

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Transkulturelle Unterschiede bei
somatoformer Schmerzstörung - eine
Vergleichsstudie von Patienten mit
Herkunft aus dem ehemaligen
Jugoslawien und Österreich**

Aigner M, Piralic-Spitzl S

Freidl M, Prause W, Lenz G

Friedmann A

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2006; 7 (2), 38-42

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Transkulturelle Unterschiede bei somatoformer Schmerzstörung – eine Vergleichsstudie von Patienten mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich

M. Aigner¹, S. Piralić-Spitzl¹, M. Freidl¹, W. Prause¹, G. Lenz¹, A. Friedmann²

Transkulturelle Faktoren dürfen bei der somatoformen Schmerzstörung nicht außer acht gelassen werden. Ziel dieser Untersuchung ist es, diese Unterschiede zwischen Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien und Österreich bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung näher zu beschreiben.

Methode: In einem Case-Control-Design wurden 25 konsekutive Patienten an der Verhaltensmedizinischen Schmerzklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, mit „österreichischem“ Hintergrund (8 Frauen, Alter: $48,2 \pm 10,4$ Jahre) mit 25 alters- (± 2 Jahre) und geschlechtsgematchten Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien (8 Frauen, Alter: $48,0 \pm 10,0$ Jahre) verglichen. Die Untersuchung mittels Schmerzfragebögen und Fragebögen (Beck-Depressionsinventar [BDI], Whiteley-Index, WHO-QoL-Bref) und das strukturierte Interview (SKID-I und SKID-II für DSM-IV) erfolgten in der jeweiligen Muttersprache, d. h. Deutsch bzw. Bosnisch/Kroatisch/Serbisch.

Ergebnisse: Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich hochsignifikant hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik im BDI ($30,4 \pm 11,9$ vs. $21,1 \pm 12,3$; $p = 0,009$). Auch die hypochondrischen Ängste sind in der ex-jugoslawischen Patientengruppe signifikant stärker ausgeprägt. Die Patientengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien erfüllt zu 100 % die Kriterien einer affektiven Störung, die österreichische Patientengruppe zu 80 % ($p = 0,02$). Die Patientengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien weist mit 48 % signifikant häufiger eine posttraumatische Belastungsstörung auf. Hinsichtlich Angststörungen und Substanzabhängigkeit (Alkohol, Nikotin, Sedativa) unterscheiden sich beide Patientengruppen nicht signifikant. Im SKID-II zeigen sich bei der Patientengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien signifikant häufiger Cluster-A-Störungen (Schizoide/paranoide/schizotype Persönlichkeitsstörung). Die Lebensqualität ist insgesamt bei beiden Patientengruppen deutlich eingeschränkt. Die psychologische Lebensqualität der ex-jugoslawischen Patientengruppe ist signifikant vermindert gegenüber der österreichischen Patientengruppe.

Diskussion: Eine Ursache für die erhöhte Komorbidität im affektiven Bereich dürfte in den erhöhten Raten der posttraumatischen Belastungsstörung in der Patientengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien zu finden sein. Dies ist sicherlich im Zusammenhang mit den Kriegereignissen in Ex-Jugoslawien zu sehen. Im Hinblick auf die Unterschiede in den Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen dürfte es aber auch vorbestehende Faktoren geben, die als Vulnerabilitätsfaktoren gesehen werden können. Hier besteht noch Bedarf an weiterer Forschungstätigkeit.

Schlüsselwörter: Schmerz, somatoforme Schmerzstörung, transkulturell

Transcultural Differences in Somatoform Pain Disorder. A Comparative Study With Patients From the Former Yugoslavia and Austria. Introduction: In order to reach a better understanding of the causes and symptoms of somatoform pain disorders, transcultural aspects have to be taken into account. The aim of this study was to identify psychiatric differences between somatoform pain patients from the former Yugoslavia and Austria. The study was conducted at the Behavioural Medicine Outpatient Pain Clinic, Department of Psychiatry, Medical University of Vienna.

Method: With a case-control design, this study compared 25 consecutive chronic pain patients of Austrian ethnic origin (8 women, age: 48.2 ± 10.4 years) to 25 age- (± 2 years) and gender-matched chronic pain patients from the former Yugoslavia (8 women, age: 48.0 ± 10.0 years). The assessment of patients was based on a comprehensive pain questionnaire, the Beck Depression Inventory (BDI), the Whiteley Index (WI), the WHO-QoL-Bref questionnaire, and the Structural Clinical Interviews for DSM-IV (SCID-I and SCID-II). Patients were assessed according to their background either in German or in Bosnian/Croatian/Serbian language.

