existentielle Verunsicherung, bzw. wird zum Anlass für vielfältige Schuldgefühle.“³⁴⁵

Manche der oben gestellten Fragen bleiben unbeantwortet, doch wird deutlich, dass die Familie in der Fremde nur deshalb in traditioneller Weise funktionieren kann, weil die zweite Generation, wie oben erwähnt, „splittet“, d. h. sich der jeweiligen Umgebung vollständig anpasst und die „andere Welt“ in diesen Momenten verdrängt. Dies verhindert nicht nur das Zusammenführen beider Kulturen sondern ist auch Kraft raubend.

Angesichts der Ängste der ersten Auswanderungsgeneration, dass die Nachkommen den vielen Verlockungen und dem Druck der von verschiedenen Seiten bestehenden, unterschiedlichen Ansprüche im Aufnahmeland nicht standhalten können und entweder in die Kriminalität abrutschen oder eine individualistische, konsumorientierte Haltung übernehmen, stellt chronische Krankheit auch ein Mittel dar, die Kinder einer Art Kontrolle zu unterziehen. Solange die Kinder Rücksicht auf jemand Kranken in der eigenen Familie nehmen müssen, können sie den sich meldenden Wünschen, Bedürfnissen, Neigungen etc. nicht einfach so nachgeben.

6.3.7 Rechtliche Unsicherheit

Die oben beschriebene Episode demonstriert, wie wenig Herr B, obwohl bald dreissig Jahre in der Schweiz lebend, über das geltende Gesetzssystem mit seinen Rechten, Pflichten und Prozessabläufen Bescheid weiss. Bei seinen spärlichen Erfahrungen mit dem Schweizer Rechtssystem hat er wohl die amtlichen Betreibungs- und Strafregister kennen gelernt, deren Auszüge unter gewissen Umständen vorgelegt werden müssen. Aber es ist ihm unbekannt, wer, wann und unter welchen Bedingungen in ein solches Register aufgenommen wird und ob weitere Register bestehen, von denen ihm noch nichts zu Ohren gekommen ist.

Zweifellos stellt Herr B keine Ausnahme dar, eine derartige rechtliche Ungewissheit ist bei Migrant/innen weit verbreitet. Dass ich als Forscherin davon Kenntnis erhalte, ist etwas Aussergewöhnliches, denn solche Fragen werden nur in einem vertraulichen Rahmen gestellt. Es legt eine rechtliche Ungewissheit bloss, die für uns nicht vorstellbar, für die Migrant/innen in meiner Untersuchung aber alltäglich ist. Die Idee, dass man, wenn man sich für seine Rechte wehrt, von „oben“ registriert, d. h. kontrolliert wird, mutet beinahe paranoid an. Doch eine Kontrolle von Menschen, die sich zur Wehr setzen, wird in manchen Staaten praktiziert. Herrn Bs Verhalten liefert uns Hinweise auf die politische Atmosphäre im Kosovo während seiner Jugendzeit. Bei Migrant/innen aus dem Kosovo, die jahrzehntelang unter Repression und Kontrolle litten, ist es nahe liegend, dass die in der Heimat erlebten Gefühle des Verfolgtseins unter den krisenhaften Bedingungen der Migration reaktiviert werden können. Wie an verschiedenen Stellen diskutiert worden ist, stellen paranoide Ängste zudem eine Form der Konfliktverarbeitung im Migrationsprozess dar.

6.3.8 Identität und Migration

Gemäss Grinberg und Grinberg besteht die Grundlage der emotionalen Identitätserfahrung in der Fähigkeit des Individuums, trotz Phasen intensiver Veränderungen sich selbst zu bleiben. Die Frage ist, wo die Grenzen der Erträglichkeit solcher Veränderungen liegen und wo diese nicht mehr verarbeitet werden können und die Identität zu schädigen beginnen.

Ereignisse im Migrationsprozess, die einschneidende Veränderungen im Leben eines Individuums bewirken, bedrohen das Identitätsgefühl in besonderem Masse. In seinem Kampf um psychische Selbsterhaltung muss sich der Migrant, die Migrantin an verschiedenen Elementen seiner Heimat wie zum Beispiel vertrauten Objekte festhalten, um die Erfahrung eines kontinuierlichen Selbst aufrechterhalten zu können.

Die Stabilität des Identitätsgefühls hängt insbesondere von der Verinnerlichung der Objektbeziehungen ab. Erikson postuliert, gestützt auf Freud, dass der Begriff der Identität eine Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Gruppe ausdrückt, dass sich also das Identitätsgefühl auf der Grundlage der Bindungen an Andere entwickelt.³⁴⁶ Grinberg und Grinberg präzisieren diese

³⁴⁵ Hartmann Kunkel 1996:123.

³⁴⁶ zit. in Grinberg; Grinberg 1990:149.

Feststellung und halten das Identitätsgefühl für ein Ergebnis eines ständigen Interaktionsprozesses zwischen drei integrativen Bindungen: der räumlichen, der zeitlichen und der sozialen.

Frau B zeigt mir ein Foto, auf dem ihr jüngster Sohn lächelnd unter einer Bettdecke hervorschaut. Es handelte sich um das Fest der rituellen islamischen Beschneidung, der „*synet*“. Auf der weissen Decke ist in der Mitte ein Rhombus aus blauem Stoff eingenäht. Blaue, grosse Blumen, um den Rhombus angeordnet, waren von Frau Bs Schwester in geduldiger Handarbeit auf die Decke gestickt worden. Ich erkundige mich, wie die Beschneidung abgelaufen ist. Es war in ihren Ferien im Kosovo, sie hatten einen Störkoch engagiert, und die Männer zelebrierten ein *mevlud* (vgl. Kapitel 5.5.4). Sie sassen zusammen in einem Raum und hörten dem Hodscha zu, der aus dem Koran vorlas. Als ich sie frage, ob beim *mevlud* nur Männer zugelassen seien, (in anderen Gegenden Kosovos zelebrieren auch Frauen *mevludet*) erwidert sie: „Nur Männer, ich kann das nicht. Wir Frauen sassen in einem Nebenzimmer und hörten zu. Es ist wichtig, dass man zuhört.“

Beim nächsten Besuch ist nur Herr B anwesend. Ich frage nochmals nach der *synet* des jüngsten Sohnes. Herr B erklärt mir, dass normalerweise die Mutter die Bettwäsche bestickt, aber seine Frau hätte hier zuwenig Zeit, und sie sendeten ja ihren Verwandten im Kosovo oft Geld. In Form einer „Gegenseitigkeit“ habe nun ihre Schwester anstatt sie selber die Bettwäsche bestickt. Während ich weitere Details über das *synet*-Fest erfrage, spüre ich hinter Herrn Bs Lächeln eine ruhige Sicherheit. Für einmal ist er Einheimischer und ich die Ausländerin, für einmal spricht er über etwas Wertvolles, das ihm „gehört“.

„Die Kunst des Handwerks, die Volksmusik, die kleinen Bilder oder kleinen Gegenstände, (...) die dem Immigranten so lieb sind, haben den Zweck, die drei Bindungen seines Identitätsgefühls zu stützen: sie sichern den Unterschied zu den Einheimischen, sie heben die Existenz einer Vergangenheit (in jenem Land, in dem der Immigrant seine Biographie hinterlassen hat) hervor, und sie vergegenwärtigen Beziehungen zu abwesenden Menschen; diese helfen dem Immigranten, das Gefühl zu ertragen, an dem Ort, wo er ist, keine Wurzeln, keine Geschichte, keine Grosseltern (...), keine eigenen Erinnerungen zu haben.“³⁴⁷

Die integrative *zeitliche* Bindung, von der Grinberg und Grinberg sprechen, liegt definitiv in der Vergangenheit. Immerhin zum Teil kann die identitätsstiftende Beziehung zum *Raum* in den kurzen Ferienwochen wieder aufgenommen werden und durch *synet*, Hochzeit, *mevlud* oder wie im Falle von Frau B durch die Geburt ihrer Kinder erneut zelebriert werden. In der Fremde leidet insbesondere die *soziale* Bindung des Identitätsgefühles. „Die Erschütterung dieser Bindung ver-

ursacht Erlebnisse der ‚Nicht-Zugehörigkeit‘ zu einer menschlichen Gruppe, die ihre Existenz bestätigen könnte.“³⁴⁸ Die grössten Veränderungen entstehen also in der Beziehung auf die soziale Umwelt. Im Herkunftsland waren soziale Bindungen von prioritärer Bedeutung; /innen- und Aussenraum waren sozial geprägt und definiert. Das unter Kosovo-Albaner/innen so bedeutsame Konzept der Ehre besteht ja in der Art der sozialen Beziehungen der Clans untereinander.

Obwohl soziale Bindungen zur Verwandtschaft in der Heimat im Alltagsleben wenig sichtbar sind, behalten sie weiterhin ihren hohen Stellenwert. Die Verwandten – seien es die blutsverwandten oder die verschwägerten – können als Brücke zwischen den Ausgewanderten und ihrem „verlorenen“ Leben in der Heimat wirken. Im Austausch mit materiellen oder anderen Gütern können Verwandte die traditionellen Rituale und Aktivitäten (das Besticken der *synet-Decke* als vertrautem, symbolischem Objekt) übernehmen und so mithelfen, die identifikative Zugehörigkeit weiter zu pflegen.

Wenn Migrant/innen ihre Ferien in der Heimat verbringen, bringen sie für die gesamte Grossfamilie oft teure Geschenke mit, was ihnen ökonomische Opfer abverlangt. Diese Geschenke werden nicht als Akt der Nächstenliebe, sondern als Tauschgeschäft verstanden. Sie verfestigen die sozialen Beziehungen innerhalb des Clans und erhöhen das Prestige der Ausgewanderten.³⁴⁹

6.3.9 Mein letzter Besuch: Individuelle Hintergründe der Erkrankung

Bei meinem letzten Besuch erhalte ich weitere wichtige Mosaiksteine zum bisher unvollständigen Bild über Frau B. Der in Deutschland lebende Bruder ist mit seiner Frau auf Durchreise. Dieser Bruder spricht perfekt deutsch, seine erwachsenen Kinder sind mit Deutschen liiert, er hat seine Verbindungen zur Heimat praktisch abgebrochen.

Das grosse Wohnzimmer ist voll von Verwandten. Auch die Schwägerin, die Frau B oft im Haushalt hilft, weilt mit ihren zwei kleinen Buben wieder zu Besuch. Frau Bs Bruder erzählt mir von ihrem Vater. Er war im Zweiten Weltkrieg durch ein Explosivgeschoss schwer verletzt worden und lag mehrere Jahre im Spital. Er starb an Nierenversagen, als Frau B elf Jahre alt war. Sein Körper hatte die starken Medikamente nicht mehr ertragen. Er war also nicht

³⁴⁷ Grinberg; Grinberg 1990:149.

³⁴⁸ Grinberg; Grinberg 1990:152.

³⁴⁹ Die Geschenke, zum Beispiel schöne Kleider oder modische Schuhe für die Teenager, werden auch von Anderen, zum Beispiel in der Schule, wahrgenommen und als „Stärke“ oder „Integrität“ des Clans oder der Grossfamilie aufgefasst. Sie beinhalten also verschiedene soziale Dimensionen. Solche Geschenke beeinflussen die Vorstellungen der Einheimischen über das Migrationsland. Auf den ersten Blick sieht man nur die Attraktivität, die bunten Farben, die gute Qualität der Geschenke und nimmt die Enttäuschungen, das Scheitern, die Mühen und Opfer nicht wahr, die das Leben in der Migration unter den gegebenen Umständen mit sich bringt. Man hütet sich in der Regel, davon zu erzählen, da man nicht als gescheitert gelten möchte.

direkt an den Verletzungen, sondern an den Medikamenten, die er ständig einnehmen musste, gestorben. Ich lenke das Gespräch auf die Medikamente und wende mich an Frau B: „Ich denke an Ihren Vater, er hat ja auch so viele Medikamente eingenommen.“ Sie: „Ja, was soll ich machen. Die Medikamente sind ja gegen Schmerzen. Und jedes Mal, wenn die Medikation neu zusammengestellt wird, hoffe ich, dass nun endlich eine Besserung eintritt.“ Ich frage ihren Bruder nach seiner Meinung. Sehr bestimmt entgegnet er: „Medikamente sind schädigend!“ „Man sollte keine, oder mindestens so wenig Medikamente wie möglich einnehmen“, beharrt er. Sie erklärt, dass sie es ohne Medikamente nicht aushalten kann. Erst zuletzt lenkt ihr Bruder ein, und gibt zu, dass man Medikamente zur Schmerzbetäubung benötigt. Beide sprechen zu mir, sie wenden sich nicht direkt zueinander. Es ist, als wäre der offene Meinungsaustausch nur auf eine indirekte Weise möglich.

Nicht nur soziale, politische und kulturelle Bedingungen sind für eine pathologische Verarbeitung des Migrationsprozesses Ausschlag gebend, sondern auch individuelle: Der Bezug der jetzigen Lebenssituation von Frau B zu ihrer Kindheit ist unübersehbar. Wie damals ihr Vater ist nun auch Frau B abhängig von Medikamenten, die sie zur Dämmung ihrer Schmerzen, für Entspannung und Schlaf und zur Regulierung ihrer Verdauung benötigt. Man könnte gar annehmen, dass die jahrelang eingenommenen Medikamente das Ihre zum jetzigen Leiden beigetragen haben. Die starke Identifikation mit ihrem Vater kann Frau B in der Migrationssituation nicht aufgeben, im Gegenteil, es wiederholen sich die leidvollen Erfahrungen ihrer Kindheit, da in der Migration keine Umgebung vorhanden ist, die die Bewältigung ihres Traumas begünstigen könnte. Das Beispiel von Frau B weist auch darauf hin, dass das Risiko für eine pathologische Reaktion auf Migrationskonflikte grösser ist, wenn in der Kindheit Objektverluste in Form von Entbehrens- und Trennungssituationen erlitten worden sind.

6.4 Familie C: „Sie brauchen uns nicht mehrmals zu besuchen: Wir sagen immer das Gleiche“

Herr C, ein ca. 35jähriger, gelernter Handwerker aus dem Kosovo, hat mit seiner um fünf Jahre jüngeren Frau und der damals wenige Monate alten Tochter vor zehn Jahren in der Schweiz um Asyl ersucht. Die ersten Jahre verbrachten sie zu dritt in einer Einzimmerwohnung. Seit acht Jahren leidet Herr C an Rückenschmerzen. Als die Beschwerden begannen, habe er in einem Betrieb der Stahlindustrie gearbeitet, oft in gebückter Körperhaltung, sagt er, und erklärt so die Ursache seiner Rückenschmerzen. Schon damals musste er viel liegen, was bei engen Platzverhältnissen schwierig war. Frau C, die ursprünglich ihre Heimat nicht verlassen wollte, litt die ersten drei Jahre unter starkem Heimweh. Sie vermisste ihre Familienangehörigen. Bei einem meiner Besuche fasste sie sich an den Bauch und sagte, sie habe die ersten Jahre viel geweint. Es war ein

schlimmer Start in der Schweiz, in der Enge einer Einzimmerwohnung, ohne Verwandte und Freunde, und bereits damals mit einem kränklichen Ehemann. Nach drei Jahren in der Schweiz gebar Frau C noch einen Sohn. Um diese Zeit konnten sie in eine grössere Wohnung umziehen. Nachdem Herr C aufgrund seines Rückenleidens nicht mehr in jenem Betrieb arbeiten konnte, fand er Arbeit auf einer Baustelle. Von da an sei es wieder etwas aufwärts gegangen.

Vor sechs Jahren traf ihn bei einem Arbeitsunfall ein schwerer Gegenstand. Die entstandene Wunde verheilte danach nicht richtig. Drei Monate nach dem Unfall wurde er ambulant operiert. Sein Zustand verbesserte sich nicht, im Gegenteil: Von da an breiteten sich die Schmerzen immer weiter aus, ganze Körperteile wurden überempfindlich. Nun ist die ganze Körperhälfte von den Schmerzen betroffen. Verschiedene Therapiemassnahmen nützen nichts. Herr C wird zunehmend gereizt, er erträgt Frau und Kinder nicht mehr. Da er jederzeit von den Schmerzen überwältigt werden kann, entfernt er sich nicht mehr weit vom Haus. Er igelt sich in der Wohnung ein. Fortan erstreckt sich seine Lebenswelt zwischen Schlafzimmer und Wohnzimmerbalkon.

6.4.1 Melonenstücke und Bauchschmerzen

Als ich mich für einen ersten Besuch telefonisch anmelde, nimmt Herr C den Hörer ab und sagt, ich könne gerne zum vereinbarten Termin kommen, aber seine Frau sei dann nicht da. Beim ersten Besuch ist es jedoch seine Frau, die mich empfängt, und ihr Mann ist nicht verfügbar. Er habe in der Nacht nicht schlafen können, und nun hole er den Schlaf nach. Frau C ist eine lebhaftere, auffallend hübsche Frau, der ich durch meine damalige Tätigkeit im Durchgangszentrum bekannt bin. Bereits auf der Hinfahrt mit dem Bus hatte ich gemerkt, dass mich jemand freundlich anblickte, es war Frau C. Bei der Bushaltestelle spricht sie mich an und führt mich zu ihrer Wohnung. Sie ist herzlich, klappt mir vertrauensvoll auf den Oberschenkel. Sie sagt, es sei nicht nötig, sie mehrmals zu besuchen, denn sie würden immer das Gleiche erzählen.

Sie erzählt von ihrem Mann. Die Situation sei schon lange unerträglich, vertraut sie mir an, da er durch seine chronische Krankheit gereizt und depressiv geworden sei. Er sei sehr streng mit den Kindern, dulde nichts, reagiere rasch ungehalten auf sie, sodass die Kinder nie lange in seiner Nähe weilen würden.

Mit den meisten Kollegen und Freunden habe er den Kontakt abgebrochen. Während sie mir alles erzählt, weint sie und sagt, sie habe schon oft an Scheidung gedacht, weil sie es einfach nicht mehr aushalten könne. Später kehren die Kinder aus der Schule zurück, ein zurückhaltendes Mädchen und ein lebhafter Knabe.

Erst beim nächsten Besuch begegne ich Herrn C, einem gutaussehenden Mann mit dunklem, gepeinigtem Blick. Seine Körperhaltung erinnert mich an jemanden, der einen Schlaganfall erlitten hat. Frau C muss aus dem Haus, und lässt mich alleine mit ihrem Mann. Er erzählt mir von seiner früheren Arbeit und gesteht ein, dass er infolge seiner Krankheit reizbar geworden sei. Er spricht gepflegtes, fast fehlerfreies Hochdeutsch, obwohl er mehrmals erwähnt, dass ihm die korrekten Bezeichnungen nicht einfallen würden. Ich möchte die sichtbare Narbe aus der Nähe betrach-

ten, doch er wehrt ab, und ich verstehe, dass bereits das „Sehen“, das „Sich-Beschäftigen“ damit, ihm Qual bereitet. Fortan vermeide ich den Blick auf die Wunde. Dadurch bleibt sie für mich wie ein Geheimnis. Sein Sohn erscheint, setzt sich neben ihn und sagt, wie schade es sei, dass der Vater nicht mit ihm in die Badeanstalt gehen könne. (Draussen scheint die Sonne und lässt die Luft vor Hitze flimmern.) Dann erzählt er mir, dass er in den Ferien auch erst morgens um fünf einschlafen könne, genauso wie sein Vater. Später, als er wieder gegangen ist, meint Herr C, dass der Sohn nur wegen meines Besuches so lange bei uns gesessen habe, sonst wäre er nur ganz kurz geblieben, um Herrn C nicht unnötig aufzuregen.

Die nächsten beiden Male war Frau C verhindert, und ich verbrachte die Zeit alleine mit Herrn C in ihrer Wohnung. Ähnlich wie Frau C lächelte er mich bei den Gesprächen bisweilen unerwartet an, und ich merkte allmählich, dass meine Besuche entlastend wirkten. Die Mauer, die er um sich aufgebaut hatte, bröckelte ein wenig ab. Er wusste, dass ich ihn und seine Frau nun eine Zeitlang regelmässig besuchen würde. Damit erhielt er eine neue, verlässliche Ansprechperson und konnte sich an mir auf eine neue Weise spiegeln, d. h. sich aufgrund meiner Reaktionen selbst neu wahrnehmen. Er konnte einen neuen, unbelasteten Kontakt knüpfen, während zu dem Zeitpunkt die Beziehung zu seiner Frau und seinen Kindern schwierig war. Die – wenn auch nur befristet – neu geschaffene Gesprächsbeziehung ermöglichte eine Art Triangulierung der Beziehungen.

Als ich Herrn C das zweite Mal besuche, serviert er mir frische, kühle Melonenstückchen, die von seiner Frau vorbereitet worden sind. Er erzählt von seiner Krankheit und von der Zeit, als er gesund war und arbeitete. Er habe sehr viel gearbeitet, und dabei „weder nach rechts noch nach links geblickt“. Seine Kollegen, die dies wahrnahmen, ermahnten ihn: „Halte Mass mit deiner Kraft und deiner Energie, verbrauche nicht alles aufs Mal“. Früher aber lebte er nur für seine Familie und hörte nicht auf die Kollegen, erzählt er. Für ihn war die Familie „erste Priorität“. Die „Anderen“ nahmen quasi die Stellung „links von ihm“ ein, erklärt er, d. h. sie waren weniger wichtig. Und dann ereignete sich der Unfall, das Leiden, das sich immer mehr auf seiner linken Körperseite ausbreitet. Er schildert eine Episode, die sich vor wenigen Jahren ereignete, als er an einer Bushaltestelle wartete. Ein schwerer Lastwagen fuhr unerwartet nahe an ihm vorbei. Infolge der entstehenden Luftwirbel durchzuckte ihn ein heftiger Schmerz bis in den Nacken hinauf.

Die Schmerzempfindlichkeit ist stark. Ich habe den Eindruck, dass seine Nerven bloss liegen, was er auch bestätigt: „Meine Nerven und mein Blut sind krank.“

Stets soll ich mich rechts neben ihn setzen, es ist für ihn angenehmer. Es fällt Herrn C schwer, über die Krankheit zu sprechen, das Reden ermüdet ihn. Im Laufe des Gespräches nimmt er sich immer öfters Zeit zwischen den Sätzen, ruht aus oder sucht nach deutschen Ausdrücken. Diese Unterbrechungen verleihen dem Dialog etwas Ruhiges, Ge-setztes. Ich möchte etwas Aufmunterndes sagen und rufe ihm seine gesunde, „blühende“ Zeit als junger Familienva

ter in Erinnerung. Nickend entsinnt er sich und beginnt, tief einzuatmen. Sogleich verkrampft sich der ganze Körper vor Schmerz und seine Atmung blockiert.

Nach jenem Besuch leide ich an Bauchschmerzen.

Auch Herr C fand in seiner Erwerbstätigkeit einen Ort der Anerkennung, der ihm über die narzisstischen Kränkungen (die Enttäuschung über das Aufnahmeland, der niedrige Status als Asyl Suchender, das Trauern seiner Partnerin über die verlorene Heimat, die Enge und die Einsamkeit des Alltags), etwas hinweg half. Die im Migrationsprozess entstandenen Allmachtsphantasien konnten je besser genährt werden, desto mehr er als Arbeiter leistete. Sie konnten jedoch nicht verarbeitet und an die Realität angepasst werden, was über kurz oder lang zu Krankheit führen musste.

In der Supervision deutete ich die Bauchschmerzen dahin gehend, dass sie von der Verletzung des Tabus stammten, einen Mann (schon zum zweiten Mal!) im Rahmen meiner Forschung alleine zuhause zu besuchen. Grundsätzlich verstießen diese Besuche gegen meine Pläne, Männer nur im Kreis ihrer Familie oder – wie Herr A – in öffentlichen Räumen zu befragen. In einer Gesellschaft, in der Männer- und Frauenbereiche traditionell getrennt sind und in der Frauen mit fremden Männern nicht alleine gelassen werden, wollte ich weder den Angehörigen Gelegenheit zu Missverständnissen noch den Nachbarn Anlass zu Gerede bieten.

Diese Familie schien jedoch wenig von Traditionen zu halten, zudem hatte mich Frau C selbst ermuntert, ihre Familie zu besuchen, egal, wer zuhause war. Meine Besuche gerieten aber oft zu Besuchen bei einem einsamen, kranken Mann, und sie führten so zu einer Reihe von Fragen: Frau C kannte den Tag, an dem ich sie besuchen würde. Weshalb richtete sie es sich nicht ein, dass sie zuhause war? Weshalb vertraute mir Frau C ihren Mann an? Bestand ihrer Meinung nach keine Gefahr des Tabubruchs, weil sie ihn für impotent hielt (vgl. Kapitel 2.3.5)? Schob sie mir den „Schwarzen Peter“ zu (vgl. Kapitel 6.4.5)? Was bedeutete ihre Haltung für Herrn C? Fügte sie ihm dadurch, dass sie ihn mit mir allein liess, nicht eine tiefe Kränkung zu? Oder wollte sie, dass auch er sich einmal bei einer „neutralen“ Person aussprechen, dass er seine selbst geschaffene Isolation für einmal durchbrechen konnte? War es eine „liebe Geste“ ihm gegenüber, da ihr Verhältnis so zerfahren war? Wollte sie mir zeigen, dass sie die alten Traditionen für überkommen und sinnlos hielt? Welche Bedeutung hatte diese völlige Auflösung der strikten Trennung der weiblichen und männlichen Sphäre im häuslichen Bereich?

Die Verunsicherung, die durch die vielen unausgesprochenen Fragen entstand, versuchte Frau C bei jenem Besuch mit traditionellen Mitteln aufzulösen, nämlich durch die Gastfreundschaft, die durch die angebotenen Melonenstücke symbolisiert wurde. Es war für mich jedoch ein Zuviel an Ungelöstem, an unbeantworteten und unbesprochenen Fragen, was mir Bauchschmerzen bescherte.

Herr C kann wesentliche Aspekte seiner männlichen Identität nicht realisieren, und der kulturelle und soziale Raum seiner Frau ist versehrt. Dies stört die eheliche Beziehung erheblich, auch wenn die Situation durch seine Krankheit „entschuldigt“ ist. Nur am Rande sei erwähnt, dass auch in westlichen Gesellschaften arbeitslose Männer, die zuhause bleiben, die kulturellen Geschlechterräume und -vorstellungen durcheinander bringen.

Im Einverständnis von Frau C, mich mit Herrn C alleine zu lassen, zeigte sich die besondere Lage, in der sie sich befand: Es war für sie nur noch ein kleiner Schritt bis zur Einreichung der Scheidung. Was wog unter diesen Umständen ein Frauenbesuch bei einem schwer kranken Mann?

Wie in 5.2.1 angeführt, deutet der Ausdruck „mein Blut und meine Nerven sind krank“ auf überlieferte Vorstellungen und das darin enthaltene Konzept der Synthese von Körper und Geist hin. Nerven können im allgemeinen Sprachgebrauch – wie auch bei uns – für eine psychische Befindlichkeit stehen. Die Formulierung zeigt, dass Herr C eine – zumindest zeitweilige – Einsicht in eine psychische Dimension der Krankheit besitzt.

Türkdogan und auch Sachs weisen auf die häufige symbolische Gleichwertigkeit von Blut und männlicher Identität hin. So bilden sich auch die Störungen der männlichen Identität in Herrn Cs Klage deutlich ab.³⁵⁰ Blut symbolisiert zudem das Lebendige schlechthin. Die Gesundheit dieser Körperflüssigkeit spielt in einem Körperkonzept, das von galenischen, d. h. dynamischen Vorstellungen („Haushalt der Säfte“) durchdrungen ist, eine wesentliche Rolle (vgl. Kapitel 5.4). Einzelne Krankheitssymptome im obigen Fallbeispiel wie Atemlähmung und lokale Überempfindlichkeiten können zu Leyers Beschreibungen von „Krankheiten des kulturellen Wandels“ in

³⁵⁰ Türkdogan 1974:45 zit. in Grottian 1985:291; Sachs 1983:91; vgl. auch Nathan 1995:184 für den Maghreb.

Beziehung gesetzt werden. Neben den chronischen Schmerzsymptomen fallen insbesondere Symptome des hysterischen Formenkreises auf: Lähmungs- und Blockierungserscheinungen.

6.4.2 Keine „Herren der Zeit“

Ihr Asylgesuch ist nun seit zehn Jahren hängig. Herr C zeigt mir die Antwort vom Bundesamt für Flüchtlinge auf ihr Gesuch um humanitäre Aufnahme: Asyl Suchende, deren Gesuch noch hängig ist, können nicht humanitär aufgenommen werden. Es werde nun aber geprüft, ob sie eine „vorläufige Aufnahme“ erhalten könnten³⁵¹. Frau C klagt: „Es ist wie ein Spiel, das sie mit uns treiben, unwirklich wie in einem Film! Sie sollen doch sagen, wenn wir einen negativen Bescheid haben. Dann wissen wir wenigstens, woran wir sind. Es ist nicht so schlimm für uns, zurückzugehen. Es ist ja schliesslich unsere Heimat!“ Hinter der lächelnden Fassade ist Frau Cs immense Kränkung spürbar. Herr C: „Fünf Jahre kann man warten. Aber acht, neun, zehn Jahre, das ist zuviel.“ „Nicht wahr, das macht auch krank“, bemerke ich. Herr C antwortet: „Nein, davon bin ich nicht krank. Aber es verstärkt die Krankheit, an der ich ohnehin leide.“

Was bedeutet es, seit zehn Jahren mit der Ungewissheit darüber zu leben, ob man in der Schweiz bleiben kann oder nicht, ob man als Flüchtling akzeptiert wird oder nicht? Wie gelingt einem der Aufbau von Beziehungen, wenn man nicht weiss, wie lange man hier lebt? Wie kann man langfristig verpflichtende Vereinbarungen treffen? In all den Jahren konnte sich die Familie keine Zukunftsperspektive erarbeiten. Familie C muss stets bereit sein, die Koffer zu packen, um abreisen zu können, eine Vorstellung, die aus Kriegszeiten zu stammen scheint. Sie sind Fremde in der Schweiz, aber nicht einmal als solche sind sie akzeptiert. Sie erleben eine doppelte Fremdheit. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft werden nicht kontinuierlich, sondern fragmentiert erfahren. Zeit besteht lediglich aus Vergangenheit und Gegenwart, denn die Zukunft wird erst planbar, wenn sie als Gegenwart erfahrbar geworden ist; dann jedoch kann sie nicht mehr geändert, beeinflusst werden. Das heisst, es können keine Ziele realisiert, keine Träume oder Visionen angestrebt werden. Zukunft wird von Familie C ohne Konturen, als unsicher und bedrohlich empfunden. Sie sind keine „Herren der Zeit“.³⁵²

Wie Salis Gross, Loncarevic und auch andere untersucht haben, können unklare aufenthaltsrechtliche Bedingungen bei Asyl Suchende zu akuten Belastungsstörungen führen³⁵³. Herzer führt als „deutlich negativen“ Faktor für den Verlauf von Rehabilitationen (bei Erkrankungen des Bewe-

³⁵¹ Eine „vorläufige Aufnahme“ ist ein negativer Entscheid auf das Asylgesuch, der jedoch mit einer provisorischen, vorläufigen Aufnahme verbunden ist.

³⁵² aus: Ende (1973).

³⁵³ Salis Gross; Loncarevic 1999:4.

gungsapparates) die Art der Aufenthaltsbewilligung an.³⁵⁴ Familie C leidet seit zehn Jahren unter dieser Belastung, eine unzumutbar lange Zeitspanne.

Während Frau B ihre Krankheit auf der rein somatischen Ebene erlebt und keine Verbindung zu den jahrelang erlebten Kränkungen knüpft, versteht Herr C zumindest einen Teil seines Leidens als Folge einer Reihe von Kränkungen und Unrecht durch Behörden und Institutionen, die ihm verdiente Sozial- und Versicherungsleistungen nicht zugestehen, und durch Ärzte, die Fehler begangen haben. Zeitweise zeigt er auch Einsicht, dass er sich tyrannisch verhält und die Familie damit immens belastet, ohne dass er sich deswegen ändern könnte. Solche Einsichten in eine psychische Dimension seiner Krankheit können als Fortschritt und Chance betrachtet werden, da sie eine Reihe weiterer Heilungs- und Lösungsmöglichkeiten erschliesst. Aber es gibt dennoch wenig Fortschritt, da die äusseren Bedingungen für die Entwicklung eines Wandlungspotenzials in keiner Weise gegeben sind.

Herr C: „Man sagt, ich sähe nicht wie ein Albaner aus“. Tatsächlich könnte er seinem Aussehen nach auch aus anderen südeuropäischen Regionen stammen. Er spricht auch nicht das Schweizerdeutsch, das, mit hochdeutschen Ausdrücken vermischt, die Arbeitsmigranten am Arbeitsplatz lernen. „Ich kann aus zwei Kilometern Distanz erkennen, ob jemand Albaner ist oder nicht“, fügt er hinzu. Er ahmt die Körpersprache eines Albaners nach, womit er mich zum Lachen bringt. Ich frage nach seinen Eltern. Er erzählt von seinem Vater: „Er war ein ruhiger Mann. Er lehrte einen, mit wem man Kontakt haben konnte und mit wem nicht, d. h. wer vertrauenswürdig war und wer nicht.“

Die albanische Gemeinschaft hat in der Schweiz einen schlechten Ruf. Ein wesentlicher Charakterzug der Albaner ist nach den Klischeevorstellungen mancher Schweizer eine kriminelle Veranlagung. Unter diesen Umständen ist es für Herrn C schwierig, sich trotz ethnischem Selbstbewusstsein offen zum Albanertum zu bekennen. Von seinem Vater hat er eine ähnliche Unterscheidung gelernt, und nun übernimmt er die (vereinfachende und oberflächliche) Sichtweise der Einheimischen mit ihrer Unterscheidung zwischen kriminellen und nicht-kriminellen Albanern. Es ist, als müsste er sich selbst verleugnen, um die schwierige Anpassung an das Einwanderungsland zu vollbringen. Es fehlt ihm der Raum, in dem er atmen kann, in dem er seine Entscheidungen selbst trifft, und den er benötigte, um sich weiterzuentwickeln. Er fühlt sich in die Enge getrieben, eine Enge, die er übrigens die ersten Jahre, als die Familie zu dritt in einer Einzimmerwohnung lebte, auch konkret erlebt hat.

³⁵⁴ Herzer 2000:2670.

In seiner schwierigen Situation, mit den knappen finanziellen Ressourcen und der immensen Abhängigkeit von Behörden und medizinischen Fachleuten, kann er sich nur bemerkbar machen, indem er laut und aggressiv reagiert. Denn sonst wird er nicht gehört, werden seine Anliegen nicht genügend ernst genommen. Aggressiv darf er jedoch nicht sein, da er zu den Nicht-Kriminellen zählen muss, um nicht die letzte Chance einer Aufenthaltsbewilligung zu vergeben. In der schwierigen Anfangszeit, während der Herr und Frau C noch nicht deutsch sprachen, wo ihnen ihre Umgebung noch nicht vertraut war und sie nicht auf in der Nähe lebende Verwandte zählen konnten, fehlte der Übergangsraum, der nach Grinberg und Grinberg als Übergangsort in die neue Welt dienen sollte. Und je länger Familie C in der Schweiz war und sich mittels Spracherwerb und Arbeitsaufnahme in die Umgebung einzupassen versuchte, desto schwerer wog das Ausbleiben einer Antwort des Bundesamt für Flüchtlinge auf das Asylgesuch. Der Sinn der Bemühungen der Familie C blieb ständig in Frage gestellt.

Die Konflikte von Familie C finden auf zwei Ebenen statt: auf der Krankheitsebene, in der Herr C gefangen ist und in die seine Frau mit eigenen Beschwerden (häufige Kopfschmerzen) immer mehr eintritt, und auf der Ebene der familiären Beziehung, die ebenso schwierig zu bewältigen ist. Herr und Frau C drehen sich ständig im Kreis, die Probleme können je länger je weniger voneinander getrennt werden, die beiden Ebenen verschmelzen zu einem tragischen Ganzen.

6.4.3 Familie Cs Kinder: „Zurück“, wohin?

Als ich einmal nach meinem Besuch an der nahe bei ihrem Haus gelegenen Bushaltestelle warte, kommt mir eine Frau lächelnd entgegen. Erst spät merke ich, dass es ja Frau C ist, die mir eine Tasche nachträgt, die ich bei ihnen vergessen habe. Da fällt mir auf, wie „schweizerisch“ sie auf mich wirkt, eine „durchschnittliche“ junge Frau.

Wie weit musste die Kluft zwischen äusserlicher, längst vollzogener „Angleichung“ an schweizerische Gegebenheiten und ihrem unsichtbaren, rechtlichen Status sein. Familie C war eine Familie wie jede durchschnittliche einheimische Familie. Die Kinder sind hier aufgewachsen. Die Schweiz ist deren Welt. Da sie als Kinder ihre ursprüngliche Heimat nicht kennen (die ältere Tochter war ja erst drei Jahre alt), konnten sie – anders als Kinder von Arbeitsmigrant/innen, die die Ferien in der Heimat verbringen – nie eine lebendige Beziehung zur Heimat knüpfen. Ist es nicht paradox, dass ausgerechnet sie ständig damit rechnen müssen, in das Kosovo zurückkehren zu müssen? Was hiess überhaupt „zurück“ für Kinder, die nie oder nur als Kleinkind dort gewesen waren?

Die Beschneidung des Sohnes ist überfällig. "Normalerweise führt man sie durch, bevor der Knabe das sechste Altersjahr erreicht". Frau C möchte die *synet* am liebsten in der Heimat durchführen, aber das ist ihnen als Asyl Suchende verwehrt. Und in der Schweiz müssen sie die Operation selbst bezahlen, die Krankenkasse übernimmt die Kosten nur in Ausnahmefällen. Ich ermuntere sie, mit ihrem Sohn zum Arzt zu gehen, um abklären zu lassen, ob allenfalls eine Beschneidung aus medizinischen Gründen indiziert sei. „Ja, ich wollte ohnehin mit ihm zum Arzt, da er das Bett nässt.“

Herr C hat keine Geduld mehr, um einen positiven Entscheid vom Bundesamt für Flüchtlinge zu erhoffen. Er sagt: „Noch ein, zwei Monate, und wenn wir dann keine Aufenthaltsbewilligung erhalten, gehen wir zurück nach Kosovo.“ Die Kinder aber wollen hier bleiben. Frau C schildert, was ihr Sohn ihr vor ein paar Tagen gesagt hat, als sie von Rückkehr sprachen: „Aber dort bin ich auch Asyl.“

Der Sohn drückt die Konflikte, die im Elternhaus herrschen, durch das Bettnässen aus. Dass das Thema „Bettnässen“ im Ablauf der Erzählung im Zusammenhang mit dem Thema „Beschneidung“ fällt, verweist auf die Hoffnung, dass er das Kleinkindliche mit dem Ritual, das ihm die Zugehörigkeit zur Gruppe der männlichen Erwachsenen eröffnet, ablegen wird. Es ist erstaunlich, wie reif der siebenjährige Knabe gleichzeitig ist, der seine künftige Situation in der Heimat derart realistisch einzuschätzen vermag.

Auch beim Thema *synet* enthüllt sich die Isolation der Familie C auf schmerzhaft Weise. Die familiäre und religiöse Gemeinschaft fehlt, die ihnen in dieser Situation allenfalls helfen könnte und die in ihrer Heimat selbstverständlich wäre (vgl. Kapitel 6.2.2). Am Beispiel der Familie A und B zeigte sich ja, dass auch in der Schweiz die Zugehörigkeit, Aufgaben- und Rollenteilung innerhalb eines Familiensystems funktionieren kann, auch wenn einzelne Familienangehörige in grosser Distanz zueinander leben. Aber Familie C ist die Reise in die Heimat verwehrt, solange sie als Asyl Suchende auf einen Entscheid aus Bern warten.

6.4.4 Desorientierung und Desorganisation

Auch Frau C geht es schlechter. Sie leidet unter Schlafstörungen (sie entschieden sich kürzlich, getrennt zu schlafen, damit Frau C durchschlafen kann und nicht durch die Schlaflosigkeit von Herrn C gestört wird), starken Kopf- und Rückenschmerzen.

Mit der Zeit erfahre ich mehr über den Hergang der Operation von Herrn C, die vor sechs Jahren stattgefunden hatte. Die Familie wohnte damals in einem Aussenbezirk einer grossen Stadt. Nach dem Arbeitsunfall vergingen drei Monate, und als sein Zustand sich nicht besserte, wurde operiert. Die Operation erfolgte ambulant in einem der grössten Spitäler. Sie dauerte mehrere Stunden. Als Herr C entlassen wurde, fand er den Weg nicht mehr nach Hause, obwohl er damals die Stadt schon gut kannte. Er verlor die Orientierung.

An der zugenähten und verbundenen Wunde war eine Kanüle befestigt, die das nach der Operation entstehende Wundsekret aufnahm. Sie erzählen mir, dass dieser Plastikbehälter sich rasch auffüllte und den Verband nässte. Zudem litt Herr C starke Schmerzen. Sie riefen im Spital an, und baten um eine Ambulanz, die Herrn C erneut hätte ins Spital holen sollen. Die angerufene Stelle im Spital – ich konnte nicht mehr in Erfahrung bringen, mit wem sie gesprochen hatten – antwortete, eine Ambulanz sei nicht nötig, er solle doch mit dem Taxi kommen, wenn er es für notwendig halte. Für das Taxi aber hatten sie kein Geld. So musste er wohl oder übel zuhause bleiben und bis zu seinem hausärztlichen Kontrolltermin ein paar Tage ausharren.

Die lang andauernde Operation stellt einen schweren Eingriff in den Körper dar. Kurz nach Beendigung der Operation wird Herr C nach Hause geschickt. Entgegen aller Regel, einen Patienten nach einem grösseren Eingriff nicht ohne Begleitung zu entlassen, tritt Herr C seinen Nachhauseweg alleine an. Die Orientierung in einer Umgebung, die Herr C sich erst seit kurzem erarbeitet hat und die noch neu und brüchig ist, versagt. Die äussere Desorientierung widerspiegelt die innere, durch unsachgemässe Begleitumstände des operativen Eingriffes reaktivierte Desorganisation.

Im Spital sagt man der Familie C, sie hätten kein Recht auf eine Ambulanz. Aufgrund ihrer eng gesteckten materiellen Grenzen können sie sich kein Taxi leisten, so bleiben sie in ihrer Not stecken.

Auch ein paar Tage Wartezeit bis zur ärztlichen Kontrolle sind in der Lage des Herrn C eine lange Zeit. Wie bei Herrn A und Familie B besteht Unsicherheit darüber, welches seine Rechte sind, die er einfordern kann. Sie können sich deshalb in dieser Situation nicht angemessen wehren.

6.4.5 Die Eltern von Herrn und Frau C

Bei einem anderen Besuch frage ich nach den Eltern von Herrn C. Sein Vater war in der Zeit der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien Parteifunktionär. Da er sich kritisch über das Regime äusserte, war er mehrere Male im Gefängnis und erhielt Arbeitsverbot. Ein guter Freund vermittelte ihm eine Stelle in einem anderen Tätigkeitsbereich als einfacher Arbeiter. „Er musste nochmals ganz von vorne beginnen.“ In diese Zeit fiel die Geburt von Herrn C. Als Kind erlebte er, wie sein Vater sich wieder hocharbeitete. Er wurde erfolgreich und war zuletzt Vorgesetzter von über hundert Arbeitern, wie mir Herr C stolz berichtet.

In dieser Biographie lassen sich Parallelen zur jetzigen Situation von Herrn C erkennen. Sein Vater war jemand, der sagte, was er dachte. Dies brachte ihm manche Unbequemlichkeit ein. Durch die staatlichen Institutionen widerfuhr ihm viel Unrecht. Daran, dass er nochmals von Null auf beginnen musste und ein erfolgreicher Mann wurde, lässt sich erkennen, dass er ein ehrgeiziger, unermüdlicher Schaffer war, Eigenschaften, die Herr C vor seinem Unfall auch besass. Nur

„schaffte“ es Herr C unter denkbar ungünstigsten Voraussetzungen nicht, das Leben in der neuen Situation „von Null an“ zu meistern und für die Familie zu sorgen. Dies war seinem Vater, der seine persönliche Integrität und kritische Haltung gegenüber dem Staat als wichtiger einschätzte als das Aufkommen für seine Familie, auch nicht immer möglich gewesen.

Für die Herstellung vertiefter Parallelen fehlen uns weitere Daten. Das Verhältnis von Herrn C zu seinem Vater wie auch zu seiner Mutter, von der er praktisch nie sprach, bleibt hier ein Stück weit im Dunkeln.