Results: Depressive symptomatology, as measured on the BDI, showed a highly significant difference between the two groups (30.4 ± 11.9 vs. 21.1 ± 12.3 ; $p = 0.009$). In addition to that, also hypochondrical concerns were significantly more pronounced among patients from the former Yugoslavia. 100 % of the ex-Yugoslav patients fulfilled the criteria for an affective disorder, as compared to 80 % ($p = 0.02$) in the Austrian control group. The ex-Yugoslav patients also showed a significantly higher incidence of PTSD (48 %). However, no significant difference was observed between both groups as regards anxiety disorders or substance dependency (alcohol, nicotine, sedatives). The results of SCID-II testing revealed a significantly higher rate of cluster A personality disorders among patients from the former Yugoslavia. Both patient groups reported a reduced quality of life, with the psychological quality of life level significantly lower among patients from the former Yugoslavia.

Discussion: High PTSD prevalence rates may be regarded as one of the potential causes for the high comorbidity with affective disorders among the ex-Yugoslav patients. This has to be put in context with the war in the Balkans during the 1990s. With regard to cluster A personality disorders, vulnerability factors are to be taken into account. Resolving this issue, however, still requires further research. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2006; 7 (2): 38–42.

Key words: pain, somatoform pain disorder, transcultural

Etwa zwei Drittel aller chronischen Schmerzpatienten* in einer Schmerzklinik leiden an einer somatoformen Schmerzstörung [1], eine chronische Schmerzstörung, bei der medizinische Faktoren alleine die Ausprägung der Schmerzen nicht ausreichend erklären und psychosoziale Faktoren eine auslösende oder verstärkende Funktion haben [2] (Tab. 1). In diesem Zusammenhang ist das Konzept der Somatisierung von Bedeutung. Unter Somatisierung wird heute ein Prozeß verstanden, in dem

der Patient physische Symptome erlebt, bei denen psychologischer Streß eine wesentliche Rolle spielt, die der Patient jedoch hauptsächlich auf physische Ursachen zurückführt und dafür medizinische Hilfe in Anspruch nimmt. Transkulturelle Faktoren, vor allem im Zusammenhang mit Migration als wesentlichem Stressor, können dabei eine wichtige Rolle einnehmen [3].

Mit 113.458 Personen stellen die Staatsbürger der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens die größte Gruppe ausländischer Staatsangehöriger in Wien dar. Damit kommen 44,2 % aller ausländischen Staatsbürger, die zum Zeitpunkt der Volkszählung 2001 ihren Hauptwohnsitz in Wien hatten, aus dem früheren Jugoslawien. Der überwiegende Teil – 68.796 Personen – entfällt auf Bürger aus Serbien-Montenegro. Mit einem Anteil von 26,8 % an der gesamten ausländischen Wohnbevölkerung und einem Anteil von 4,4 % an der gesamten Wiener

* Zur besseren Lesbarkeit wird im Text immer die männliche Form (Patient, Staatsbürger ...) verwendet. In diese Bezeichnung sind jedoch Männer und Frauen gleichermaßen eingeschlossen.

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie, ¹Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin und der ²Transkulturellen Ambulanz
Korrespondenzadresse: Dr. med. Martin Aigner, Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: martin.aigner@meduniwien.ac.at

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für die somatoforme Schmerzstörung im DSM-IV

- A Schmerz an einer oder mehreren anatomischen Stellen, die von ausreichender klinischer Relevanz sind.
 - B Der Schmerz verursacht klinisch signifikantes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen Bereichen, am Arbeitsplatz oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen.
 - C Psychologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle bei der Schmerzauslösung, der Aufrechterhaltung und dem Schweregrad der Schmerzen.
 - D Die Symptome sind nicht Ausdruck einer vorgetäuschten Störung.
 - E Der Schmerz ist nicht besser durch eine affektive Störung, eine Angststörung oder eine psychotische Störung erklärt und erfüllt nicht die Kriterien der Dyspareunie.
- Chronisch: Dauer von 6 Monaten oder länger.

Wohnbevölkerung sind sie damit auch die größte Gruppe ausländischer Staatsangehöriger in Wien. Mit einem Anteil von 6,3 % an der gesamten Wiener Wohnbevölkerung bilden Migranten aus Bosnien-Herzegowina die zweitgrößte Gruppe aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens und gleichzeitig die drittgrößte insgesamt. Kroatische Staatsangehörige bilden mit 16.704 die viertgrößte Gruppe ausländischer Staatsbürger in Wien [4]. Das bessere Verständnis des Somatisierungsprozesses bei Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien stellt also nicht nur ein individuelles Problem dar, sondern hat auch gesundheitspolitische Relevanz. Über die allgemeine gesundheitliche Situation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in Österreich und den Vergleich mit österreichischen Patienten sind nur wenige bzw. unzureichende Daten vorhanden. Vor allem liegen bis dato keine Publikationen vor, die auf muttersprachlichen Erhebungen basieren.