Bei einem späteren Besuch, bei welchem Frau C alleine anwesend ist, frage ich sie: „Waren Sie glücklich als Kind?“

Frau C: „Ja, ich glaube schon.“ Dann erzählt sie von ihrer Kindheit. Ihr Vater sei Analphabet gewesen, vor sechzig Jahren gab es keine Schulen. Nachher war er, abgesehen von Gelegenheitsarbeiten wie dem Schlagen und Verkaufen von Holz, lange Zeit arbeitslos gewesen. Er war mit seiner Frau, Frau Cs Mutter, nicht gut ausgekommen. Zu den Kindern hatte er ein warmes Verhältnis, sagt Frau C. Sie waren zehn Geschwister und lebten in ärmlichen Verhältnissen. Mit siebzig Jahren verunfallte er und kam ums Leben. Frau C war damals elf Jahre alt. Ihre Mutter hatte zeitlebens Stickerarbeiten verrichten müssen, um etwas zu verdienen. Die älteste Schwester passte auf die Geschwister auf und konnte deshalb die Schule nicht besuchen. Alle anderen Geschwister haben sich in der Berufswelt gut behauptet, ein Bruder arbeitet im Ausland als Oberstufenlehrer, andere haben sogar studiert.

Frau C: „Wir waren bzw. sind intelligent, auch mein Vater war intelligent, nur gab es damals keine Schulen.“

Ihre Mutter stammte aus Albanien. Während vieler Jahre konnte sie nicht in ihre Heimat einreisen, da die Grenzen abgeriegelt waren. Sie litt enorm darunter. Die Grosseltern von Frau C wurden begraben, ohne dass ihre Mutter an der Trauerzeremonie hätte teilnehmen können.

Der Vater von Frau C konnte finanziell nicht für seine Familie aufkommen. Die Mutter hielt die Familie nicht nur zusammen, sondern sorgte auch ökonomisch für sie, dank der Hilfe ihrer ältesten Tochter. Es gab kein Gleichgewicht zwischen den Ehepartnern. Die Frage bleibt offen, ob es am Vater selbst lag, dass er – aus welchen Gründen auch immer – keine Arbeit fand. Jedenfalls erlebte Frau C ihre Mutter als stark und dominant, ihren Vater hingegen schwach und passiv. War der Vater anwesend, herrschte keine friedliche Stimmung. Das widerspiegelt die heutige Situation von Frau C: Auch ihr Mann ist ein schwacher, kranker Mann, der nicht für seine Familie aufkommen kann. Wie im Elternhaus von Frau C ist das Verhältnis zum Ehemann konfliktuell. Am Beispiel ihrer Mutter hat Frau C von früh auf gelernt, stark zu sein, um damit die Familie zusammenzuhalten, ohne sich auf die Unterstützung eines männlichen Familienvorstandes zu verlassen. Auch die Migrationsgeschichte der Mutter wiederholt Frau C. Wie bei ihr sind die „Gren-

zen zur Heimat geschlossen“, sie ist in der jetzigen Situation von ihrer Familie abgeschnitten und auf sich allein gestellt.

Während Herr C bei den meisten Besuchen einen hellen Trainingsanzug – einmal sogar nur ein Pyjama – trägt, erscheint er ungefähr beim dritten Besuch mit einem schwarzen Trainer. Just diesmal ist er besonders gereizt und behandelt seine Frau meines Erachtens unfair. Er trägt ihr auf, Dokumente des Bundesamtes für Flüchtlinge zu suchen, um sie mir zeigen zu können. Aber sie sucht nicht am richtigen Ort. Ungeduldig schlägt er, den die geringste Anstrengung schmerzt, mit seinem Fuss an die unterste Schublade der Kommode, in der er die Dokumente vermutet. „Hier, hier sind sie“, ruft er ungehalten. Seine Augen funkeln. Seine Frau kniet vor der Kommode und sucht eifrig, ohne zu antworten, seine grobe Art ignorierend. Wie mag sie sich fühlen? Weshalb erniedrigt er seine Frau, zudem vor der Besucherin? Er kommt mir vor wie ein kleiner schwarzer Dämon.

Frau C beklagt sich einmal, Herr C sei streng mit den Kindern. Sie hingegen sei zu weich, sie sehe besonders dem Sohn viel zu viel nach, gesteht sie. Ich sage, dass diese Elternkonstellation doch grundsätzlich günstig sei, denn der eine Partner könne die Schwächen des anderen auffangen, relativieren. Es ist das einzige Mal, dass sie mir gegenüber dann etwas unwirsch reagiert.

In dieser Episode nehme ich Herrn C in einem besonders düsteren Licht wahr. Es sieht für mich so aus, als wäre er der Tyrann, ein „schwarzer Dämon“, der seine Familie zerstört. Frau C und die Kinder sind die Opfer, die für die Situation nichts können und seine Despotismen geduldig ertragen müssen.

Was veranlasst mich, Partei für Frau C zu ergreifen? Vor dem Hintergrund von Frau Cs Kindheit wird mein Eindruck dieser Situation etwas verständlich: Sind es nicht ähnliche Rollen wie diejenigen der Eltern von Frau C, die Herr und Frau C allmählich übernommen haben? Genauso wie ihr Vater hatte sich Herr C ja als „schwach“ erwiesen. Bereits zwei Jahre nach der Einreise in die Schweiz hielt er dem Druck nicht mehr stand, litt Schmerzen, wurde krank, „brach zusammen“. Frau C fehlten die Erfahrungen einer Kindheit, in der es einen Vater gab, der als Vater und Ehemann mit Schwächen akzeptiert war und in der es eine Mutter gab, die sich auch einmal auf ihren Mann stützen konnte. Vielleicht lag hier der Grund ihrer Reaktion, als ich ihr sagte, dass ihre unterschiedlichen Erziehungsmethoden einander grundsätzlich ergänzten. Sie hatte nie erfahren, wie es ist, wenn beide Elternteile gleichwertig ihre Meinung vertreten. Unter den ungünstigen Umweltfaktoren hatten beide keine Chance, anders als in von früher Kindheit her vertrauten Rollen zu reagieren. In der ungesicherten, neuen und schwierigen Situation der Migration griff Frau C auf die bewährten alten Handlungsmuster ihrer streitbaren Mutter zurück, die das emotionale Überleben zu sichern versprochen. Diese Rolle übernahm sie unbewusst und liess damit Herrn C

wohl weniger Entfaltungsmöglichkeiten für die Verarbeitung der narzisstischen Kränkungen. Sie liess wenig Toleranz erkennen, damit er Lösungen der anstehenden Probleme auf seine Art finden konnte.

Welche Prädispositionen Herr C aus seiner Kindheit mitbrachte, muss weitgehend offen gelassen werden. Immerhin war er es gewesen, der den Schritt in die Fremde gewagt und mit Mut und Entschlossenheit eine grundsätzlich „männliche“ Haltung bewiesen hatte.

Bei einem anderen Besuch schildert Frau C, dass ihr Mann bei einem Arzt war zur Abklärung eines Rentenanspruchs. Diese Konsultation dauerte mehrere Stunden. In grösster Ruhe erzählt sie, dass der Arzt gesagt habe: „Wenn Sie so weitermachen, Herr C, werden Sie nur noch etwa zwei Jahre zu leben haben.“ Ich schaute Frau C erschrocken und wortlos an. Sie glaubt, ich hätte den Satz nicht verstanden und wiederholt ihn.

Während ich von den schicksalhaften Worten des Arztes beeindruckt war und deshalb schwieg, dachte Frau C, ich hätte akustisch nicht verstanden. All die Jahre hindurch waren beide Ehepartner täglich „gestorben“, sodass sie die Empfindung der Bedeutung eines wirklichen Todes längst verloren hatten. Tod war in einer gewissen Weise einer Scheidung ähnlich, die Frau C ja schon lange ins Auge fasste. Sich scheiden zu lassen bedeutete beinahe den sozialen Tod,³⁵⁵ und angesichts dessen erschien die endgültige Trennung, der mögliche physische Tod des Ehemannes nicht mehr in derart tragischem Licht.

Die Aussage des Arztes war für Frau C deshalb vielleicht nicht so erschreckend wie für mich. Womöglich stellte sein in Aussicht gestelltes Sterben für sie einen Ausweg dar, eine Alternative zur Scheidung, so tief die Bindung zwischen ihnen auch war.

Bei meinem letzten Besuch hat Familie C Besuch vom Cousin des Mannes. Ich erfahre: In der weiteren Verwandtschaft in Deutschland ist ein dreijähriges Kind an einem Nahrungsmittel erstickt. Sie werden seinen Leichnam nach dem Kosovo überführen. Anhand eines längst vergangenen Suizides eines jungen Onkels und eines kürzlich geschehenen, verheerenden Standseilbahnunglückes in Österreich sprechen wir über den Tod. Herr C sagt in Anwesenheit seines Onkels: „Es hat mir gar nichts ausgemacht, als damals der Arzt bei der Konsultation vom Sterben sprach, gar nichts.“ Ich erwidere: „Sie haben keine Freude am Leben, nicht wahr?“ „Nein“, erwidert er, „überhaupt nicht.“

Im Laufe all dieser Besuche bei Familie C hat sich gezeigt, dass die Bemerkung von Frau C „wir sagen immer das Gleiche“, richtig war. Falls von aussen sich keine Veränderungen ergeben, falls

der Aufenthaltsstatus unbeantwortet und unsicher bleibt, wird es der Familie weiterhin gleich schlecht ergehen. Zu Beginn meiner Besuche stand bei Frau C die Scheidung im Vordergrund, und nun, an meinem letzten Besuchstag, gar der Tod. Da weder Raum noch Zeit noch andere Ressourcen zu positiven Veränderungen zur Verfügung stehen, bleibt die Familie in tragischer Weise in der gegebenen Lage stecken. Deshalb machte meine Absicht, sie mehrmals zu besuchen, für Frau C zunächst keinen Sinn, denn es gab keine zeitliche Perspektive, kein Vorwärts, kein Zurück. Gerade bei dieser Familie standen die äusseren Attribute – eine junge, blühende, moderne Familie, die Eltern gut deutsch sprechend, an schweizerische Gegebenheiten „angepasst“, unauffällig – in einem furchtbaren Gegensatz zu den wirklichen Bedingungen, unter denen sie lebten. Sie lebten für mich in einer grausamen Gegenwelt, von der die heile, öffentliche, schweizerische Welt nichts zu wissen vorgab.

6.5 Besuch bei einem Hodscha: Volksmedizin in der Migration

Beim Thema traditionelle Volksheilkunde und Migration kehren wir kurz nochmals zu Herrn A zurück, der mir ehemals von einer Konsultation bei einem Hodscha erzählt hatte.

Herr A hält nichts von traditioneller Medizin. Zu Beginn seiner Krankheit hat er trotzdem einmal einen Hodscha besucht, und dieser hat ihm etwas Linderung verschafft. Aber seine Krankheit sei „Natur“, ein Hodscha könne ihn nicht heilen. Bei seinem Besuch damals hat der Hodscha ihn darauf hingewiesen, dass eine schwierige Konstellation in der Verwandtschaft die Krankheit hervorgerufen habe, dass also jemand ihn mit magischen Mitteln krank gemacht habe. Der Heiler habe verschwiegen, um welche Personen es sich handelte. „Es ist auch besser so“, sagt Herr A „Was nützt es denn, wenn man es weiss? Man schafft nur Streit.“

Einige Monate später zeigt er mir sein Schutz-*hajmali* (vgl. Kapitel 5.5), das er in seinem Geldbeutel stets bei sich trägt.

Einerseits ist sich Herr A sicher, dass seine Krankheit, obwohl physiologisch kaum nachweisbar, durch natürliche Faktoren entstanden ist und nicht durch seine eigene psychische Befindlichkeit oder durch Konstellationen in den familiären Beziehungen. Er ist Mitglied einer modernen, aufgeklärten Welt. Dennoch sichert er sich auch gegen Einflüsse der magischen Welt ab. Das *hajmali*, das normalerweise nach ein paar Monaten seine Wirkung verlieren soll, trägt er über Jahre bei sich. Die Wahl eines „modernen“ Erklärungsansatzes seiner Krankheit ist eine pragmatische Entscheidung. Damit kann er familiären Konflikten ausweichen, seien diese imaginär oder auch real.

³⁵⁵ Abazi 2002:5.

Dennoch fühlt er sich durch das *hajmali* geschützt, für den Fall, dass es andere als „natürliche“ Ursachen seiner Krankheit gäbe. Damit gelingt ihm ein Spagat zwischen urbaner Moderne und alten magischen Traditionen.³⁵⁶

Im nächsten Kapitel wird die Fallgeschichte von der kranken, heilerisch tätigen Frau E behandelt. Hier möchte ich die Geschichte des Hodschas, dessen Adresse ich von Herrn A erhalten habe, derjenigen von Frau E gegenüberstellen. Der Hodscha, nennen wir ihn Herr N, hat keine Krankheitsbeschwerden. Ich habe ihn auch nicht mit der Absicht besucht, Hinweise über die Gründe für seine Gesundheit zu erhalten, wie bei Familie G. Dennoch möchte ich ihn und seine Geschichte (ich habe ihn mehrmals besucht und eine Behandlung erlebt) hier der kranken Heilkundigen Frau E gegenüberstellen. Dies aus zwei Gründen: Erstens führen sie ihre therapeutische Tätigkeiten unter erstaunlich ähnlichen Bedingungen durch. Zweitens nahm ich bei beiden eine Haltung mir gegenüber wahr, die manche Gemeinsamkeiten hatte, und auf die näher einzugehen sich lohnt.

Seit vielen Monaten trage ich die Adresse des Hodschas in meiner Handtasche. Ich zögere lange, bis ich endlich anrufe und frage, ob ich den mir persönlich nicht bekannten Heilkundigen besuchen könne. Am Telefon höre ich eine aufmerksame, wache Stimme. Er sagt zu, und wir vereinbaren einen Termin. Beim Bahnhof in der Nähe seines Wohnortes wartend, verpasse ich ihn beinahe, da ich nach einem älteren Mann Ausschau halte. Der Hodscha ist dann etwa Mitte fünfzig, viel jünger, als ich erwartet habe. Ich hatte mir einen alten Mann mit Béret oder gar mit der weisen Mütze eines Mannes mit religiösen Verdiensten wie zum Beispiel eines Hadschi vorgestellt.³⁵⁷ Gleich beim ersten Treffen spricht er mich direkt auf meine körperliche Befindlichkeit an, die er genau beschreiben kann.

Der Hodscha ist durch seine heilerischen Kräfte nicht nur bei kosovo-albanischen Einwanderern sehr bekannt. Er sagt, dass er die Krankheiten und Übel der Menschen mental aufspüre und seine Hand über die betroffenen Körperareale lege. Die auf diese Weise behandelten Patient/innen sagen aus, dass Wärme oder ein Kribbeln durch den Körper gleite, das die kranken Körperteile ent-

³⁵⁶ siehe dazu auch Evelyn Early, die das parallele Bestehen von formellem und traditionellem Medizinsystem bei Einwohner/innen von Kairo untersucht hat. Sie kommt zum Schluss, dass es den Einwohner/innen trotz gänzlich unterschiedlicher Erklärungsmodelle keine Mühe bereitet, vom einen System zum anderen zu wechseln. Early (1988).

spanne und deren Zustand verbessere. In allen Gesellschaften und Kulturen der Welt existieren solche Heiler, denen eine natürlich heilende Kraft zugeschrieben wird, die sie durch ihre Hände in die kranken Menschen fließen lassen können.

Der Psychoanalytiker Kakar, von dem bereits die Rede war, hat sich mit verschiedenen traditionellen Heilkundigen in Indien auseinander gesetzt. Er ist der Meinung,

„dass die Trennungslinie zwischen den verschiedenen Heilberufen und Heilern nicht einfach die zwischen ‘traditionell’ und ‘modern’ oder ‘westlich’ und ‘asiatisch’ ist. Die eigentliche Scheidelinie, die quer durch Kulturen und geschichtliche Epochen verläuft, ist vielmehr die zwischen solchen Heilern, die sich am biomedizinischen Paradigma der Krankheit orientieren, streng empirisch arbeiten, auf rationale Therapie setzen und sich eher als Techniker verstehen, und solchen, die sich an einem metaphysischen, psychologischen oder sozialen Paradigma der Krankheit orientieren, der Irrationalität in ihrer Therapie grösseren Spielraum gewähren und sich eher als Priester verstehen.“³⁵⁸

Zweifellos dürfte Herr N der zweiten Kategorie Kakars zugeordnet werden, denn der metaphysische, religiöse Aspekt erhält in seinen Erklärungsmodellen eine wesentliche Bedeutung, wie im Folgenden deutlich wird.

Herr N zeigt mir seine Zweizimmerwohnung mit dem zu einem "Wartezimmer" umfunktionierten Wohnzimmer und dem Schlafzimmer, in welchem er in Richtung Mekka eine Gebetsecke eingerichtet hat. Die Patient/innen behandelt er auf seinem Bett. Am Schreibtisch neben der Gebetsecke schreibt er Amulette und beantwortet die zahlreichen Briefe.

Wir sitzen im Wartezimmer und er erzählt mir, dass er hier jeden Abend – ausser freitags – Kranke empfangt. Es sei oft bis auf den letzten Platz besetzt, und am Wochenende mache er mit dem Auto zudem Hausbesuche, auch im nahen Ausland. Er fragt mich, ob er mich auch behandeln dürfe, worauf ich bejahe, obwohl ich daran zweifle, ob ein derart in eine spezifische Kultur eingebettetes Heilkonzept bei mir wirken könnte. Er bittet mich, sich auf den Teppich zu legen. Mit seinen Händen fährt er über meinen Körper und sagt schliesslich, dass ich vom bösen Blick getroffen worden sei. Auch solle ich aufpassen, diesen während meiner Tätigkeit im Durchgangszentrum für Asyl Suchende nicht – wenn auch unabsichtlich – auszusenden. Minutenlang hält er seine Hände über meine Augen. Das Brennen, das ich schon seit Tagen empfinde, legt sich meinem Eindruck nach wirklich. Ständig summt sein Mobiltelefon, da Personen anrufen, die bei ihm Hilfe suchen. Er führt Gespräche mit ihnen, über deren Inhalt er mir später

³⁵⁷ Ein Haxhi oder Hadschi ist ein Muslim, der die vorgeschriebene Pilgerfahrt nach Mekka durchgeführt hat.

erzählt. Nach einer Weile stellt er das Mobiltelefon ab. Wir wechseln dann den Ort und gehen ins Schlafzimmer, wo er am Schreibtisch ein *hajmali* für mich verfasst. Dabei zeigt er mir kurz ein Buch, das er sich aus der Türkei besorgen lassen hat. Er sagt, es enthalte alle für seine heilerische Tätigkeit nötigen Zeichen. Ich kann die Zeichen nicht entziffern, es sind weder Zahlen noch mir bekannte – etwa arabische – Schriftzeichen. Er kann mir zwar auch nicht sagen, was für Zeichen es sind, aber er kann sie „lesen“, das heisst, er weiss, welche Bedeutung sie haben und welche jeweils er für seine *hajmali* einsetzen kann. Das *hajmali* soll ich zuhause in eine Flasche Wasser stecken und täglich vom Wasser trinken.

Er sagt, dass er neben seiner Heiltätigkeit als Arbeiter voll erwerbstätig sei in einer Fabrik mit Schichtbetrieb. Er lebe alleine, seine Frau und Kinder lebten im Kosovo. Vor circa zehn Jahren, bereits in der Schweiz lebend, habe er seine Fähigkeiten entdeckt, als er unbeabsichtigt und spontan ein Kind heilen konnte.

Mein erster Eindruck ist, dass ich einen religiösen Menschen vor mir habe. Er sagt, er sei auf der Welt, „um human zu sein“. Die Beziehung zu Gott sei für ihn sehr wichtig. Wer bete, habe es leichter, sagt er. Man solle keine Angst vor Krankheiten haben. „Hundert Prozent ist nur Gott“. Sein Bild der Welt mit ihren Wirkungsmechanismen ist durchdrungen von islamisch-religiösen Anschauungen (vgl. Kapitel 5.3). Diese Haltung fliesst natürlich auch in seine Tätigkeit ein. So ruft er bei der Therapie oft Gott an: „Bei Gott muss es nun gut werden“. Herr N genießt unter seinen Patient/innen Respekt und hohes Ansehen, was ich aus seinen Telefongesprächen heraus hören und der Anzahl Briefe sehen kann, von denen er mir einige zeigt.

Da er mit seiner Erwerbstätigkeit und mit dem Heilen voll beschäftigt ist, bleibt ihm wenig Zeit für den Haushalt. Die sorgfältige, regelmässige Reinigung des Raumes, in dem die Heilrituale stattfinden, wie auch die in diesem Zusammenhang erforderliche eigene körperliche Hygiene seien jedoch elementare Bedingungen, um die Heiltätigkeit ausführen zu können, wie Herr N betont. Daher ist er einem ständigen Druck ausgesetzt, die hohen Erfordernisse seines Alltags zu erfüllen.

6.6 Frau E, Heilerin: „Niemand hilft mir!“

Frau E ist Mutter von fünf Kindern und lebt mit ihrer Familie seit achtzehn Jahren in der Schweiz. Ihr Mann starb vor wenigen Jahren. Sie ist Diabetikerin und leidet seit Jahren unter diffusen Schmerzen, die sich an verschiedenen, häufig ändernden Lokalisationen im Körper äussern, sodass ich überlege, ob man ihre Krankheitssymptome zum hypochondrischen Formenkreis zählen könnte (vgl. Kapitel 3.2.1). Frau E fühlt sich seit dem Tod ihres Mannes hilflos und fordert

³⁵⁸ Kakar 1984:33.

immer wieder Hilfe und Unterstützung von aussen an, vor allem von der Fürsorgebehörde. Anders als zum Beispiel bei Familie B helfen ihr die grösseren Kinder bei der Bewältigung des Alltags wenig.

Um den Tod ihres Mannes ranken sich Geheimnisse. Ich erfahre nur Fragmenthaftes: So erzählt mir einmal eine Tochter, dass sie an seinem Todestag „Dinge gesehen“ habe, die es gar nicht gäbe. An einem anderen Tag sitzt die Tochter weinend in einer Ecke, und ich erfahre von anderen Familienmitgliedern, dass es irgendetwas mit dem Vater zu tun haben muss, der scheinbar in der Familie immer noch stark präsent ist.

Wie ich Frau E bei einem meiner ersten Besuche – sie war zunächst einfach eine chronisch Kranke für mich – frage, ob ihr das *ikja e këthizës* (Verrutschen des Bauchnabels, als Beispiel einer traditionellen Krankheitsvorstellung, siehe Kapitel 5.2.1) bekannt sei, antwortet sie, ja, sie könne den Bauchnabel sogar wieder zurecht rücken. Im Gespräch stellt sich dann heraus, dass Frau E selbst als Heilerin arbeitet. Sie erzählt, dass sie mit achtzehn Jahren an den Augen erkrankte. Monatelang lag sie im Bett. Sie deutete die Krankheit dahin gehend, dass sie gerufen – oder eher dazu berufen – wurde, ihre heilerischen Fähigkeiten auszuüben. „Du willst nicht sehen? Dann werde blind!“ beschrieb sie mir ihre damalige Interpretation.

Als sie wieder gesund war, begann sie zu „sehen“. Mit der Zeit wurde sie weit herum bekannt, und um ihr Haus parkten die zahlreichen Autos der Angehörigen der Kranken, die sich von ihr Hilfe erhofften, wie sie erzählt.

In der Schweiz hingegen gestaltet sich das Leben schwieriger. Sie wohnt mit ihrer Familie in einer Vierzimmerwohnung. Die Kinder schlafen z. T. zu zweit in einem Zimmer. Überall herrschen enge Platzverhältnisse. Frau E findet keinen Ort, wo sie ihre Heiltätigkeit in Ruhe wieder aufnehmen könnte. Von Zeit zu Zeit kommen Leute mit Krankheiten oder familiären Problemen vorbei. Sie führt diese Leute in ihr enges Schlafzimmer und führt dort die Rituale durch. Oftmals rät sie den Hilfesuchenden, mehrmals zu kommen. Die „Lösung“ der Probleme sieht sie, ähnlich wie Herr N, während ihres Nachtschlafs.

Nach der Heilung, Frau E nennt es eine „Entfernung“ der Krankheit, und nachdem die Leute gegangen sind, setzt sich Frau E nochmals hin und fällt minutenlang in einen tiefen „Schlaf“. Dieses Schlussritual ist für sie wichtig, da während dieser Zeit die Krankheit, die beim Heilen auf Frau E übergegangen ist, den Ort verlassen kann. Dies ist nur in einer absolut störungsfreien Zeit möglich. Was aber, wenn der vierjährige Sohn ins Schlafzimmer platzt, wie dieses Mal?

Frau E sagt, dass sie deshalb krank geworden sei, weil sie ihre seherischen und heilerischen Fähigkeiten nicht mehr richtig ausüben könne. Sie wendet sich deshalb an mich und fragt mich, ob ich ihr zwei Zimmer in der Nähe ihrer Wohnung, am besten im selben Haus, organisieren könnte? Im einen Zimmer könnten die Patient/innen warten, im anderen könnte sie ihre Heilrituale durchführen.

Beim Hodscha Herrn N wie auch bei der Heilerin Frau E hindern die ständigen Platz- und Zeitprobleme eine energetisch und hygienisch saubere Durchführung der Heiltätigkeit. Beide interpretieren Schmutz im Raum, in dem die Heilrituale durchgeführt werden, als krankheitsbesetzt. Es ist der Schmutz oder auch die „schlechte Energie“, die bei der Reinigung von den Kranken abfällt. Wird der Raum, in dem die Heilrituale und Gespräche stattfinden, nicht gründlich gereinigt, bleiben die Krankheit und die damit verbundene „schlechte Energie“ am Heilenden hängen, dringen in ihn ein und schaden ihm. Die gründliche und häufige Reinigung, insbesondere der Hände ist dabei vorrangig. Hier wird deutlich, dass Reinlichkeit mit dem Göttlichen zu tun hat, denn zur Reinigung oder zur Vertreibung des Krankheitsverursachenden werden nicht nur hygienische, sondern auch religiöse Elemente, wie das Beten und das Anrufen Gottes eingesetzt.³⁵⁹

Bei der Niederschrift der Protokolle über den Hodscha Herrn N werde ich müde. Diese Müdigkeit setzt sich die nächsten zwei Tage fort. Ähnlich ergeht es mir auch nach einem der ersten Besuche bei Frau E, die mir Details über ihre Heiltätigkeit anvertraut. Nach meiner Rückkehr von Frau E am späten Nachmittag überfällt mich zuhause eine lähmende Schläfrigkeit. Zu dieser ungewohnten Zeit lege ich mich hin und schlafe ein.

Die Müdigkeit deute ich als Übertragung der stark erschöpfenden Lebensweise der beiden Heilenden. Frau E ist mit ihrer Krankheit und den Kindern beschäftigt, sie arbeitet zwar seltener als Heilerin, setzt sich aber mit ihrer Absicht, ihre Fähigkeiten voll auszuschöpfen, um ihre Vorbestimmung zu erfüllen, einem starken Druck aus. Sind es Überforderungen, Überlastungen, die Herr N und Frau E selbst nicht spüren können oder wollen, und die sich deshalb auf mich übertragen?

6.6.1 Der Hodscha und die Heilerin: Grenzüberschreiter

Bereits von Anfang an sah mich Hodscha N nicht nur als Interviewerin, als Ethnologin, sondern auch als Patientin. Er erkannte nicht nur bei der ersten telefonischen Kontaktnahme meine kör-

³⁵⁹ Vgl. Kakar 1984:53 zur symbolischen Bedeutung von Wasser.

perliche Befindlichkeit, sondern sah, was mich zu der Zeit an meiner Arbeitsstelle mit kosovo-albanischen Asyl Suchenden bewegte.

Ich war neugierig auf seine Heilmethoden und die dahinter stehenden Heilkonzepte. Geduldig antwortete Herr N auf alle meine Fragen. Meine Neugierde und Empathie interpretierte er in der Folge auf eigene Weise: Er schlug mir vor, mit ihm zusammenzuarbeiten, sozusagen als seine Praxisassistentin und Haushalthilfe. Zudem näherte er sich mir, obgleich ich protestierte. Er sprach davon, dass ich seine „Freundin“ werden könnte. In grösster Zuversicht beschrieb er mir, wie dies konkret vor sich gehen könnte. Nur mit viel Mühe konnte ich ihn von seinen Plänen abbringen. Trotz meiner Abweisung blieb Herr N dann aber freundlich und hilfsbereit.

Im Nachhinein wurde mir meine widerständige Haltung gegenüber Herrn N, die sich bei der ersten telefonischen Kontaktnahme in Bauchschmerzen ausgedrückt hatte, klar. Von dem Zeitpunkt an, an dem ich Kontakt mit ihm aufgenommen hatte, trat ich in den volksmedizinischen Sektor ein mit seinen eigenen sozialen und kulturellen Regeln. Hier herrschten andere Gesetze, andere Machtverhältnisse, und in diesem für mich unbekanntem Bereich fühlte ich mich in gewisser Weise ausgeliefert.

Frau E ist zurückhaltender mit der Demonstration ihrer Arbeit. Dennoch sind ihre Bitten an mich ziemlich konkret. Nach der Organisation der zusätzlichen Zimmer würde meine Aufgabe ihren Plänen nach darin bestehen, Kund/innen anzuwerben, da ich durch meine Arbeit über zahlreiche Kontakte zu Menschen aus dem Kosovo und anderen Auswanderungsländern verfüge. Im Gespräch mit dem Betreuer von Frau E stellt sich jedoch heraus, dass es finanziell unmöglich ist, ein weiteres Zimmer für sie zu mieten, selbst wenn eines in der Nähe zur Verfügung stehen würde, was bei der herrschenden Wohnungsnot ebenfalls unwahrscheinlich ist.

Frau E musste sich selbst um ihre Platzprobleme kümmern. Die appellative Haltung von Frau E mir gegenüber bereitete mir Mühe, zumal ich nicht ihre Betreuerin war, als welche ich klare Grenzen setzen konnte. Zudem zeigte ich als interessierte Besucherin eine offene und neugierige Haltung und wollte vorschnelle Abgrenzungen vermeiden.

Um heilen zu können, überschreiten Heilende die Grenzen und Tabus der Gesellschaft. Dies geschieht als Bestandteil eines Heilrituales in formal festgelegter Weise und ist wesentliches Merkmal des Schamanen. Wie nahe die Tätigkeit der Heiler Herr N und Frau E an Tabugrenzen heranführte, enthüllte auch der durch die engen Wohnverhältnisse bedingte Ort des Heilens: ihre Schlafzimmer.

Frau E nahm ihre chronische Erkrankung im Licht ihrer Berufung wahr, der sie in der Schweiz unter diesen Umständen nicht Folge leisten konnte. Sie fühlte sich unter anderem deshalb krank, weil sie nicht heilte. Daher entsprach der Druck in Form ihres appellativen Verhaltens, den sie ohne Unterlass auf ihre Umgebung ausübte, jenem, den sie auch in sich selbst setzte.

Der Migrationsprozess beinhaltet einen Neubeginn, der wie die Adoleszenz von Grössenphantasien begleitet ist, die es in der Realität in einem langen und schmerzhaften Prozess umzusetzen gilt. Man kann sein altes Ich zurücklassen und gleichsam in eine neue Gestalt schlüpfen, welche unbelastet von den alten, bisweilen unzulänglichen Eigenschaften zu sein scheint, die man von früher her an sich kennt. Man kann ausprobieren, was es im neuen Leben nach der Auswanderung „erträgt“ und was nicht. Möglicherweise gehörten sowohl die Tagträume von Frau E wie auch von Herrn N, mich als „Assistentin“ in ihre Heiltätigkeit einzubringen, zu dieser Art Phantasien, die einen Neubeginn begleiten, obwohl beide seit schon viele Jahre in der Schweiz lebten. In ihrem Alltag war ich eine der wenigen Angehörigen der Kultur des Aufnahmelandes, die ihre traditionellen Heilressourcen als solche überhaupt wahrnahm und wertschätzte. Ich war die Brücke zum Aufnahmeland. Dies führte zu einem Wiederaufflammen ihrer Phantasien darüber, was und wer sie hier sein könnten. Dadurch wurden die Grenzen zwischen der formellen Ausübung von Tabubrüchen während ihrer Heiltätigkeit und der informellen Überschreitung von Grenzen mir gegenüber durchlässig. Der kulturell spezifische Kontext mit seinen unterschiedlichen Rollenerwartungen und Machtverhältnissen dürfte ebenfalls zu dieser Konstellation beigetragen haben. Die Sehnsucht nach einer empathischen Person in ihrem Alltag empfand ich zudem als Gegenübertragung der Sehnsucht beider nach ihrem Partner, den sie ja schmerzlich vermissten.

6.6.2 Aspekte des Schamanischen

Frau E war, wie oben erwähnt, während ihrer Adoleszenz schwer erkrankt und beinahe erblindet. Nachdem sie sich wieder erholt hatte, erkannte und akzeptierte sie ihre „Berufung“ zum Heilen. Zwischen Blindheit und seherischen Fähigkeiten besteht ein mythologischer Zusammenhang. Tobie Nathan zieht dazu den Oedipus-Mythos bei: Als Oedipus erkennt, dass seine Gemahlin Iocaste seine leibliche Mutter ist, blendet er sich. Nach Nathan stellt die Blindheit des Oedipus ein Gleichnis dar für das Erkennen einer anderen, gegensätzlichen Welt. Blindheit bedeutet demnach, Kenntnis von einer anderen Welt zu erhalten, und eine Brücke zwischen der ersten, bekannten, und der zweiten, unbekanntem Welt herzustellen. Das mythologische Bild der Verbindung von zwei Welten betrifft auch andere Antagonismen: Sie bestehen zum Beispiel zwischen Leben

und Tod, zwischen Mann und Frau, zwischen Sehen und Sprechen, zwischen Menschen und Geisterwesen etc. Die Erkenntnis einer zweiten Welt ist nach Nathan ein "rite de passage", eine Initiation.³⁶⁰ Das Thema „Blindheit“ steht in Korrelation mit einer Serie von Mythen zum Thema des Übergangs,³⁶¹ nicht zuletzt auch anhand der Schamaneninitiation.

Gemäss diesen theoretischen Überlegungen wäre Frau E durch ihre frühe Krankheit zur „Schamanin“ geworden. Sie kann sich und ihre Kinder jedoch nicht vor der jenseitigen Welt, aus der ihr Mann sie und ihre Tochter ruft, schützen, was einer Schamanin obläge. Der Kontakt mit der jenseitigen Welt hält bis heute an und dominiert auch die anderen Familienmitglieder. So muss angenommen werden, dass Frau E die magische Welt (und die damit verknüpften neurotischen Anteile), mit der sie in Kontakt steht, nicht kontrollieren kann, sondern im Gegenteil von dieser kontrolliert wird.

Die oben erwähnten „Schlafzustände“ von Frau E nach den Heilritualen sowie Teile des nächtlichen Schlafes beider Heiler/innen, während der sie Lösungsmöglichkeiten für ihre Patient/innen träumen, könnten den ekstatischen Zuständen zugeordnet werden. Diese stellen nach dem bekannten Schamanismusforscher Mircea Eliade wesentliche Merkmale des Schamanentums dar.³⁶²

6.7 Die „gesunde“ Familie G: Nichts wird vergessen

Neben den chronisch kranken Migrant/innen der Fallvignetten A bis D suchte ich noch eine „gesunde“ Migrantenfamilie auf, um der Frage nachzugehen, welche Faktoren unter Migrationsbedingungen gesundheitsfördernd und stabilisierend wirken können. Erneut wählte ich den Weg über Schlüsselpersonen: Frau G war Mitglied einer Ausländerkommission. Ihre Anschrift gab mir ein bosnischer Einwohner, dessen Adresse ich auf einem Prospekt für Neuzuzüger einer mittelgrossen Stadt gefunden hatte. Ich fragte sie telefonisch an, ob sie mir bei der Suche nach einer „gesunden“ Familie behilflich sein könnte. Nach einer Denkpause von einem Tag teilte sie mir mit: „Mir ist niemand eingefallen, aber kommen Sie doch zu uns, wenn Sie möchten.“

Da stand ich also vor einem massiven, mehrstöckigen Bau aus der Gründerzeit. Im Parterre waren Büros einer Behörde einquartiert. Ich drückte auf die Türklingel. Nachdem sich lange nie-

³⁶⁰ Nathan 1995:39. Auch in afrikanischen Mythen wird Blindheit mit seherischen Fähigkeiten in Zusammenhang gebracht. Nathan 1995:39 zitiert dazu de Rosny (1981).

³⁶¹ Nathan 1995:39.

³⁶² Eliade 1975:65ff.

mand meldete, wollte ich gehen. Dann, endlich, zeigte sich hoch oben eine Frau mit verschlafener Miene, die lächelnd sagte: „Ich komme“.

Wieder musste ich lange warten, bis sie endlich kam. Rückblickend vermutete ich, dass sie ihren Mann angerufen hatte, um ihn von meiner Visite zu informieren.

Ich treffe eine Frau an mit einem bleichen, unbeweglichen Gesicht. Sie hat „meinen Besuch vergessen“, fügt aber bei, dass sie ja ohnehin zuhause sei, wegen des Babys. Auf dem alten, etwas angeschlagenen Couchtisch im Wohnzimmer liegt eine Deutschschweizer Boulevardzeitung, im Fernseher läuft leise ein deutsches Programm. Ich habe den Eindruck, gerade weil es ihnen psychisch relativ gut geht, erlauben sie sich in der Wohnung Unvollkommenheiten. Als vor zwei Jahren der Kosovokonflikt ausbrach und viele Kosovo-Albaner/innen in die Schweiz flüchteten, arbeitete Frau G als Deutschlehrerin für albanischsprachige Kinder. Obwohl sie gut deutsch spricht, hat sie nur drei Monate lang deutsch gelernt, während sie arbeitslos war. Vorher war sie in einem Nahrungsmittel verarbeitenden Betrieb tätig. Ihr Mann arbeite nun im selben Betrieb.

Frau G ist eine Person, die sich durch nichts aus der Ruhe bringen lässt. Sie stammt aus Kosovos Hauptstadt Prishtina, in der ihre Eltern und weitere Angehörige leben (nicht in demselben Wohnblock, jedoch im Quartier). „Ich habe den Eindruck, Sie sind recht gut integriert. Ist das, weil Sie aus einer städtischen Umgebung stammen?“ frage ich. Sie bejaht. Wenn man länger an einem Ort wohne, müsse man sich integrieren, die Sprache lernen. Auch ihr Mann denke so.

Dann kommt Herr G herein, wie ein Wirbelwind, mit jugendlichem Charme und Lächeln. Er beginnt in recht gutem Deutsch von seiner Arbeit und von ihrer Geschichte zu erzählen. Er ist kaum zu bremsen und dominiert das Gespräch, bis ich mit einem „Kraftakt“ den Besuch abschliesse. Er erzählt, dass er früher als professioneller Musiker in einem traditionellen Ensemble mitgespielt habe, und mit diesem um die halbe Welt gereist sei. Auch heute noch spiele er in seiner Freizeit an Veranstaltungen. Er sagt, es sei schwer, als Mann mit qualifizierter Ausbildung eine unqualifizierte Arbeit auszuführen. Aber nun habe er – mit Hinweis auf seine Familie mit drei Kindern – nicht nur eine, sondern „fünf Personen im Kopf“ und müsse jede Arbeit annehmen.

Insgesamt bleibe ich viel länger, als ich geplant habe. Bei allen Besuchen bei Familie G bleibe ich länger als vorgesehen.

Auffallend ist, dass diese Familie, im Gegensatz zu den anderen in dieser Arbeit, in der Schweiz gute Aufnahme gefunden hat. Im Durchgangszentrum und danach in der Gemeinde wurden sie freundlich aufgenommen, sie hatten bereits dort genügend Platz zum Leben, und wenige Jahre später wurde diese Freundlichkeit durch die Anerkennung des Flüchtlingsstatus bestätigt. Diese grundsätzlich wohlwollende Atmosphäre lässt sich auch heute erkennen: Frau G war vor wenigen Wochen vom Sozialamt angefragt worden, ob sie bei einem Jugendtreff in Teilzeit mitarbeiten könnte. Das heisst, sie muss sich nicht selbst nach Arbeit umschaun, sie kann sogar eine Arbeit ablehnen, die an sie herangetragen wird.

Ein Ort der Ressourcen für Familie G ist vor allem die Ausübung von traditioneller albanischer Musik von Herrn G, bei der er an den Wochenenden meist durch seine Familie begleitet wird. Der Bezug zu den heimatlichen Wurzeln ist so gewährleistet, und Herr G kann sich trotz schwieriger Lebensumstände in der Emigration zu einem Teil verwirklichen. Er kann seine durch den Migrationsprozess und die allgemein eher unwirtlichen Alltags-Bedingungen im Aufnahmeland ausgelösten narzisstischen Kränkungen verarbeiten, dadurch, dass Grössenphantasien erfolgreich in die Realität umgesetzt werden konnten. Der Selbstwert wird nicht durch einen kulturellen Identitätsverlust in Frage gestellt. Zusätzlich hebt die gelungene Integration – ausgedrückt durch die positive Antwort auf das Asylgesuch in der Schweiz, die Sprache, die Erwerbstätigkeit – das Selbstvertrauen. Es ist also eine doppelte Anerkennung vorhanden, was nur selten gelingen kann, da normalerweise die Anerkennung durch die Einheimischen, die man sich durch Anpassung verdient, die Anerkennung durch die kosovo-albanische Diaspora ausschliesst (vgl. die Kinder von Familie B). Die aufgrund des höheren Bildungsstandes (beide hatten eine gute schulische Ausbildung genossen) bedingten intellektuellen Fähigkeiten mögen dazu beitragen, die Probleme des Alltags kreativ zu lösen.

Beim dritten Besuch zeigt Frau G sich geschminkt, schön angezogen. Dies steht im Gegensatz zum ersten Mal, als ich sie verschlafen und in ausgebeulten Trainingshosen antraf. Entgegen meinen Gewohnheiten bin ich dreissig Minuten später als vereinbart, aber Frau G sagt nichts.

Frau G hat eine immense Ruhe. Manchmal schlägt ein Fensterflügel oder eine Türe durch einen Windstoss an den Rahmen, Frau G reagiert nicht. Oder das heimkehrende Mädchen poltert an die Wohnungstüre – Frau G erhebt sich langsam und gemächlich und geht, diese von /innen zu öffnen. Im Gespräch gibt es kein Durcheinander. Wechseln wir das Thema oder nimmt das Gespräch eine neue Wende, ohne dass sie etwas Vorheriges zu Ende erzählt hat, nimmt sie das Thema wieder auf. Es wird nichts vergessen.

Er halte es nicht lange bei einer Arbeit aus, sagt Herr G (bei einem der Besuche) lächelnd. Höchstens drei Jahre. Dann müsse er wechseln, weil es ihm langweilig werde. Er habe zunächst in einem Waren-Engrosvertrieb gearbeitet und sich gut mit seinem Vorgesetzten verstanden. Als dieser gekündigt habe, habe er auch gekündigt und sich eine neue Arbeit gesucht.

In einem bestimmten Gegensatz zu den Eltern stehen die Kinder, die nachmittags nach der Schule heimkehren, die Eltern küssen und sogleich verschwinden, trotz zärtlicher Ermahnung, den Gast zu begrüßen. Nur bei meinem letzten Besuch sehe ich beim Abschiednehmen die zwölfjährige Tochter, die mich neugierig und stumm betrachtet.

Insbesondere bei Frau G wird eine innere Ausgewogenheit deutlich, die nicht so schnell aufgebrochen werden kann. So steht ihr Gesichtsausdruck, den ich beim ersten Besuch als starr empfunden habe, für eine innere Ruhe und gesunde Ich-Stärke, von der auch ihre Familie profitiert. Sie lässt sich auch nicht von äusseren Zwängen und Anforderungen dominieren, sie beeilt sich nicht, obwohl der Gast vor der Haustüre wartet, und sie übersieht, den Gast aufzufordern, sich von den aufgestellten, noch verschlossenen Mineralwasserflaschen zu bedienen.

Der funktionierende „innere Kompass“, das heisst das Gespür für die Grenzen der Belastbarkeit, zeigt sich auch bei Herrn G, der alle paar Jahre die Arbeit wechselt, um die spezifische Unterforderung nicht lange aushalten zu müssen. Er lässt sich nicht alles gefallen, obwohl er sich Arbeitslosigkeit nicht leisten kann. Frau G schilderte einmal den Fall einer Frau, die mit fünfzig Jahren IV-Rentnerin geworden war: „Wissen Sie,“ schloss sie, „was in der Schweiz krank macht, ist die Angst am Arbeitsplatz. Auch wenn man eine Erwerbstätigkeit hat, hat man ständig Angst vor Arbeitsplatzverlust. Deshalb lässt man sich auch zuviel gefallen, zu schwere Arbeit, schlechte Entlohnung, ungerechte Behandlung.“ Diese Angst scheint bei Herrn und Frau G weniger zu bestehen.