In der sprachlichen Kommunikation über den „Schmerz“ kommen immer auch Bedeutungszusammenhänge zum Ausdruck, die auf kulturell unterschiedliche etymologische Bezüge verweisen, mit denen das Wort „Schmerz“ in den verschiedensten Lebenszusammenhängen verstanden wird.

Berichte von Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien weisen darauf hin, daß Mitteilungen, Empfehlungen, Anordnungen und auch die durchgeführten Untersuchungen der Ärzte von den Migranten sehr häufig nicht genau verstanden werden. Vor allem Migranten, die aus dem ländlichen Raum stammen, zeigen mangelhaftes Wissen über Aufbau und Funktion des eigenen Körpers. Ihr Wissen über mögliche Ursachen von gesundheitlichen Beschwerden bzw. deren Verhinderung ist begrenzt [5, 6].

Bei komplexen Beschwerden, wie chronischen Schmerzen, die auch in der Muttersprache schwer in Worte zu fassen sind, ist die verbale Verständigung besonders schwierig, oder wie eine Patientin es ausdrückte: „Bei einfachen Problemen wie Halsschmerzen kann ich mich gut ausdrücken. Aber bei diesen Schmerzen kann ich dem Arzt nicht alles erzählen. Manchmal versuche ich etwas zu erklären, aber es geht nicht. Manchmal merke ich auch, daß er es nicht verstanden hat.“

Bei den Patienten ist aufgrund dieser erschwerten Verständigung eine große Verunsicherung festzustellen, die bei vielen zu einem grundsätzlichen Mißtrauen gegenüber der gestellten Diagnose oder dem diagnostizierten Schweregrad der Krankheit führt. Ein Phänomen, das teilweise auch mit zu geringen Sprachkenntnissen zusammenhängt, ist die diffuse Symptompräsentation [7].

Die kulturell geformten Sichtweisen von seelischer Gesundheit und Krankheit bei Migranten zeigen eher eine „körpernahe“ ganzheitliche Auffassung von Körper und Psyche und dementsprechend einen körpernahen Artikulationsstil von psychosozialer Gesundheit und Störung. Der Körper wird als Austragungsfeld der psychosozialen Konflikte erlebt. Von einigen Patienten wird eine körpernahe Begrifflichkeit gewählt, die auf volksmedizinische Überlieferungen zurückgeht. Diese drückt aus, daß Organe bei Krankheit „fallen“ bzw. „nicht mehr am richtigen Ort sitzen“. Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien machen bei psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen zum Beispiel Aussagen wie „meine Leber, mein Magen fällt“ oder „meine Knochen sitzen nicht mehr richtig“ etc. Hier ist zu erkennen, daß solche Beschreibungen sehr deutlich von den unterschiedlichen kulturellen Auffassungen geprägt sind, was sich in kulturtypischen verbalen und nonverbalen Darstellungsweisen äußert.

Neben den sprachlichen Barrieren und kulturellen Unterschieden spielen ein unterschiedlicher sozioökonomischer Status und unterschiedliche Schulbildung für das Erleben und Schildern von Beschwerden eine wichtige Rolle. Ziel dieser Untersuchung war es, diese Unterschiede zwischen Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Österreich bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung näher zu beschreiben.

Methodik

Um Patienten mit „ex-jugoslawischem“ Hintergrund mit den „österreichischen“ Schmerzpatienten zu vergleichen, wurde ein Case-Control-Design verwendet. 25 konsekutive Patienten an der Verhaltensmedizinischen Schmerzambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, mit „österreichischem“ Hintergrund (8 Frauen, Alter: $48,2 \pm 10,4$ Jahre) wurden mit 25 alters- (± 2 Jahre) und geschlechtsgematchten Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien (8 Frauen, Alter: $48,0 \pm 10,0$ Jahre) verglichen. Die Untersuchung mittels Schmerzfragebögen und psychometrischen Skalen und das strukturierte Interview (SKID-I und SKID-II für DSM) [8] erfolgte in der jeweiligen Muttersprache, d. h. Deutsch bzw. Bosnisch/Kroatisch/Serbisch.

Die diagnostische Abklärung erfolgt mit dem strukturierten klinischen Interview SKID nach DSM-IV in deutscher [8] und in bosnisch/kroatisch/serbischer Version [9, 10].

Weiters wurden mittels psychometrischer Skalen Schmerz, depressive Symptomatik und hypochondrische Ängste erfaßt.

- Schmerzfragebogen in deutscher und in bosnisch/kroatisch/serbischer Version.