Frau G erzählt, dass ihr finanzielles Einkommen einmal nicht genügte und sie deshalb zum Fürsorgeamt (Sozialamt) gingen. Aber im Monatsbudget, das dort für sie aufgestellt wurde, war kein Geld für das Auto einberechnet, das sie wegen der Musikauftritte von Herrn G gebraucht hätten. „Es war immer ein komisches Gefühl, jeden Monat ins Fürsorgeamt zu gehen und minutiös aufgelistet zu erhalten, was wir verbrauchen können“, sagt Frau G. Nach wenigen Monaten hätten sie auf die ihr Einkommen ergänzende Unterstützung verzichtet.

Die Erniedrigung durch die genaue Budgetaufstellung des Sozialamtes darf empfunden und bewusst gemacht werden. Dadurch kann man darauf reagieren. Das Vorhandensein einer gesunden Grundlage äussert sich in der Übertragung darin, dass ich die Treffen besser verkrafte und regelmässig länger bleibe. Zudem ist es die Gastgeberin, die nach meiner Befindlichkeit fragt, und ich bin es, die ohne Mitteilung zu spät kommt, d. h. die Vereinbarungen nicht einhält. Es ist eine Umkehrung der Situation bei den anderen Familien. Frau G hielt es zunächst auch nicht für notwendig, sich in einem guten Licht, geschminkt, gut angezogen etc. wie Frau B und Frau C zu präsentieren, um damit ein Bild zu geben, das dem nicht-familiären Raum vorbehalten war.

Frau G erzählt, dass die Familie vor kurzem Visa erhalten habe, mit welchen sie ihre Heimat erstmals seit ihrer Flucht besuchen konnte. Die Eindrücke, die Frau G von der Hauptstadt hatte, verursachten bei ihr einen Schock. Während sie das moderne, unversehrte Stadtbild Prishtinas Ende der achtziger Jahre in Erinnerung hatte (sie war damals achtzehn Jahre alt), sah sie nun beträchtliche Zerstörungen und Veränderungen. Einige junge Mädchen und Frauen würden Kopftuch und lange Mäntel tragen. Islamische Organisationen aus dem Ausland, vermutet sie, würden ärmeren Familien Geld geben, damit sie sich religionskonform verhalten würden. Ihr Mann war die ganzen Ferien krank und lag im Bett. Er sagte, es sei wohl wegen der „Klimaveränderung“.

Beim ersten Besuch in der Heimat nach über zehn Jahren war es ein doppelter Schock gewesen, die Heimat nicht nur durch äussere Zerstörungen, sondern auch durch fundamentalistische und andere Strömungen verändert zu sehen. Sie mussten sich vergegenwärtigen, dass ihnen ihre Heimat fremd geworden war und dass sie nicht so einfach zurückkehren konnten. Sie waren aber fähig, diesen Schock – ausgedrückt auch in der Erkrankung von Herrn G während des Aufenthaltes dort – zu verarbeiten. Dass sie aufgrund der Niederlassungsbewilligung C einen „sicheren Ort“ im Aufnahmeland hatten, dürfte die Verarbeitung dieses Schocks erleichtert haben.

So ist meine oben beschriebene Beobachtung, dass der Fensterflügel, der durch einen Windstoss an den Rahmen hämmerte, Frau G nicht aus der Ruhe brachte, eine Metapher für den Umgang dieser Familie mit den grösseren und kleineren Schicksalsschlägen, die sie bisweilen ereilen: Sie werden dadurch nicht aus der Bahn geworfen.

6.8 Salutogenetische Faktoren bei Familie G

Zusammenfassend sollen diejenigen Bedingungen aufgezählt werden, die Familie G während und nach der Einwanderung gesund erhalten, oder besser, die zu einem Ausbleiben von chronischer oder anderer schwerer Krankheit geführt haben. Sie können nicht einzeln als Voraussetzung für Gesundheit stehen, sondern erst die Kombination verschiedener günstiger unten erwähnter Bedingungen kann zu einer Balance führen, unter denen Individuen ihre Ressourcen positiv nutzen können.

- Als erstes und prioritäres Element ist die freundliche Aufnahme im Gastland zu erwähnen, die Familie G zunächst im Durchgangszentrum, hernach in der Gemeinde erlebt hat, der sie zugewiesen worden ist. Zu jener Zeit bestanden noch keine Voreingenommenheiten gegenüber Angehörigen der kosovo-albanischen Gesellschaft, und falls doch, dann eher gegenüber einzelnen jungen, männlichen Einwanderern, und weniger gegenüber Familien. Zudem erfolgte die Anerkennung des Flüchtlingsstatus nach wenigen Jahren und die sichere, spätere Umwandlung des Flüchtlingsstatus in die Niederlassungsbewilligung C. Diese doppelte, d. h.

soziale und juristische Anerkennung kann als Übergangsraum verstanden werden, der der Familie nach der Einreise in die Schweiz zur Verfügung stand. In dieser sensiblen Phase des Beginns erfuhr die Familie also nach Winnicott ein „Holding“, das Vorhandensein einer „verlässlichen Mutter“, die es erlaubte, erste Kontakte in der Fremde zu knüpfen, erste Mechanismen auszuprobieren, die gänzlich neuen Erfahrungen und Lebensbedingungen zu verarbeiten, ohne dass eine psychotische Reaktion droht, durch die Angst in den Abgrund der Nicht-Identität zu fallen (vgl. Kapitel 4.1). Auch die

- Ressourcen, die Herr G als ausgebildeter traditioneller Musiker mitbrachte, dienten dazu, die durch unqualifizierte Erwerbstätigkeit, Heimweh, Einsamkeit, alltäglich erlebte Abwertungen entstandenen narzisstischen Kränkungen durch Grössenphantasien zu verarbeiten: Herr G und damit seine Familie genoss ja durch das Spielen und Lehren traditioneller Musik hohes Ansehen in der *community*, und dennoch konnte er sein übriges Leben dem Erlernen der deutschen Sprache, der Erwerbstätigkeit, der Aufnahme vertiefter Kontakte mit Einheimischen durch Arbeit, Schule, Gemeinde widmen, d.h. er konnte die neue Welt *libidinös besetzen*, um es mit den Worten Freuds zu formulieren.
- Die frühere Reisetätigkeit von Herrn und Frau G dürfte ein bedeutendes salutogenetisches Element im Migrationsprozess sein. Sie kannten andere Länder aus der eigenen Erfahrung und konnten sich demnach realistischere Vorstellungen dessen bilden, was sie in der Fremde erwartet.
- Die gute psychische Gesundheit von Frau G dürfte eine also individualpsychologische Voraussetzung sein, den Migrationsprozess zu bewältigen. So kann sie im Familiensystem die Verlusterlebnisse ihres Mannes (sein Vater starb früh, Frau G weiss den Grund dafür nicht), kompensieren, die möglicherweise eine Schwächung seiner psychischen Bewältigungsressourcen darstellen könnten.
- Die Einreise der Familie als Ganzes verhinderte das Abspalten einzelner Mitglieder, das bei Familienangehörigen zu einer Traumatisierung führen kann wie es bei Herrn A und Frau B vermutlich der Fall war. Negative und positive Erlebnisse konnten gemeinsam erfahren und verarbeitet werden. Sexualität konnte in der Partnerschaft auf legitime, anerkannte Form gelebt werden.
- Möglicherweise dürfte die urbane Herkunft es Familie G ebenfalls erleichtert haben, Fuss in der Schweiz zu fassen. Eine westliche Lebensart war ihr somit eher vertraut. Hier ist jedoch anzumerken, dass die Kinder von Frau G ohne jegliche religiöse oder traditionelle Rituale im

Jahreszyklus aufwachsen, weder mit christlichen Festen wie Weihnachten oder Ostern (die den Kindern ja von der Umwelt vorgelebt werden) noch mit muslimischen wie dem Ramadan oder dem Opferfest, was die identifikative Zugehörigkeit fördern könnte. Man könnte sich hier fragen, ob nicht eher eine Flucht vor traditionellen Werten ausserhalb des musischen Bereiches stattgefunden hat. Es darf zudem nicht vergessen werden, dass auch Familie C keineswegs aus einem typisch ländlichen Gebiet stammt und im Aufnahmeland ein „modernes“ Leben führt. So ist Frau C beispielsweise erwerbstätig und hat „nur“ zwei Kinder, kann also als Kleinfamilie betrachtet werden.

- Hoher Bildungsstand und intellektuelle Fähigkeiten helfen zusätzlich, die Probleme im Alltag zu lösen. Aber auch Herr und Frau C genossen eine gute Schulbildung, sie haben beispielsweise auch schnell deutsch gelernt.

7 Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, mittels ethnopschoanalytischer Methode die Auswirkungen eines Migrationsprozesses auf die Lebenssituation von Menschen aus dem Kosovo darzustellen, sowie andere potentielle Bedingungen, die zu chronischen Erkrankungen führen, aufzuspüren. Nun sollen die zu Beginn der Dissertation formulierten Fragen diskutiert und beantwortet werden.

7.1 Beantwortung der Fragen

Welches sind pathologisierende Faktoren bei kosovo-albanischen Einwanderern?

Der Migrationsprozess stellt eine tiefe Verunsicherung dar, verbunden mit massiven Verlusterlebnissen. Diese Verunsicherung oder auch der Migrationsschock ist umso tiefgreifender, als man in der kosovo-albanischen Heimat, fand man sich versorgt durch Anverwandte in der Diaspora, ein gutes Auskommen hatte und ein gewisses Ansehen genoss. Am neuen Ort begegnet man nun einer massiven Abwertungshaltung, sei es sozial, am Arbeitsmarkt oder ökonomisch. Mit Grinberg und Grinberg habe ich, auf der Grundlage Winnicotts, versucht, ein Scheitern des Migrationsprozesses mit dem Fehlen eines Zwischenraumes zu erklären. Zwischen Herkunftsraum und Aufnahmerraum kann etwas Drittes fehlen, das die Möglichkeit bieten könnte, Atem zu schöpfen und eigene Ideen von Lebensgestaltung im Aufnahmeland auszuprobieren.

Der Migrationsprozess kann auch als zweite Adoleszenz verstanden werden, dadurch, dass man die „Eltern“ (das Heimatland nämlich) verlässt und „in die Welt hinaus schreitet“. Es geht erneut um das selbständige, kreative Ordnen des Lebenschaos, dem man in der Welt draussen begegnet. Eine Adoleszenz ist geprägt von der Herausforderung, eine Fülle von Angeboten, Lebensmöglichkeiten, Versuchungen und Hindernissen zu bewältigen. Indem man lernt, dieses Chaos mit den eigenen Mitteln und Wegen zu meistern, „wächst“ man in die neue Umgebung hinein. Adoleszenz bedeutet also, offen auf die Herausforderungen zu zugehen, die neuen Möglichkeiten auszuprobieren, sich beispielsweise auch in eine Angehörige der neuen Umwelt zu verlieben. Nur so kann man sich bis ins Innerste hinein mit der neuen Umwelt verbinden und sie *libidinös besetzen*. Falls die äusseren und inneren Umstände im Aufnahmeland nicht vorhanden sind, um auf die Herausforderungen der adoleszenzähnlichen Phase zu reagieren, scheitert die psychische Entwicklung, die damit verbunden ist. Man bleibt in der Latenz der kindlichen Phase stecken.

Die Enttäuschung über das Aufnahmeland, die Auswanderung oft mit sich bringt, die täglich bitter erlebten Diskriminierungen und der Umstand, dass die Voraussetzungen für die Verarbeitung drängender innerpsychischer Prozesse nicht gegeben sind, führt zu narzisstischen Kränkungen. Narzisstische Kränkungen sind eine logische Folge dieser Bedingungen, und stellen an sich eine gesunde Reaktion dar. Die zur Verarbeitung dieser Kränkungen erforderlichen Grössenphantasien können unter diesen Umständen jedoch nicht erlebt und an der Realität „ausprobiert“ werden. Sie sind höchstens den älteren Menschen vorbehalten, da sie eine hohe Stellung im familiären Hierarchiegefüge einnehmen, oder beispielsweise der Familie G, die ihre Traditionen nicht nur pflegen, sondern sie in der *community* weitergeben und umsetzen kann, und dadurch hohes Ansehen genießt.

Unaufgelöste narzisstische Kränkungen können zu depressiven Tendenzen führen, die abgewehrt werden müssen. Die Abwehr kann beispielsweise über die Arbeitstätigkeit erfolgen, in der Grössenphantasien durch hohe Leistungen möglich scheinen, jedoch zu einem hohen Preis: Arbeit kann zu Überarbeitung führen, wenn die Depression nicht angegangen, die dahinterliegenden Probleme nicht bereinigt werden können. Dies ist der Fall bei Frau und Herr B sowie Herr C, in gewisser Weise auch bei Frau E.

Die Selbstbeschränkung von Herrn A oder die starke Abwehr- und Verdrängungshaltung von Familie A und E können ebenfalls ein Mittel gegen die Verzweiflung über die unaufgelösten narzisstischen Kränkungen darstellen. Man ignoriert sie einfach, verdrängt die eigenen Wünsche und Probleme, und ist der Verzweiflung jedoch gerade deshalb nahe und bleibt ihr ausgesetzt. Die Ablehnung der Kultur des Aufnahmelandes wie beispielsweise bei Frau E kann zu einer gewissen Auflösung der Spannung zwischen der dringlichen Bearbeitung der Migrationsphase und der verdrängten Omnipotenzphantasien beitragen. Schritte zur Integration sind aber so nicht möglich. Erschwerend für die Verarbeitung der herausfordernden migratorischen Prozesse und unwirtschaftlichen Bedingungen im Aufnahmeland sind auch biographische Ursachen, etwa durch Verlusterlebnisse in der frühen Kindheit, welche Frau B und Frau C erwähnten.

Welches sind entsprechend salutogenetische Faktoren?

- Das Vorhandensein eines potentiellen Raumes im Gastland kann für das Ausbleiben von psychischer und somatischer Krankheit ursächlich sein, was am Modell von Winnicott sowie Grinberg und Grinberg ausgeführt worden ist. Der potentielle Raum oder Übergangsraum

kann in verschiedensten Ausformungen bestehen, beispielsweise die respektvolle Aufnahme durch eine bestehende kosovo-albanische *community* wie bei Familie G oder durch die bereits hier niedergelassene Verwandtschaft. In beiden Fällen ist es wesentlich, dass der Einwanderer oder die Einwanderin genügend Gestaltungsmöglichkeiten für sein Leben zugesprochen erhält, d. h. dass seine oder ihre Omnipotenzphantasien nicht beispielsweise durch rigide traditionelle und familiäre Vorstellungen erdrückt beziehungsweise ignoriert werden müssen, was am Modell der zweiten Adoleszenz erklärt worden ist. Als prioritäres Element kann die „freundliche Aufnahme“ durch das Einwanderungsland gemeint sein, beispielsweise indem die politischen Entscheidungsträger den um Asyl Ersuchenden wenn schon nicht eine positive, so mindestens eine rasche Antwort auf sein Gesuch erteilen und ihn nicht jahrelang in bedrückender Ungewissheit lassen. Es geht hier um eine Anerkennung auf juristischer Ebene, die die soziale und arbeitsrechtliche Anerkennung mit sich zieht. Eine in den Jahren nach dem Krieg 1999/2000 häufige Form der Einwanderung aus dem Kosovo besteht aus der Ehe. Hier ist wesentlich, dass der einwandernden Person von ihrer Umwelt Toleranz, Raum und Zeit zur Verarbeitung ihrer Omnipotenzphantasien sowie ihrer möglichen Enttäuschungen eingeräumt wird. Auch heute noch sind arrangierte Ehen üblich, umso mehr, als das ökonomische Element (die „Lizenz für ein besseres Leben“) dabei enorme Bedeutung erhalten hat. Hier kann also eine doppelte Enttäuschung drohen, einerseits durch den Partner, dessen Charakter man noch nicht gut kennt, andererseits durch die Situation im Aufnahmeland.

- Die Aktivierung der eigenen kulturellen Befähigungen kann eine wesentliche Ressource für die Bewältigung von Migrationsschock und narzisstischen Kränkungen darstellen. Diese Befähigung kann sich beispielsweise in Musik, Tanz, Sprache, Religion, Geschichtenerzählen, Handarbeit, Handwerk oder Heilkunde äussern. Dadurch kann ein grosser Teil der erlittener Mühen und Leiden einem symbolhaften Ausdruck zugeführt und damit psychisch verarbeitet werden. Zudem erlaubt die Verankerung in der eigenen Tradition und die dadurch erlangte Anerkennung in der *community* erst die Neugierde über die Kultur des Aufnahmelandes. Es stärkt die Ich-Funktion, Voraussetzung für die gelungene psychische Ausgleicheung von narzisstischen Kränkungen.
- Falls eine Auswanderung unumgänglich ist, sollte sie entweder in der Adoleszenz stattfinden, da die Adoleszenz Ablösungsbestrebungen und Omnipotenzphantasien zulässt, die im Migrationsprozess unerlässlich sind. In dieser Lebensphase werden einem von Anderen die Grössephantasien am ehesten zuerkannt, auch wenn die adoleszente Phase in einer eher traditio-

nellen Gesellschaft vorstrukturiert verläuft und daher weniger Fertigkeiten in der Gestaltung der Umwelt erlangt werden konnte. Oder der Migrationsprozess sollte die ganze Gruppe oder Familie betreffen, damit keine traumatisierende Risse oder Brüche im Familiären, beispielsweise bei den zurückgelassenen Kindern entstehen. Die vielfältigen Eindrücke und Erlebnisse in der Fremde können dann gemeinsam erfahren und verarbeitet werden. Der existentielle Bereich der Sexualität kann in der Ehegemeinschaft in einer legitimen Form erlebt werden.

- Die Herkunftsumgebung spielt bei einem gelungenen Migrationsprozess sicherlich eine Rolle. So ist eine Reise aus einem extrem ländlichen Gebiet in die Schweiz „länger“ als eine aus einem Agglomerations- oder städtischen Gebiet, die Unterschiede zwischen Herkunfts- und Aufnahmeort um vieles grösser. Je besser die schulische Ausbildung, desto eher können Krisen intellektuell verarbeitet werden. Hier darf jedoch nicht vergessen werden, dass die mündliche Überlieferung alter Geschichten, Märchen, Mythen und Legenden ebenfalls ein gutes Instrumentarium dazu bietet, mit Krisensituationen umzugehen. Und dies hat nichts mit schulischer Bildung zu tun. Hier wäre es erforderlich, diese Erzähl-Fähigkeiten gerade auch der älteren Generation in der Fremde nicht zu vernachlässigen, sondern sie als wertvolle Ressource anzuerkennen und einzusetzen.
- Eine gute psychische Gesundheit mit einer gesunden Ich-Stärke stellt eine individuelle Voraussetzung für die Bewältigung des Migrationsprozesses dar.
- Natürlich ist eine vorangegangene Reisetätigkeit wie bei Familie G eine optimale Vorbereitung für eine Auswanderung. Die Erlebnisse in der „Fremde“ konnten dazu dienen, die meist phantastischen und übertriebenen Vorstellungen an die erwartete Realität anzupassen. Die Enttäuschung darüber, dass die Fremde nicht so ist, wie man sie sich vorgestellt hat, fällt in der Folge kleiner aus.

Bei welchen häufig auftretenden chronischen Krankheitsbildern kann ein Zusammenhang mit Migrationseinflüssen vermutet werden?

Verschiedene Autor/innen haben bereits häufige, prädominante Beschwerdebilder bei Migrant/innen zusammengefasst, beispielsweise Emanuela Maria Leyer, Kronsteiner oder auch

Collatz, mit unterschiedlicher Gewichtung psychischer neben psychosomatischer Beschwerden.³⁶³

Eines der häufigsten psychosomatischen Krankheitsbilder, das gemäss vorliegender Arbeit bei Migrant/innen aus dem Kosovo besteht, ist das chronische Schmerzsyndrom³⁶⁴. Es handelt sich um diffuse Schmerzen, die trotz Medikation und anderer Therapieversuche hartnäckig weiter bestehen und einen chronischen Verlauf zeigen. Sie können am ganzen Körper auftreten. Bei Männern bestehen häufig Rückenbeschwerden, Frauen leiden zudem öfters unter Kopf- und Unterleibsschmerzen. Allgemein häufig sind auch Schmerzbeschwerden aus dem rheumatisch-arthritischen Formenkreis sowie dem Magen-Darm-Bereich. Ebenso konnte die Häufigkeit hysterischer (Ohnmachtsanfälle, Lähmungen, Blockaden) und hypochondrischer Symptomen, die Leyer bei Migrant/innen aus der Türkei feststellt, bestätigt werden.

In der vorliegenden Arbeit mit dem überblickbaren, gut untersuchten Sample treten also psychische stets begleitet von somatischen Beschwerden auf, was zunächst zur Inanspruchnahme von medizinischer, und nicht psychiatrischer Hilfe führt. Dies liegt auch darin begründet, dass psychiatrische Institutionen mit Vorurteilen behaftet sind. So führte der Leidensweg von Herrn A sowie Frau und Herrn B zwar zum Kontakt mit psychiatrischen Institutionen. Dieser Kontakt funktioniert aber nur deshalb, weil alle drei eine Erklärung für ihre Krankheit gefunden haben, mittels derer sie sich nicht als psychisch krank bezeichnen müssen. So erklärt Herr A seine psychischen Be- und Überlastungen exogen, und Familie B konsultiert eigentlich nur „den Schweizer Ärzt/innen zuliebe“ das psychiatrische Ambulatorium.

Welches ist das Psyche-Soma-Konzept, das den beschriebenen Krankheitsäusserungen zugrunde liegt?

Im Kapitel 3.1.4 habe ich mit Jean Pouillon argumentiert, dass sich Krankheitsbild, Kranker und Therapeut gegenseitig beeinflussen und determinieren. Mittels den Fallvignetten können nun Aussagen über „le mal“, also zu dem zu den Patient/innen gehörigen Krankheitsbild getroffen werden, aber auch über einen Heiler, der zu dem Krankheitsbild und dem Patienten „passt“. Konkret geht es also um Vorstellungen von Gesundheit/Krankheit und um die Frage, warum für die Be-

³⁶³ Collatz nennt vorrangig einen „Komplex psychischer Störungen und Erkrankungen“, wie psychosomatische Störungen, Depressionen, Drogenabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörungen sowie Psychosen. Zu den psychosomatischen Störungen zählt er insbesondere Schmerzsymptome, Erkrankungen im Magen-Darmbereich, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, rheumatische Beschwerdebilder (Collatz 2001:54f).

schwerden der Betroffenen bisweilen keine geeignete Zuordnung in unseren Krankheitsschemata gefunden werden kann. Dazu ist es nötig, das Modell des therapeutischen Dreiecks auf unser Gesundheitssystem anzuwenden.

Pouillons therapeutisches Dreieck angewandt im somatomedizinischen Bereich

Im therapeutischen Dreieck des somatomedizinischen Gesundheitssystems (ohne Psychosomatik) ist die Beeinflussung der Pole im Dreieck untereinander nicht ausgeprägt, da die Krankheiten als weitgehend physisch, also „materiell“ verstanden werden und deshalb für Interpretationen weniger zugänglich sind.³⁶⁵ Dennoch bedingen sich das Krankheit Verursachende, Patient und die Funktion und Rolle des Arztes deutlich. Beginnen wir mit dem Krankheitspol, den Pouillon als „le mal“ bezeichnet. Krankheiten und Leiden werden von Kosovo-Albaner/innen durch beispielsweise durch körperliche Dysfunktionen, Gottes Wille, harte Arbeitsbedingungen etc. erklärt, was vom Arzt bestätigt werden kann. Die *perceived causes* werden also exogen interpretiert. Bei exogenen Erklärungen kann der Kranke als Mitglied einer geschlossenen, stabilen Gruppe (beispielsweise seiner Familie) reagieren, weil der „Feind“ von aussen kommt. Die gemeinsame Verteidigung kann die Gruppe gar bestätigen und stärken.

Der Arzt oder die Ärztin nimmt mittels Medikamenten, operativer oder physiotherapeutischer Massnahmen etc. direkten Einfluss auf die Krankheit. Die oder der Heilkundige wirkt verbal nur wenig auf den Patienten ein, beispielsweise mit Ratschlägen bei Fehlernährung oder anderem körperlichem Fehlverhalten (beispielsweise mangelnde Bewegung, Suchtverhalten). Ihr Einfluss beschränkt sich auf den Patienten als Einzelnen und auf seinen Körper. Die Rolle des Arztes ist somit integrierend, sie stabilisiert das Kollektiv, dem der Patient angehört. Kommunikation über den Körper ist praktisch ohne Einschränkungen möglich.

Da bei manchen somatomedizinisch wahrgenommenen Krankheiten ein psychischer Aspekt vermutet wird (beispielsweise chronische Kopfschmerzen), sind die Grenzen zum unten beschriebenen therapeutischen Dreieck durchlässig.

³⁶⁴ Vgl. auch Protokoll Austauschforum (2002).

³⁶⁵ Das somatomedizinische Gesundheitssystem nähert sich ja dem *Disease*-Aspekt einer Krankheit nach Kleinman an.

Im psychotherapeutischen, psychosomatischen oder psychiatrischen Bereich

Hier sind die Verflechtungen zwischen Krankheit, Patient/innen und Therapeut um vieles intensiver. Die Krankheit wird als psychisch oder psychosomatisch eingestuft, zumindest vom Therapeuten. Sie wird meist endogen erklärt, wenn auch äussere Umstände die Krankheit verschlimmert haben mögen. „Le mal“ wirkt nicht nur auf den Patienten, sondern bei Gegenübertragungsmechanismen auch auf den Heiler ein, falls dieser es sich erlaubt, sie als Erkenntnisinstrument zuzulassen und wahrzunehmen.

Wesentlich in diesem therapeutischen Triangel ist nun, dass der Therapeut nicht nur die Krankheit selbst bekämpft (beispielsweise der Psychiater oder Psychosomatiker mittels Medikamente), sondern mittels vertiefter therapeutischer Gespräche auch direkt auf die Psyche des Patienten einwirkt.

Das Aufnehmen einer Gesprächsbeziehung mit dem Psychotherapeuten bedroht jedoch das Kollektiv. Dies aus folgenden Gründen:

Wie in Kapitel 2.3 ausgeführt, verstehen Migrant/innen aus dem Kosovo sich nicht primär nur als Individuen, sondern als Teil eines differenziert strukturierten Familiensystems. Ihre Interessen, ihr Handeln und ihre Zukunftspläne sind stark von einer das Kollektiv favorisierenden Denkweise beeinflusst. Diese Gruppenzugehörigkeit durchdringt jeden Lebensbereich und wirkt konstituierend und stabilisierend. Sie schützt den Einzelnen und liefert ihm Geborgenheit, Sicherheit, Nähe, Zugehörigkeit, Identität, Würde, Sinn, Bestimmung, Unverletzbarkeit. Alle diese Werte sind für das psychische Überleben in der Fremde von existentieller Bedeutung.

Die „kollektive“ Identität verhindert andererseits eine vertiefte Auseinandersetzung mit sich selbst. Was geschieht, falls in psychoanalytischen Gesprächen unbewusste Neigungen, Fähigkeiten oder das Erfordernis einer anderen Denkhaltung entdeckt oder erarbeitet werden, die gegen die Interessen der Gruppe und ihre Wertvorstellungen gerichtet sind? Die eigene Rolle und Bestimmung im Familiengefüge kann im Rahmen einer Psychotherapie nicht derart existentiell in Zweifel gezogen werden. Solches kann jedoch in psychotherapeutischen Gesprächen im Hinblick auf eine individuelle psychische Entwicklung vorausgesetzt, bzw. gefördert werden.

Zu Klient/innen aus dem Gebiet des „ehemaligen Jugoslawien“ bemerken Branik und Mulhaxha: „Das psychoanalytische Arbeiten akzentuiert Ziele und Werte wie Vorrang der Vernunft und Anpassung, persönliche Aktivität und Verantwortung, Verwendung von Sprache als wichtigstes

Kommunikationsmittel, offener, jedoch gut gesteuerter Ausdruck von Emotionen, Konflikttoleranz, Introspektion, Bewusst-Machen vom Unbewussten; diese Werte innerhalb der psychoanalytischen Kultur sind derart mit Vorstellungen darüber verknüpft, was überhaupt als therapeutisch wirksam angesehen wird, dass ihre Auswirkung auf die Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.“³⁶⁶

Aufgrund des oben Erläuterten macht es keinen Sinn, seine Beschwerden psychisch auszudrücken, da man in unserer „psychoanalytischen Kultur“ „nicht verstanden“ wird: Es konnte sich kein therapeutisches Dreieck bilden, da zu den betroffenen Patient/innen unadäquate Krankheitsbilder und Qualifikationen der entsprechenden Therapeut/innen bestehen. Es wird vom Therapeuten „nicht verstanden“, welche Problemkreise primär gelöst, welche Ziele erreicht sein müssten, damit man Wohlbefinden erlangen, sich entspannter, gesünder fühlen könnte. Das Problem ist ein psychosoziales oder auch biopsychosoziales: Zu Wohlbefinden gelangt man nur, wenn dasjenige der ganzen Familie, deren Mitglied man ist, gewährleistet ist. Und ein Teil der Familie lebt in der Heimat. Man müsste sich in einer ökonomischen Situation wähen, in der man die Familie in der Heimat unterstützen kann. Eine solche materielle und ideelle Unterstützung ist, nebenbei erwähnt, am leichtesten möglich, wenn man als Familie, als Gruppe zusammensteht und das Geld nach Hause sendet, das man gemeinsam gespart hat.

Wie können aber psychische Probleme angegangen werden, wenn elementare materielle Voraussetzungen nicht nur für sich selbst, sondern insbesondere auch für die Familie ungelöst sind?

Zusätzliche die Akzeptanz für eine Psychotherapie hemmende Faktoren sind das Misstrauen gegenüber Personen von Institutionen, zu denen kranke Migrant/innen in einer Abhängigkeitsbeziehung stehen oder aus ihrer Sicht zu stehen scheinen (6.3.2).

Psychotherapien sind möglich

Damit soll nicht bestritten werden, dass Psychotherapien grundsätzlich möglich sind bei Mitgliedern eines traditionellen Gemeinwesens. Sie sind dann möglich, wenn sie nicht gegen die Gruppe und ihre Vertreter gerichtet sind, sondern diese angemessen berücksichtigen, wenn also die sichtbaren wie auch unsichtbaren Ziele und Interessen, die die Gruppe verfolgt, mit einbezogen wer-

³⁶⁶ Branik; Mulhaxha 2000:194, siehe auch Kakar 1984:11.

den können. Dies ist davon abhängig, welches deren Ziele und Interessen sind und ob sie im therapeutischen Setting Platz finden.³⁶⁷

Es ist natürlich auch von Bedeutung, wie „offen“ eine Gruppe für Neuerungen ist, welche Gültigkeit die alten Werte wie kollektive Identität, Demonstration von Stärke, Homogenität und Integrität gegen aussen (noch) beanspruchen. In diesem Zusammenhang muss auch die Frage nach dem Aufenthaltsstatus eingebracht werden. Falls die Perspektive eines unbefristeten, sicheren Aufenthaltes gegeben ist, wird eine Haltung begünstigt, bei der man offen für Neues ist und bereit für eine Reflexion der eigenen Wertvorstellungen.

Es liegt auf der Hand, dass psychotherapeutische oder -analytische Gespräche bei Personen sinnvoll sind, die aufgrund ihrer individuellen Geschichte nicht oder nicht mehr auf den Zusammenhalt in ihrer Familie zählen wollen oder können. Dies ist der Fall, wenn ihr Leben und ihre Rolle in der Gesellschaft sich mit den Normen der Familie nicht mehr vereinbaren lassen, wenn der Leidensdruck zu gross geworden ist, um in kompromisshafter Form im Familienkollektiv weiter zu verbleiben. Und gerade solche (Leidens-)geschichten treiben in die Krankheit, d. h. gerade sie führen zur Konsultation von medizinischen Fachpersonen.

Hier soll noch einmal eine entscheidende Frage Pouillons angeführt werden: „To ask who needs to be cured, what it means to be cured, who can cure and why, is to ask about the values, the beliefs, and the structure of the society in whose frame of reference these questions are being posed.“³⁶⁸ Das therapeutische Dreieck mit seinen Eckpunkten „mal“, Heiler und Patient „funktioniert“, wie Pouillon darlegt, also nur im eigenen Bezugssystem, d. h. nur dann, wenn die Bedingungen für die Beziehungen von allen drei Polen erfüllt werden. In diesen Gesundheitssystemen handelt es sich beim „mal“ um ein spezifisches Krankheitsbild, das nur dann behandelt werden

³⁶⁷ Beispielsweise könnte man den Patienten einladen, weitere Mitglieder (die Partnerin, auch wenn sie kein Deutsch spricht, die Tochter, den Bruder) in die Konsultation mitzunehmen, um mitteilen zu können: „Ich respektiere und verstehe Sie als Teil einer Gruppe. Ich möchte diese Gruppe kennenlernen.“ So spielt es etwa eine Rolle, was bei einem Problem oder Konflikt die Grossmutter „als ethische Referenz“ dazu meint oder meinen könnte, oder wie man früher unter gegebenen Umständen reagiert hätte etc. Oft könnte es dann sein, dass die Familienmitglieder oder – autoritäten, die die Familienethik repräsentieren, auch nicht weiter wissen, denn in der Migrationssituation ist vieles anders, unbekannt. Man kann nicht auf generationenalte Erfahrungen zurückgreifen. Wesentlich ist jedoch, dass Bezug auf die Meinung der Familienhäupter genommen wird, und somit ein Kontakt hergestellt wird. Die Arbeit mit Sprichwörtern, Legenden, Mythen kann ebenfalls sinnvoll sein, da sie das kollektive Wertesystem bestätigen und auf ihm aufbauen. Da dieses kollektive Wissen je nach Region verschieden ist, wäre es sinnvoll, die Betroffenen selbst nach „ihrem“ Wissensschatz zu fragen. Auch das Gespräch mit einer Gruppe von Betroffenen sowie der methodische Ansatz mit einer Gruppe von Therapeut/innen könnte ausprobiert werden (vgl. 3.1.3).

³⁶⁸ Pouillon 1972:9.

kann, wenn eine tiefe Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten aufgebaut werden kann. Die ist nur bei einer eng definierten Patient/innengruppe von Migrant/innen möglich.

Somatischer Ausdruck macht Sinn

Im obigen Abschnitt haben wir argumentiert, dass das therapeutische Dreieck im psychotherapeutischen Bereich nur unter erschwerten Bedingungen funktionieren kann. Deshalb wenden wir uns nochmals der somatischen Diskussion zu:

Es ist leichter, über das Somatische zu sprechen als über das Psychische. Auf dieser Ebene ist Krankheit ansprechbar, hier bestehen keine Tabus. Aus diesem Grund und auch, weil, wie oben erwähnt, Leiden einen ganzheitlichen Ausdruck finden möchte, führt Belastung durch ungünstige aufenthaltsrechtliche, soziale, ökonomische etc. Bedingungen in der Migrationssituation nicht nur zu psychischem Leiden, sondern auch zu somatischem, und hier vor allem: zu Körperschmerz. Medizinische Fachpersonen werden hierbei für Migrant/innen Ansprechpersonen, die eine Brücke bilden zur Gesellschaft des Aufnahmelandes. Man kann sich zwar einem Lehrer verweigern, der das Gespräch wegen eines Schulkindes sucht, nicht aber einer Ärztin, wenn man möchte, dass sie die Beschwerden seriös behandelt und etwas gegen die Schmerzen verschreibt. Aufgrund der Körperschmerzen kann in eine vertiefte, regelmässige Kommunikation eingetreten werden, die sich als Ersatz für den gescheiterten Austausch mit der Umwelt des Aufnahmelandes anbietet. Endlich hat man selbst Gewicht, auch und gerade im Kontakt mit Vertreter/innen des Aufnahmelandes. Die oft jahrelangen narzisstischen Kränkungen, die im Aufnahmeland erfolgten und die nicht genügend verarbeitet werden konnten, können in der ärztlichen Konsultation aufgefangen werden.

Obwohl eine psychische Komponente des Leidens besteht, wird diese oft nicht mitgeteilt, entweder weil sie un- oder vorbewusst ist oder weil man – würde man über seine Befindlichkeit sprechen – sich, wie oben ausgeführt, „nicht verstanden“ fühlte, weil die Interessen und Ziele nicht nachvollzogen oder nicht als prioritär erachtet werden könnten.

Wenn wir von jemandem sagen, sie „somatisiere“, dann bedeutet das für uns, dass sie den somatischen Ausdruck – bewusst oder unbewusst – dem psychischen vorzieht. Damit entzieht sich die Erkrankte dem Dialog über das Psychische. Wir merken hierbei nicht, dass wir der Kranken kein geeignetes Gefäss für ihr psychisches Leiden zur Verfügung stellen, sodass auch wir den körperlichen Ausdruck der Krankheit fördern.

Wie Branik und Mulhaxha richtig feststellen, ist die körperliche Gesundheit und Kraft bei Migrant/innen, die eine unqualifizierte Tätigkeit ausüben, das einzige Kapital, welche das ökonomische Überleben sichern kann, sodass es nicht verwundert, wenn Druck aller Art auf den essentiellen Bereich des Körpers fokussiert wird.³⁶⁹

Das therapeutische Dreieck im traditionellen Gesundheitssystem in der Migrationssituation

Wenn im Migrationsland ein Hodscha aufgrund eines Leidens aufgesucht wird, bestehen, ähnlich wie oben, intensive Beziehungen zwischen den Polen des Dreiecks. Wie erwähnt, wird die Heilerin oder der Heiler nur bei ausgewählten Krankheitsbildern beigezogen, meist bei Krankheiten oder Dysfunktionen, die zuvor im schulmedizinischen System entweder ohne Befund oder ohne Heilaussichten abgeklärt worden sind, vgl. Kapitel 5.5. In aller Regel wird die Krankheit als exogen aufgefasst, vgl. Kapitel 5.5.3. In der Therapie können beim Heiler auch familiäre Beziehungen angesprochen werden. Die Grundfesten der traditionellen Wertvorstellungen werden dabei nicht derart erschüttert wie es bei einer Psychotherapie der Fall sein könnte. Die Interventionen des Heilers bleiben meist oberflächlich (obwohl er freilich je nach Klient/in individuell vorgeht), und es entsteht keine tiefe Destabilisierung im Kollektiv des Erkrankten. Der Hodscha ist Angehöriger der traditionellen Gesellschaft und vertritt im Prinzip ihre Interessen und Ziele. Alle seine Ratschläge und Erklärungen wirken daher integrierend auf den Einzelnen, mögen sie auch bisweilen gegen die Familie des Kranken gerichtet sein. Der Heiler wirkt sowohl auf „le mal“ wie auch auf den Kranken selbst ein. Es ist ein funktionierendes und in sich stimmendes therapeutisches Dreieck, wenn auch die Palette von Krankheitsbildern, für die der traditionelle Heiler zuständig ist, schmal geworden ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Reihe verschiedenster Ursachen besteht, weshalb eine Krankheit mehrheitlich körperlichen Ausdruck sucht. Der erkrankte Körper drückt die Befindlichkeit aus in sozialer, kollektiver, ökonomischer, migrationsgeschichtlicher, psychischer und kultureller Hinsicht.

Die psychotherapeutische Methode als westliche Alternative für unsere „somatherapeutischen“ Methoden ist in vielen Fällen ungeeignet und unkonstruktiv, weil sie unsere analytische, das Individuum favorisierende Denkweise repräsentiert, und den sozialen, migrationsgeschichtlichen

³⁶⁹ Branik; Mulhaxha 2000:190f.

und kulturellen Hintergrund des Kranken zu wenig berücksichtigt. Das Psyche/Soma-Konzept von Migrant/innen aus dem Südbalkan, in dieser Arbeit von albanisch- (gegisch)sprachigen Migrant/innen, ist kulturell von demjenigen von Westeuropäer/innen verschieden. Es könnte sich durchaus lohnen, auf die Körper- und Organsymbolisierungssprache näher einzugehen, wie beispielsweise auf die Bedeutungen von Unterbauchschmerzen bei Frauen oder von Schmerzen des unteren Wirbelsäulenbereiches bei beiden Geschlechtern.

Welches sind, aus der Sicht der Betroffenen, die Mängel in der Interaktion mit dem schulmedizinischen System?

Aufklärung und Transparenz

Aufgrund der dargelegten historisch-politischen Ausgangslage im Kosovo konnte die albanischstämmige Bevölkerung nur wenig Erfahrungen mit schulmedizinischen Institutionen sammeln. Oft beginnen die Kommunikationsprobleme im Aufnahmeland bereits, wenn ein festgesetzter Termin für eine Konsultation eingehalten werden sollte, da wenige Kenntnisse darüber bestehen, wie verpflichtend ein Arzttermin ist (vgl. Kapitel 2.2). Daher ist es wesentlich, über die medizinischen Institutionen aufzuklären. Das Beispiel von Frau B demonstrierte, dass das persönliche, ruhige Gespräch und die Besprechung von Unklarheiten trotz sprachlicher Barrieren im Kontakt mit dem Arzt an erster Stelle stehen sollte.

Diagnose, Therapie sowie sämtliche Aktivitäten, die im Zusammenhang mit dem Patienten stehen, müssen transparent gemacht werden. So soll auch erklärt werden, weshalb er an eine andere medizinische Instanz oder eine andere Fachperson weitergereicht wird, falls es denn notwendig ist.

Medizinische Fachpersonen werden, insbesondere wenn sie etwas älter sind – und insbesondere in den Spitälern –, von den Migrant/innen als Autoritäten angesehen. Autoritäten werden nicht offen kritisiert. Da keine Erfahrungen mit dem schweizerischen Gesundheitssystem gesammelt werden konnte, wird oft derjenige Arzt für kompetent gehalten, der viele Medikamente verschreibt: „Der Arzt hat sogleich erkannt, welche Krankheit ich habe, und hat mir die dafür nötigen Tabletten verschrieben.“ Ist der Arzt jedoch zurückhaltender mit der Medikation oder hat er nicht sogleich eine Diagnose zur Hand, wird er oft als unfähig angesehen. Auch hier erweist sich, wie wichtig ein transparentes Vorgehen ist, gerade auch der älteren Fachpersonen mit entsprechend grösserer Autorität. Ähnliches gilt auch für Spezialist/innen, da diese im Kosovo eine län-

gere Ausbildung als Allgemeinärzte absolvierten und ein höheres Gehalt erhielten (vgl. Kapitel 2.2).

Die Idealisierung des Arztes oder der Ärztin durch den Patienten stellt für erstere eine grosse Herausforderung dar. Sie führt nicht nur zu einer narzisstischen Verführung durch den Patienten, sondern erzeugt letztlich auch ökonomische Konsequenzen: Bei einer zurückhaltenden Abgabe von Medikamenten läuft der Arzt Gefahr, das Vertrauen des Patienten zu verlieren. Die Unkenntnis des Potentials und der Nebenwirkungen von Medikamenten kann dazu führen, dass diese bedenkenlos in zu hohen Dosierungen oder über zu lange Zeiträume eingenommen werden. Aufklärung und Information sind deshalb von erheblicher Bedeutung. Möglicherweise würde auf die Medikamente verzichtet, wenn man besser informiert wäre.

Je länger die Arzt-Patient-Beziehung jedoch anhält und je mehr Erfahrungen die Migrant/innen mit dem westlichen schulmedizinischen System im Laufe der Zeit sammeln, desto mehr weicht natürlich die anfangs illusionäre Haltung einer realistischeren.

Im Zusammenhang mit der modernen medizinischen Gesundheitsversorgung wird, wie oben erwähnt, von einer „stummen Medizin“ gesprochen:

- Die Problematik einer „stummen“ Medizin ist eine mehrfache: Nicht die Kommunikation steht im Vordergrund, sondern Tätigkeiten wie physikalische und physiologische Untersuchungen. Das Gespräch begleitet die Untersuchungen lediglich, es bildet einen Rahmen, dem mehr oder weniger Gewicht beigemessen werden kann. Zudem ist das Konsultationsgespräch nicht in der Alltagssprache gehalten, sondern reduziert auf einen gleichförmigen, normierten, medizinischen Jargon, der keinen Platz lässt für eine andere als die medizinische Sprache.
- Dass Konsultationsgespräche bei Migrant/innen kürzer als bei anderen Patient/innen verlaufen, legt die bereits angeführte Untersuchung von Brucks, von Salisch und Wahl dar (vgl. Kapitel 6.3.3.1).
- Die Gefahr eines unzureichenden Austausches besteht auch von der Seite des Patienten. Zu der medizinische Fachperson bestehen vertikale (schichtspezifische) wie auch horizontale (ethnische) Schranken. Unter diesen Bedingungen erstaunt es nicht, dass eine Arzt-Patient-Beziehung, die auf gleichwertigem sprachlichen Austausch beruht und in der Fragen und eine kritische Haltung Platz haben, nur schwer entstehen kann.

Die Aufrechterhaltung der Kommunikation ist also wesentlich für eine adäquate Behandlung: Die medizinische Fachperson muss nicht nur die Patientin ernst nehmen und ihr zuhören – was selbstverständlich sein sollte –, sondern während der gesamten Konsultation auch immer wieder in einfachen, verständlichen Worten mitteilen, was sie gerade macht und weshalb. So kann es nicht geschehen, dass der Patient sich lediglich daran erinnern kann, dass er „eine Spritze“ bekommen hat. Solche Ereignisse zeigen, dass der Patient über den Ablauf der Konsultation nicht genügend informiert worden ist. „Eine Spritze“ verabreicht zu erhalten, die zwar wirksam ist, über deren Inhalt und Wirkungen/Nebenwirkungen jedoch nicht hinreichend informiert wurde, fördert keineswegs eine realistische, verantwortungsbewusste Krankheitshaltung des Patienten. Es passt vielmehr in ein Weltbild, in dem der Doktor mit seinen „magischen“, da unbekannteren Praktiken die Krankheit erfolgreich wegzuzaubern vermag und beschwört die Allmacht des Arztes, während der Patient nichts zur Heilung beitragen muss.

Falls die Patientin wenig deutsch spricht, besteht ebenfalls die Gefahr, in eine „stumme Medizin“ zu verfallen und die Patientin zu instrumentalisieren. Auch wenn der Ärztin keine Fragen gestellt werden, muss es ihr unbedingtes Anliegen sein, im Dialog mit der Patientin zu bleiben, ohne dass ein Zwang entsteht. Grundlegend ist beispielsweise auch die zu Anfang der Konsultation zu stellende Frage, ob die Patientin lieber in hochdeutsch oder schweizerdeutsch angesprochen werden möchte. Einen sprachlichen Austausch unterstützen können auch nonverbale und paraverbale Hilfsmittel wie Bilder, Fotos, Zeichnungen, die einfache Zusammenhänge darstellen. Hasani empfiehlt, Sachverhalte auch mit Hilfe von anatomischen Modellen, etwa einem künstlichem Skelett etc. zu erklären. Er weist zudem darauf hin, dass die Patient/innen bei gewissen medizinisch-technischen Einrichtungen nicht wissen, ob sie einem diagnostischen oder therapeutischen Zweck dienen. So kann beispielsweise der Computertomograph für ein therapeutisches Instrument gehalten werden.

Hilfreiche Vorschläge für die Arzt-Patient-Interaktion im Kontext der Migrationsproblematik wurden bereits von anderen Autor/innen formuliert. So betonen etwa Salis Gross, Blöchliger, Moser et al. (1997), dass die Patienten-Biographie in Form von erzählten biographischen Episoden in Bezug zur medizinischen Anamnese gesetzt werden sollte. Die Autor/innen liefern unter anderem einen Fragen-Katalog zur Ergründung des Bedeutungskontextes der Krankheitserfah-

rung aus der Patienten-Perspektive und zeigen Handlungsmöglichkeiten auf in der ärztlichen Betreuung von Migrant/innen mit psychosozialen Problemen.

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass bei Migrant/innen mit Fluchtproblematik grösste Vorsicht bei der Frage nach biographischen Daten der Herkunfts- und Migrationsgeschichte angewendet werden muss, da beim Erzählen traumatisierende Ereignisse wieder aufbrechen können. Daten über Fluchtgründe sowie über die Flucht selbst werden bei einem Gesuch um Asyl vom Bundesamt für Flüchtlinge in Interviews mehrmals befragt und überprüft. Der Flüchtling kann sich leicht wieder in einer Befragungssituation wähnen, die retraumatisierend sein kann. Zudem weiss er zuwenig über die staatlichen und medizinischen Institutionen im Aufnahmeland Bescheid, um sicher zu wissen, dass keine Verknüpfung zwischen ihnen besteht.

Die Frage nach belastenden Umwelt-Faktoren

Fragen nach der Erwerbstätigkeit (oder Arbeit im Haushalt und mit den Kindern) sind angebracht und können entlastend wirken. Da der unsichere Aufenthaltsstatus krankheitsfördernd ist, kann behutsam nach dem Status gefragt und danach, wie der Migrant diese schwierige Situation zu bewältigen versucht.

Drückt eine Patientin ihre Leiden auf der somatischen Ebene aus, soll auch auf diese Ebene eingegangen werden, denn hier erweist sich die Patientin als offen und ansprechbar, hier besteht, wie oben ausgeführt, ein Feld, in der Kommunikation unbeschränkt möglich und sinnvoll ist.

Falls der Patient oder die Patientin sein/ihr Leiden als rein somatisch versteht, sollte man zurückhaltend sein mit der Überweisung an psychiatrische bzw. psychotherapeutische Fachpersonen oder an entsprechende Institutionen. Der Fall von Frau B zeigt, dass gegenüber psychiatrischen Institutionen grosse Vorbehalte bestehen. Psychisch Kranke sind im Herkunftsland stigmatisiert. Unter diesen Voraussetzungen ist es nachvollziehbar, dass ambulante Untersuchungen in einer psychiatrischen Klinik, wo man scheinbar mit stationären psychisch kranken Patient/innen gleichgesetzt wird, kränken und eine abwehrende Einstellung verursachen können, welche der Arzt-Patient/innen-Beziehung nicht förderlich ist.

Von wesentlicher Bedeutung sind professionelle Dolmetscher. Es sollte kein Zweifel darüber bestehen, dass das Arztgeheimnis von diesen strikt gewahrt wird. Gerade bei traumatisierten oder sonst psychisch beeinträchtigten Personen werden gut ausgebildete Dolmetscher benötigt, die mit heiklen Situationen umgehen können und sich ihrer persönlichen psychischen Grenzen bewusst

sind. In bestimmten Situationen, wie beispielsweise nach einer Vergewaltigung oder anderen massiven Verletzungen der persönlichen Integrität, kann es aus Gründen der Verschwiegenheit angezeigt sein, dass eine nicht-albanische Übersetzerin, beispielsweise aus Bosnien-Herzegowina oder Kroatien, beigezogen wird, falls die Patientin ihre Sprache spricht (vgl. Kapitel 2.3.1). Ist ein Übersetzer zugegen, können in das Gespräch auch kleine Geschichten, Metaphern etc. eingewoben werden, die einen Sachverhalt erklären können. Die Patientin kann dann Vergleiche anstellen und das Neue mit bereits Bekanntem verknüpfen. Selbstverständlich sind gleichgeschlechtliche Übersetzungspersonen bei medizinischen Konsultationen vorzuziehen.

Sinnvoll ist auch das von verschiedenen Seiten empfohlene Führen einer Patienten-Agenda, in der alle Arzt- und Spitaltermine und alle konsultierten Adressen notiert werden, damit der Arzt sich einen Überblick über den Verlauf der Krankheits- und Therapie-Geschichte der Patientin verschaffen kann. Sinnlose, zeit- und ressourcenraubende Wiederholungen von Untersuchungen und Informationsbeschaffung können so vermieden werden. Damit kann auch ein Teil der (Leidens-)geschichte erinnert, symbolisch zusammengehalten und ein Stück weit begleitet werden.

Krankheit besitzt immer auch eine soziale Dimension. Ist ein Familienangehöriger schwer krank, führt dies zu einer starken Belastung für die ganze Familie, denn Angehörige, auch der älteren Generation, werden so lange wie möglich zuhause gepflegt. Insbesondere kranke ältere Familienmitglieder und kranke Kinder werden mit viel Liebe und Fürsorge behandelt, nicht nur, weil eine Stigmatisierung in der *community* droht. Selbst wenn mit der Pflege eines Schwerkranken die Grenzen der Belastbarkeit erreicht werden, tut sich eine Familie schwer damit, den Angehörigen in externe Pflege zu übergeben. Anders verhält sich jedoch die Sache, wenn sich eine Fachperson für eine Überweisung entscheidet. Die Verantwortung kann dann abgegeben werden: „Wir waren zwar dagegen, aber die Ärztin wollte es so. Wir müssen uns ihr fügen, denn sie ist ja die Spezialistin.“ Der Entscheid der Fachperson kann also entlastend wirken, auch wenn die Familie von sich aus den Wunsch einer Entlastung nicht äussert. Auch in anderen Bereichen sind solche Erleichterungen möglich.

Um die fehlenden Kenntnisse auf dem vielfältigen Gebiet der medizinischen Institutionen auszugleichen, müssten Anlauf- und Beratungsstellen eingerichtet werden, um die Hemmschwelle, eine medizinische Stelle zu kontaktieren, herabsetzen zu helfen.

Neben spezifisch westlichen anatomischen Vorstellungen des Körpers und der dazugehörigen Dichotomie zwischen Psyche und Soma bestehen ja, wie beispielsweise in 5.4 erwähnt, Fragmente von alten, galenischen oder humoralpathologischen Körperkonzepten (und anderen), die sich beispielsweise in anatomischen Begriffen wie „weisse und schwarze Leber“ für Lunge und Leber oder in einer dynamischeren Körpervorstellung äussern. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass das schweizerische Gesundheitssystem sich auf dem Weg befindet, auch andere medizinische Richtungen wie Homöopathie oder Traditionelle Chinesische Medizin zu entdecken, sie in die Schulmedizin zu integrieren und ihnen damit einen gebührenden Platz zuzuordnen. In diesem Sinn können alte galenmedizinische oder andere traditionelle südbalkanische Vorstellungen zu einer Erweiterung unserer Kenntnisse und unserer Erfahrungen über Gesundheit, Ernährung und Krankheit beitragen. Allerdings wird solches Wissen, falls es beispielsweise über Begrifflichkeiten auftaucht, auch durch Angehörige einer gebildeteren Schicht der kosovo-albanischen *community* (beispielsweise durch den anwesenden Dolmetscher) als hinterwäldlerisch abgewertet. Insbesondere bei langwierigen psychischen Beeinträchtigungen wie auch beispielsweise bei Epilepsie wird bisweilen neben dem schweizerischen Gesundheitssystem ein traditioneller Heiler oder eine traditionelle Heilerin konsultiert. Im Kontakt mit Medizinalpersonen wird jedoch nicht über Beziehungen zum volksmedizinischen Sektor gesprochen. Im Sinn einer transparenten und teamorientierten Herangehensweise können Betroffene auf solche Kontakte angesprochen werden, eine gute Vertrauensbasis vorausgesetzt. Es könnte auch einem Heilkundigen die Möglichkeit eingeräumt werden, einen Patienten im Spital oder in der Klinik zu besuchen, falls die Betroffenen dies von sich aus wünschen.

8 Zusammenfassung

„Ich hörte das Gurren der Turteltauben, sah durch das Fenster hinaus zu der Palme im Hof unseres Hauses und wusste: das Leben ist noch in Ordnung. Ich betrachtete ihren starken geraden Stamm, ihre in den Boden geschlagenen Wurzeln, die grünen Wedel, die um ihr Haupt wallten, und spürte Zuversicht. Ich fühlte, dass ich keine Feder im Wind war, sondern, wie diese Palme, ein Wesen mit einer Herkunft, mit Wurzeln und mit einem Ziel.“³⁷⁰

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine ethnopsychoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken Arbeitsmigrant/innen und Asyl Suchenden aus der Region des Kosovo im ehemaligen Jugoslawien. Dabei wird der Frage nach den Ursachen und Bedingungen nachgegangen, die vor, während und nach dem Migrationsprozess die Krankheit und ihre Chronifizierung mitbedingt und gefördert haben.

Im theoretischen Teil wird zunächst die in den letzten Jahrzehnten von Repression und Konflikten geprägte Geschichte der kosovo-albanischen Bevölkerung ausgeführt, anschliessend die ethnologischen Aspekte der patriarchalen kosovo-albanischen Gesellschaft behandelt. Die Geschichte der Kosovo-Albaner/innen in der Schweiz der letzten dreissig Jahre vervollständigt dieses Kapitel.

Die ethnopsychoanalytische Ausrichtung der Arbeit und das Thema „Krankheit“ erfordert eine eingehende Untersuchung sowohl der bisherigen medizinethnologischen wie auch der bestehenden ethnopsychologischen Forschungen mit Schwerpunkt Psychoanalyse. Die Prozesse der Migration werden anhand verschiedener ethnopsychologischer Modelle beleuchtet. Dabei werden im speziellen die Arbeiten von Hettlage-Varjas und Hettlage angeführt, die sich auf die Thesen Grinberg und Grinbergs sowie Winnicotts abstützen und diese erweitern. Es folgt eine Darstellung der theoretischen Grundlagen zur ethnopsychoanalytischen Methode, wie sie auch bei den Fallstudien für die vorliegende Arbeit Gültigkeit haben.

Ein ethnographisches Kapitel über traditionelle Krankheits- und Therapiekonzepte führt ein in die im Südwestbalkan bestehenden Vorstellungen über Körper und Seele und in das reiche traditionelle Wissen über Gesundheit und Krankheit, Prophylaxe und Therapie. Es wird auch diskutiert,

inwiefern diese Ressourcen in der Migrationssituation genutzt werden und inwieweit sie die westliche Schulmedizin ergänzen könnten.

Im empirischen Teil der Arbeit werden in den Fallvignetten unter anderem eigene Erfahrungen bei den regelmässigen Hausbesuchen thematisiert, die, gestützt auf eine Supervision, einen tiefen ethnopsychoanalytischen Einblick in die Leidensgeschichte der Schmerz- und chronisch Kranken gestatten. Es zeigt sich, dass chronifizierter Schmerz – und anderer körperlicher Krankheitsausdruck – nicht nur Ergebnis ist des einschneidenden Migrationsprozesses, sondern häufig auch von langjähriger sozialer, rechtlicher und ethnischer Marginalisierung im Aufnahmeland, in Kombination mit individuellen Dispositionen und ethnohistorischen Bedingungen.

Die Diskussion über die Grenzen der westlichen Psychotherapeutischen Methode bei einer Krankheitspräsentation, die in körperlicher Form die kollektiv-familiären, sozialen und ethnischen Gegebenheiten mit ausdrückt, schliesst die Arbeit ab.

³⁷⁰ Salich 1998:8. Bei der Ich-Figur handelt es sich um einen Mann, der nach langen Arbeitsjahren in Frankreich in den Sudan zurückkehrt.

9 Bibliographie

- ABAZI, B. (2002): Umgang mit Patientinnen und Patienten aus der kosova-albanischen Kultur. Manuskript des Vortrages vom 7.03.02 in den Externen Psychiatrischen Diensten Bruderholz, Basel
- AGOSTI, R. M. (2000): Schmerzarbeit am runden Tisch. Magazin Universität Zürich Nr. 4, p17ff
- AKTUELLE LANDKARTE (1999): Das Kosovo – von der „Wiege der serbischen Nation“ zum UNO-Protectorat. Abb.2, Nr. 9, 46.Jg, Cornelsen Verlag, Berlin
- BACKER, B. (1979): Behind the stone walls. Changing Household Organizations among the Albanians in Yugoslavia. PRIO-Publication S8, Oslo
- BACKER, B. (1983): Mother Sister Daughters Wife: The Pillars of the Traditional Albanian Patriarchal Society. In: BO, U. (Hg.): Women in Islamic Societies. Atlantic Highlands, p48-65
- BATES, M. S.; EDWARDS, T. W.; ANDERSON, K. S. (1993): Ethnocultural Influences on Variation in Chronic Pain Perception. In: Pain, 52, p101-112
- BAZZI, D.; SCHÄR SALL, H.; SIGNER, D. et al. (2000): Fluchten, Zusammenbrüche, Asyl. Fallstudien aus dem Ethnologisch-Psychologischen Zentrum in Zürich. Argonaut Verlag, Zürich
- BECKER, G.; BEYENE, Y.; NEWSOM, E. M. et al. (1998): Knowledge and care of chronic illness in three ethnic minority groups. In: Family Medicine 30(3), p173-8
- BEY VLORA, E. (1956): Verbreitung und Geltungsdauer des albanischen Gewohnheitsrechts. In: Zeitschrift für vergleichende Rechtswissenschaft 58 (1956), p196-198
- BION, W. R. (1997): Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- BOURDIEU, P. (1979): Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- BRANIK, E.; MULHAXHA, A. (2000): Zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Hochschwarzwald-Klinik St. Blasien. In: Heise, T. (Hg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. VWB-Verlag, Berlin, p185-199
- BRINGA, T. (1996): Being Muslim the Bosnian Way. Identity and Community in a Central Bosnian Village. Princeton University Press. Princeton, NJ
- BRUCKS, U.; VON SALISCH, E.; und WAHL, E. B. (1987): Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Deutsche und ausländische Patienten in der ambulanten Versorgung. E. B. Verlag, Rissen, Hamburg

- BUERGEL, J. C. (1976): Secular and Religious Features of Medieval Arabic Medicine. In: Leslie, C. (Hg.): Asian Medical Systems. A Comparative Study. University of California Press, Berkeley, Los Angeles CA, London, p44-62
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (1996): Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. 2. Auflage, Liebefeld
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2000): Ausländer/innen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2000. Neuenburg
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (2003): Ausländer/innen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2003. Neuenburg
- COLLATZ, J. (2001): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrant/innen und Migranten. In: Hegemann, T.; Ramazan, S. (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, p52-63
- DANICIC, Ljuba T. (1910): Das Hemd in Glauben, Sitte und Brauch der Südslawen. In: Anthropophyteia 7, Leipzig
- DE ROSNY, E. (1981): Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun), Plon, Paris
- DENICH, B. S. (1974): Sex and Power in the Balkans. In: Rosaldo, M.; Lamphere, L. (Hg.): Woman, Culture and Society, Stanford p243-262
- DEVEREUX, G. (1973) [1967]: Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Carl Hanser Verlag, München
- DEVEREUX, G. (1982) [1973]: Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- DUDEN (1992): Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke, Duden Verlag, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich
- DUDEN (1996): Deutsches Universalwörterbuch. Duden Verlag Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich, p1749
- DUKOVA, U. (1980): Gemeinsame Termini in der Folklore der Balkanvölker. Euphemistische Bezeichnungen der Bergfeen und von ihnen hervorgerufener Krankheiten. In: Linguistique Balkanique XXIII, 2, Sofia, p10
- DUNDES A. (1987): Parsing through Customs. The University of Wisconsin Press, Madison, London
- EARLY, E. (1988): The baladi curative system of Cairo, Egypt. In: Culture, Medicine and Psychiatry 12 (1), p65-83

- EDWARDS, R. R.; DOLEYS, D. M.; FILLINGIM, R. B. et al. (2001): Ethnic Differences in Pain Tolerance: Clinical Implications in a Chronic Pain Population. In: Psychosomatic Medicine, 63, p316-323
- ELIADE, M. (1975): Schamanismus und archaische Ekstasetechnik. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- ELSIE, R. (2001): Der Kanun. Dukagjini Publishing House, Peja
- ENDE, M. (1973): Momo: oder die seltsame Geschichte von den Zeit-Dieben und von dem Kind, das den Menschen die gestohlene Zeit zurückbrachte. Thienemann, Stuttgart
- ERDHEIM, M. (1982): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopschoanalytischen Prozess, Frankfurt a. M.
- ERDHEIM, M. (1988): Die Psychoanalyse und das Unbewusste in der Kultur. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- ERDHEIM, M. (2001a): Zur Notwendigkeit des Generationenkonfliktes. Die Anerkennung des Gesetzes in der Adoleszenz. In: Ödipale Passagen. Von den Frühformen des Ödipalkomplexes zur Anerkennung des Gesetzes. Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse 29/30, Kassel, p13-30
- ERDHEIM, M. (2001b): Omnipotenz als Möglichkeitssinn. In: Freie Assoziation 4; 1, Münster, p7-22
- FAHRAEUS, R. (1967): Grundlegende Fakten über die Pathologie der Körpersäfte und ihre Relikte in Sprache und Volksmedizin. In: Grabner, E. (Hg.): Volksmedizin, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, p444-458
- FELBER-VILLAGRA, C. (1993): Das Gespenst der Politik in der Psychoanalyse. In: Moehring, P.; Apsel, R. (Hg.) Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Brandes & Apsel, Frankfurt a. M.
- FREUD, S. (1985): Le clivage du moi dans les processus de défense. Aus einem Manuskript von 1940. In: Résultats, idées, problèmes. Tome II, PUF, p283-286 Paris
- GARZA-GUERRERO, C. A. (1974): Culture Shock. Its Mourning and The Vicissitudes of Identity. Journal of American Psychoanalytic Association, Bd. 22 (1), p408-429
- GAY, D. (1999): „La religion des Albanais, c'est la nation". La reconstruction de l'identité albanaise en situation migratoire. Interdialogos, 1, p10-13
- GILMORE, D. D. (1987): Honour and Shame and the Unity of the Mediterranean, American Anthropological Association, Washington DC
- GJECOV, S. (1989) [1933]: Kanuni i Leka Dukagjinit: The Code of Leka Dukagjini (Übersetzung von L. Fox), New York
- GOOD, B. J. (1990): Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge University Press, Cambridge
- GOSPOJA, M. A. (1910): Forschungsreisen. In: Anthropophyteia 7, Leipzig, p407-415

- GREENWOOD, B. (1981): Cold or spirits? Choice and Ambiguity in Morocco's Pluralistic Medical System. In: *Social Science Medicine*, 15B, p219-235
- GRINBERG, L.; GRINBERG, R. (1990): *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. Frankfurt a. M.
- GROTTIAN, G. (1985): Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bei Frauen aus der Türkei. in: Collatz, J.; Kürsatz-Ahlers, E.; Korporal, J. (Hg.): *Gesundheit für alle*, Hamburg, p285f
- GROTTIAN, G. (1986): Die Probleme von Frauen aus der Türkei beim Umgang mit medizinischen Diensten. In: *Curare*, Vol.9 p143-148
- HÄCKER, H.; STAPF K. H. (Hg.) (1998): *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Hans Huber Verlag, Bern
- HARTMANN KUNKEL, B. (1996): *Kosovo-Albanische Familien in der Schweiz*. Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich, Zürich
- HASANI, X.; BERISHA, T. (2000): *Das Gesundheitssystem Kosovos. Volksheilkunde und Rituale*. Handbuch für Fachleute des Gesundheits- und psychosozialen Bereichs. Schweizerisches Arbeiterhilfswerk, Zürich
- HEINE, P. (1989): *Ethnologie des Nahen und Mittleren Ostens. Eine Einführung*. Dietrich Reimer Verlag, Frankfurt a. M.
- HELMAN, C. G. (1983): *Culture, Health and Illness*. Wright, Bristol, London, Boston
- HERZER, H. (2000): Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. In *Zeitschrift: Schweizerische Ärztezeitung*, 81/47, p2668-2672
- HETTLAGE-VARJAS, A.; HETTLAGE, R. (1995): Übergangside ntitäten im Migrationsprozess. In *Zeitschrift für Frauenforschung*. 13. Jg. 3. Kleine Verlag, Bielefeld
- HOESCH, E. (1988): *Geschichte der Balkanländer. Von der Frühzeit bis zur Gegenwart*. C. H. Beck, München, p86
- ISRAEL, L. (1983): *Die unerhörte Botschaft der Hysterie*. Reinhardt, München, Basel, p11, 24
- IASP (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN) (1986): Subcommittee on Taxonomy, Classification of Chronic Pain. In: *Pain* 1986, 3:216-221
- JAEGGI, C. J. (1997): *Türkisch- und Albanischsprechende Muslime in der Innerschweiz. Ergebnisse einer explorativen Studie über Identität und Integration von religiösen und ethnischen Minderheiten in der Innerschweiz. 2. Teil: Religiöse Identität und die Rolle der Religion in der Integration*. Verlag inter-edition, Meggen
- JELLOUN, T. B. (1986): *Die tiefste aller Einsamkeiten. Das emotionale und sexuelle Elend nordafrikanischer Immigranten*. Stroemfeld Roter Stern, Hamburg, Basel
- JUNG, C. G. (1978): *Gesammelte Werke*, Bd 13, Verlag Walter, Olten, Freiburg i. Br.

KAKAR, S. (1984) [1982]: Schamanen, Heilige und Ärzte. Psychotherapie und traditionelle indische Heilkunst. Biederstein, München

KEEL, P. (2001): Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role? In: Yilmaz, A. T.; Weiss, M. G.; Riecher-Rössler, A. (Hg.): Cultural Psychiatry: Euro International Perspectives. Bibl. Psychiatr. Nr 169, Karger Basel p117-125

KEMP Ph. (1987) [1935]: Healing Ritual. Studies in the Technique and Tradition of the Southern Slavs. Faber and Faber, London

KEREWSKY-HALPERN, B. (1985): Trust, Talk and Touch in Balkan Folk Healing. in: Social Science and Medicine, Vol. 21, No. 3, Oxford, p319-325

KEREWSKY-HALPERN, B. (1987): The Complementarity of women's ritual roles in a patriarchal society. in: Reiter, N. (Hg.): Die Stellung der Frau auf dem Balkan. Beiträge zur Tagung vom 3.-7. September 1985 in Berlin. Otto Harrassowitz, Wiesbaden, p123-131

KIESEL, D.; KRIECHHAMMER-YAGMUR, S.; VON LÜPKE, H. (1994): Kränkung und Krankheit. Psychische und psychosomatische Folgen der Migration. Haag und Herchen, Frankfurt a. M.

KILCHER, A. (2002): „Alles Schmerz“ Probleme in der hausärztlichen Betreuung von Migrant/innen mit chronischem Schmerzsyndrom. Lizenziatsarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich, Zürich

KLEINMAN, A. (1980): Patients and Healers in the context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London

KNÜSEL, O. (2000): Immigrationskreuzschmerz im aktuellen Kontext mit dem Balkankonflikt. In: Schweizerische Ärztezeitung 81, Nr. 47, p2641-2642

KOEN, E. (1986): Kranksein und Migration in Europa. Eine sozial- und ethnomedizinische Bestandaufnahme. In Curare 9/86, p129-136

KOEN-EMGE, E. (1988): Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei. Medizin. Dissertation Universität Hamburg, Hamburg

KOOL, J. (2000): Die Interpretation starker chronischer Rückenschmerzen im Kontext der Nationalität. In: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 47, p2657

KOOL, J.; OESCH, P.; BACHMANN, S. (2000): Ist die Nationalität prädiktiv für die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit und für das Rehabilitationsresultat? In: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 47, p2656

KOOP, H. G.; WILLI, J.; KLIPSTEIN, A. (1997): Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil 1: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen am Beispiel von chronischen Schmerzpatienten). In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 127, p1380-1390

Koran, der (Elektronische Daten) (2001): Übersetzung und Kommentar von Paret, R., Directmedia Publishing, Berlin

KRISTIC, A. (1967): Fragmente aus der Volksmedizin Bosniens und der Herzegowina. In: Grabner, E. (Hg.): Volksmedizin, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, p345-361

KROEGER, A.; KOEN, E.; WEBER, W. et al. (1986): Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeiterfamilien. Universität Heidelberg, Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Heidelberg

KRONSTEINER, R. (1995): Wenn die Worte fehlen, muss der Körper sprechen. Bewältigung und Hintergründe der Arbeitsmigration als psychische Krise. In: Ögrenelim, B. (Hg.): Frauen im Fremdland. Bildungsarbeit, Beratung und Psychotherapie mit Migrant/innen. Miteinander Lernen, Wien, p154-204

KÜNZLER, E. (1999) [1993]: Haben wir die falsche Brille? Zum westlichen Frauenbild von Muslim/innen. Ethno-Islamica 3, Ergon Verlag, Würzburg

KÜNZLER, E. (2003): Gesundheit und Krankheit bei kosovarischen Migrant/innen. Hinweise zur medizinischen Betreuung. In: Praxis, 92/6, Bern, p228-232

LAUB, D.; WEINE, S. (1994): Die Suche nach der historischen Wahrheit: Psychotherapeutische Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen. In: Psyche 1, 48Jg., Stuttgart p1101-1122

LEXIKON DER PSYCHOLOGIE (2000): o. Hg., Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin

LEYER, E. M. (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Westdeutscher Verlag, Opladen

LONCAREVIC, M. (1996a): MIR - Den Frieden und die innere Ruhe wiederfinden. In: Loncarevic, M; Kenny, U.: Heimatlos. Zwei Studien zur Migration und Integration. Argonaut, Zürich, p7-145

LONCAREVIC, M. (1996b): Bosnische Krankheitskonzepte. Unveröffentlichtes Manuskript.

McCRACKEN, L. M.; MATTHEWS, A. K.; TANG, T. S. et al. (2001): A Comparison of Blacks and Whites Seeking Treatment for Chronic Pain. In: Clinical Journal of Pain, Vol 17(3) p249-255

MECHANIC, D. (1962): The concept of illness behavior. Journal of Chronic Diseases 15, p189-194

MENTZOS, S. (1997): Die Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. Fischer, Frankfurt a. M.

MÖHRING, P. (1993): Anpassung als Krankheit. Der ethnopschoanalytische Zugang zur Krankheit. In: Ethnopschoanalyse 3. Körper, Krankheit und Kultur, Brandes & Apsel, Frankfurt a. M.

MÖHRING, P. (1995): Kultur, Krankheit und Migration. In: Möhring, P.; Apsel, R. (Hg.) Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Brandes & Apsel, Frankfurt a. M., p99

MOINUDDIN, A. G. (1984): Die Heilkunst der Sufis. Grundsätze und Praktiken. Bauer Verlag, Freiburg i. Br.

MOSER, C.; NYFELER, D., VERVEY, M. (Hg.) (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Seismo Verlag, Zürich

MÜLLER, Ch. (Hg.) (1995): Lexikon der Psychiatrie, Springer Verlag, Berlin

NADIG, M.(2000): Interkulturalität im Prozess. Ethnopschoanalyse und Feldforschung als methodischer und theoretischer Übergangsraum in: Lahme-Gronostaj, H.; Leuzinger-Bohleber, M.: Identität und Differenz zur Psychoanalyse des Geschlechterverhältnisses in der Spätmoderne. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden

NATHAN, T. (1994): L'influence qui guérit, Editions Odile Jacob, Paris

NATHAN, T. (1995) [1988]: Psychanalyse Païenne, Editions Odile Jacob, Paris

NEUE ZÜRCHER ZEITUNG (2001): Artikel „Die vergessenen Flüchtlinge aus Kosovo. Hoffnungslosigkeit unter den Vertriebenen in Serbien“ vom 5.9.2001, Zürich

NEUE ZÜRCHER ZEITUNG (2001): Artikel „Das viertgrösste Volk des Balkans“ vom 24.10.2001, Zürich

NEUE ZÜRCHER ZEITUNG (2002): Artikel „Gefährlicher Stillstand im Kosovo / Internationaler Aktivismus – fehlende Perspektiven“ vom 09.02.2002, Zürich

NEUE ZÜRCHER ZEITUNG (2002): Artikel „Die WHO will die traditionelle Medizin fördern“ vom 17.5.2002, Zürich

NEUE ZÜRCHER ZEITUNG (2003): Artikel „Zweite Ausländergeneration diskriminiert. Untersuchung mit fingierten Stellenbewerbungen“ vom 1.11.03, Zürich

NICOLAS, M. (1972): Croyances et pratiques populaires turques concernant les naissances (Région de Bergama). Publication orientaliste de France, Paris

NINCK GBEASSOR, D.; SCHÄR SALL, H.; SIGNER, D. et al. (1999): Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Dietrich Reimer, Berlin

NORRIS, H. T. (1993): Islam in the Balkans. Religion and Society between Europe and the Arab World. University of South Carolina Press, Columbia SC

OBRIST VAN EEUWIJK, B.; HIRSCH, L. S. (1992): „Ich möchte mit meiner eigenen Hilfe auskommen, aber es geht nicht.“ Medizinethnologische Studie über Krankheitserfahrungen türkischer und kurdischer Menschen in der Region Zürich. Schweizerisches Arbeiter/innenhilfswerk, Zürich

ÖZELSEL M. M. (1990): Gesundheit und Migration. Eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei. Profil Verlag, München

- OKUMUS, E.; ZEUGIN SEZER, S. (1991): Zum 'Hoca' oder ins Spital? Beratungsstelle für türkische und kurdische Frauen in Basel. In: Soziale Medizin 2/91, Basel, p14-17
- PARIN, P.; PARIN-MATTHEY, G.; MORGENTHALER F. (1993): Die Weissen denken zuviel. Psychoanalytische Untersuchungen bei den Dogon in Westafrika. Europäische Verlagsanstalt, Hamburg
- PARMELEE, D. E. (1989): Yugoslavia: Health Care under Self-Managing Socialism. In: Field, M. (Hg.): Success and Crisis in National Health Systems: a Comparative Approach. Routledge, New York, p165-191
- PERISTIANY, J. G. (1965): Honour and Shame. The Values of Mediterranean Society. University of Chicago Press, Chicago
- PETERSEN, A. (1995): Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. In: Curare 18/2, p531-540
- PFLEIDERER B.; GREIFELD, K.; BICHMANN, W. (1995): Ritual und Heilung. Eine Einführung in Ethnomedizin. Dietrich Reimer Verlag, Berlin
- POUILLON, J. (1972): Doctor and Patient: Same and/or the Other? (Ethnological Remarks) in: The Psychoanalytic Study of Society, Vol. 5, International University Press, New York, p9-32
- PRESS, I. (1980): Problems in the definition and classification of medical systems. Social Science and Medicine, 14B, p45-57
- PROTOKOLL AUSTAUSCHFORUM (2002): Migrant/innen mit chronischem Schmerzsyndrom, unveröffentlichtes Protokoll vom 28.2.2002, initiiert von Anne Kilcher, Universität Zürich, Zürich
- ROEDER, F.; OPALIC, P. (1987): Der Einfluss des Hodschas auf türkische psychiatrische Patienten in der Bundesrepublik - Eine Auswertung klinischer Fallbeispiele. Psychiatrische Praxis 14, p157-162
- RÜB, M. (1999): Kosovo. Ursachen und Folgen eines Krieges in Europa. Deutscher Taschenbuch-Verlag, München
- SABBIONI, M.; SALIS GROSS, C.; SEILER, U. (1999): Le traitement de la douleur chez les patients migrants: perspective interdisciplinaire. In: Darioli, R. (Hg.): L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise. Editions Médecine & Hygiène, Genève, p41-54
- SACHS, L. (1983): Evil Eye or Bacteria. Turkish Migrant Women and Swedish Health Care. Stockholm Studies in Social Anthropology. Gotab, Stockholm
- SALICH, T. (1998): Zeit der Nordwanderung. Lenos Verlag, Basel
- SALIS GROSS, C.; BLÖCHLIGER, C.; MOSER, C. et al. (1997): Die Arzt-Patienten Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Schlussbericht, Schweizerisches Tropeninstitut, Basel, p887-894

SALIS GROSS, C.; LONCAREVIC, M. (1999): Gesundheitsstrategien in den türkisch/kurdischen und bosnischen communities: Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Haushaltbegleitung (community study). NFP 39, Schweizerisches Tropeninstitut Basel / Institut für Ethnologie der Universität Bern, Bern

SCHACHT, L. (1996): Die früheste Kindheitsentwicklung und ihre Störungen aus der Sicht Winnicotts. In: UEXKÜLL, Th. v. (Hg.) Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzen, München, Wien, Baltimore, p206-221

SCHÄR-SALL, H. (1999): Überlebenskunst in Übergangswelten. In: Ninck Gbeassor, D.; Schär Sall, H.; Signer, D.; Stutz, D.; Wetli, E.: Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Dietrich Reimer, Berlin, p77-108

SCHEPER-HUGHES N.; LOCK M. (1987): The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. Medical Anthropological Quarterly, 1, p6-41

SCHIFFAUER, W. (1991): Die Migranten aus Subay. Klett Cotta, Stuttgart

SCHIMMEL, A. (1990): Volksfrömmigkeit. In: Antes, P.; Cancik, H.; Gladigow, B. et al. (Hg.) Der Islam III. Islamische Kultur – Zeitgenössische Strömungen – Volksfrömmigkeit. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, p242-265

SCHMIDT-NEKE, M. (1993): Geschichtliche Grundlagen. In: Grothusen, Klaus-Detlev (Hg.): Südosteuropa-Handbuch, Band VII, Albanien. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich, p26-37

SCHUBERT, G. (1984): Textilien als magische Mittel zur Verhütung und Heilung von Krankheiten im südöstlichen Europa. In: Zeitschrift für Balkanologie, Jg 20, p91-121

SCHUBERT, G. (1987): Die Frau in der Volksheilkunde auf dem Balkan. In: Die Stellung der Frau auf dem Balkan, Otto Harrassowitz, Wiesbaden, p219-231

SCHUBERT, G. (1989): Farbsymbolik auf dem Balkan (Bei Türken und Südslawen) In: Sagaster, K.; Eimer, H. (Hg.): Religious and Lay Symbolism in the Altaic World and other Papers. Otto Harrassowitz, Wiesbaden, p341-360

SCHUBERT, G. (1993): Die Frau in der volkstümlichen Vorstellungswelt der Völker im Donau-Balkan-Raum. in: Grabmüller, U.; Katz, M. Zwischen Anpassung und Widerspruch: Beiträge zur Frauenforschung am Osteuropa-Institut der Freien Universität Berlin. Otto Harrassowitz, Wiesbaden, p139-165

SCHUKALLA, K. J. (1993): Albanien. In: Grothusen, K. D. (Hg.) Südosteuropa Handbuch Band VII, Handenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich, p516-522

SCHWANDNER, S.(1996): Identität, Ehre und Staat in Nordalbanien. Zu den Grundlagen ethnizistischen Denkens und der Gewalt auf dem Balkan. In: Hardten, E.; Stanislavljevic, A. Tsakiris, D. (Hg.): Der Balkan in Europa, Lang, Frankfurt a. M., p77-102

SIGNER, D. (1999): Raum geben. Die Arbeit mit Asylsuchenden in psychischen Schwierigkeiten in den Foyers. In: Ninck Gbeassor, D.; Schär Sall, H.; Signer, D. et al.: Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Dietrich Reimer, Berlin, p13-32

STRASSER, S. (1995): Cincilik - eine Angelegenheit für die Heiler/innen? Zur Bedeutung von körperlichen Krisen der Frauen in einem türkischen Dorf. In: Miteinander Lernen (Hg.): Frauen im Fremdland. Wien, p205-223

STURM, G. (2000): Aktuelle Entwicklungen in der ethnopsychoanalytisch orientierten Psychotherapie in Frankreich. Der ethnopsychoanalytische Therapieansatz von Marie Rose Moro. Ethnopsychoanalyse Band 6, Brandes & Apsel, Frankfurt a. M. p218-238

TAPPER, N.; TAPPER, R. (1987): The birth of the Prophet. Ritual and Gender in Turkish Islam in: MAN, Vol.22, Nr.1, March 1987, p69-92

THALI, A.; STERN, S.; ROTHENBÜHLER, B. et al. (1996): Die Rolle psychosozialer Faktoren bei protrahierten und invalidisierenden Verläufen nach Traumatisierungen im unteren Wirbelsäulenbereich. In: Keel, P.; Perini, C.; Schütz-Petitjean, D. (Hg.): Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege. Eular-Verlag, Basel, p122-128

THEILEN, I. (1985): Überwindung der Sprachlosigkeit türkischer Patienten in der Bundesrepublik: Versuch einer ganzheitlichen Medizin mit türkischen Patienten als Beitrag zur transkulturellen Therapie. In: Collatz, J.; Kürsat-Ahlers, E.; Korporal, J. (Hg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Verlag Rissen, Hamburg, p292-337

TOLSTOJ, L. N. (1892): Krieg und Frieden. Band 2, Philipp Reclam jun., Leipzig

TURNER, D. C.; (1996): The Role of Culture in Chronic Illness. In: American Behavioral Scientist, Vol 39, p717-728

TURNER, V. (1989): Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur. Campus Verlag, Frankfurt a. M., New York

VAN GENNEP, A. (1909): Les Rites de Passage. Etude systématique des Rites, Paris

VAN MOFFAERT, M.; VEREECKEN, A. (1989). Somatization of psychiatric illnesses in mediterranean migrants in Belgium. In: Culture, Medicine and Psychiatry 13, p297-313

VON AARBURG, H.-P.; (2001): Arbeitstitel: Die kosovo-albanische Arbeits- und Asylnmigration in die Schweiz zwischen 1965 und 2000. Unveröffentlichter Schlussbericht zu Händen des Schweizerischen Nationalfonds, Zürich

VON GODIN, M. A. F. (1956): Das albanische Gewohnheitsrecht. Kanun i Lek Dukagjinit, in: Zeitschrift für vergleichende Rechtswissenschaft 56 (1953), p1-46, 57 (1954), p5-73, 58 (1956), p121-196, Verlag Recht und Wirtschaft GmbH, Frankfurt a. M.

VON UEXKÜLL, T.; WESIAK, W. (1979): Realität - soziale Wirklichkeit - und der diagnostisch-therapeutische Zirkel. In: Von Uexküll, T. et al. (Hg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, p72-92

VRANJES, N.; BISIG, B.; GUTZWILLER, F. (1995): Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 des Bundesamtes für Statistik, Bern

WEISS, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo, Zürich

WHITAKER, I. (1976): Familial Roles in the Extended Patrilineal Kingroup in Northern Albania. In: Peristiany, L. G. (Hg.): Mediterranean Family Structures. Cambridge University Press, London, New York, Melbourne, p195-202

WINNICOTT, D. W. (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Kindler Verlag, München

WINNICOTT; D. W. (1979): Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart

WINNICOTT, D. W. (1990): Der Anfang ist unsere Heimat. Essays zur gesellschaftlichen Entwicklung des Individuums. Klett-Cotta, Stuttgart

WOODRUFF, R. A.; MURPHY, G. E.; HERJANIC, M. (1967): The Natural History of Affective Disorders: 1. Symptoms of 72 Patients at the Time of Index Hospital Admission. Journal of Psychiatric Research, 5, p255-263

ZBOROWSKI, M. (1969): People in Pain. Jossey-Bass, San Francisco C.A. zit. in Craig, K. D.; Wyckoff, M. G. (1987): Cultural Factors in Chronic Pain Management. In: Burrows, G. D.; Elton, D.; Stanley, G. V. (Hg.): Handbook of Chronic Pain Management, Elsevier, Amsterdam, New York, Oxford, p101

ZETKIN, M.; SCHALDACH, H. (Hg.) (1992): Wörterbuch der Medizin. Ullstein Mosby, Berlin, p2262

ZIMMERMANN, E. (1986): Inkompatibilität von Krankheitskonzepten und transkulturelle Missverständnisse. In: Curare Vol. 9, p149-154

Lebenslauf

Personalien

Name: Künzler Amacher Eva
Geburtsdatum: 11. Dezember 1959 in Winterthur ZH
Wohnort: Reiserstrasse 53, 4600 Olten SO
Zivilstand: verheiratet

Schulbildung / Ausbildung

1966 – 1972 Primarschule in Wildberg ZH, Wädenswil und Adetswil ZH
1972 – 1975 Sekundarschule in Bäretswil ZH
1977 – 1978 Lehre als Telegraphistin PTT, Telegraph Zürich
1981 – 1984 Kantonale Maturitätsschule für Erwachsene, Zürich, Typus B
1985 – 1992 Studium der Anthropogeographie und Ethnologie an der Universität Zürich Irchel

Berufliche Tätigkeiten

1992 – 1993 Lehrbeauftragte für Geographie an den Kantonsschulen Rychenberg und im Lee Winterthur und Freudenberg Zürich
1994 – 1996 Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Projekt Bodenpreis-Statistik, Bundesamt für Statistik, Bern
1997 – 1997 Fachtherapeutische Mitarbeiterin, „Foyer für Asyl Suchende“ vormaliger Name des EPZ
1997 – 2000 Betreuerin, Durchgangszentrum für Asyl Suchende „Hofacker“, 8032 Zürich
2000 – 2002 Fachtherapeutische Mitarbeiterin, Ethnologisch-Psychologisches Zentrum EPZ, 8037 Zürich
2002 – 2005 Mitarbeiterin bei Swisscom Fixnet AG, Olten
2005 Coach für Jugendliche ohne Lehrstelle bei „Berufwahlplattform“ Region Olten