Neben Angaben zu Alter, Geschlecht, Zivilstand, Lebenssituation und Berufstätigkeit wurden Informationen zu Krankheitsdauer und zum Ausprägungsgrad der Symptomatik erhoben. Die Patienten wurden gebeten, den Bereich ihrer Schmerzen anzugeben, wobei neun verschiedene Lokalisationen zur Auswahl angegeben wurden. Diese Fragestellung erfolgte in Anlehnung an die Achse I der IASP-Klassifikation [11]. Die Schmerzintensität wurde für die mittlere Schmerzstärke, die minimale Schmerzstärke und die maximale Schmerzstärke im letzten Monat anhand jeweils einer visuellen Analogskala (VAS: 0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz) erhoben. Ebenso wurde die psy-

chosoziale Behinderung/Beeinträchtigung in Arbeit, Freizeit und Familie [12] mit jeweils einer visuellen Analogskala (VAS: 0 = keine Behinderung, 10 = maximale Behinderung) erhoben.

- Beck-Depressionsinventar (BDI) in deutscher und bosnisch/kroatisch/serbischer Version [13]. Dieser 21-Item-Fragebogen erhebt depressive Symptome. Ergebnisse werden als BDI-Gesamtscore angegeben, die Items reichen von 0 bis 3. Gesamtscores von 0–9 zeigen keine signifikanten depressiven Symptome, 10–18 milde bis moderate Symptome, 19–29 moderate bis schwere und 30–63 extrem schwere depressive Symptome.
- Whiteley-Index (WI) in deutscher und bosnisch/kroatisch/serbischer Version [14, 15]: Dieser 14-Item-Fragebogen erhebt 3 Dimensionen der Hypochondrie: Beschäftigung mit körperlichen Symptomen, Krankheitsangst und Krankheitsüberzeugung. Die Ergebnisse können als Gesamtscore oder entsprechend der 3 Subskalen als 3 Subscores angegeben werden.

Die Lebensqualität wurde erfaßt mittels

- WHO-QoL-Bref (World Health Organisation Quality of Life) [16] in deutscher [17] und bosnisch/kroatisch/serbischer Version. Die Qualität des Fragebogens wird als gut bis exzellent beurteilt und rechtfertigt den Gebrauch des Fragebogens bei Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen [18]. Allerdings sollte dieser Fragebogen nur in Zusammenhang mit der Erhebung depressiver Symptome Verwendung finden, da es zwischen Lebensqualität und depressiver Symptomatik zu Überschneidungen kommt [19].

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms SPSS (Version 10). Nonparametrische Daten wurden mittels Mann-Whitney-Test analysiert, bei parametrischen Daten wurde ein Mittelwertvergleich mittels t-Test gerechnet.

Ergebnisse

In den soziodemographischen Variablen ergeben sich zwischen den Patientengruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich ihrer Schulbildung. Die Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien haben eine bimodale Verteilung mit einem deutlich größeren Anteil an Patienten mit geringerer Schulbildung als Patienten aus Österreich. So haben signifikant mehr Patienten keinen Regelschulabschluß, 8 % der Patienten aus Ex-Jugoslawien sind Analphabeten (Tab. 2). Hinsichtlich Berufstätigkeit und Familienstand ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Hinsichtlich psychosozialer Beeinträchtigung (disability) in Arbeit und Familie ergeben sich dementsprechend auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Patientengruppe aus Österreich ist im Freizeitbereich signifikant mehr beeinträchtigt (Tab. 3).

Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich hochsignifikant hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik im BDI, wobei die österreichische Patientengruppe eine moderate depressive Symptomatik und die Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien eine schwere depressive Symptomatik aufweist (Tab. 3). Auch die hypochondrischen Ängste sind in der Patientengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien signifikant stärker ausgeprägt (Tab. 3). In diesem Zusammenhang ist auch interessant, daß die Lokalisation Kopfschmerz bei der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien im Vergleich zur österreichischen Patientengruppe signifikant häufiger angegeben wird (72 % vs. 40 %; $p = 0,024$). Die übrigen Schmerzlokalisationen unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den Patientengruppen. Die Schmerzen sind bei 84 % der Patienten aus Ex-Jugoslawien immer vorhanden. Bei der österreichischen Patientengruppe gibt es eine bimodale Verteilung, 48 % haben nur tagsüber Schmerzen und 36 % geben an, immer Schmerzen zu ver-

Tabelle 2: Soziodemographische Variablen: Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand, Berufstätigkeit (Mittelwerte mit Standardabweichung bzw. Prozentangaben)

Variablen	Patienten aus Ex-Jugoslawien (n = 25)	Österreichische Patienten (n = 25)	p-Wert
Alter (Jahre)	48,0 ± 10,0	48,2 ± 10,4	n. s.
Geschlecht (♂:♀)	17:8	17:8	n. s.
Schulbildung			
– Kein Regelabschluß	36 %	4 %	0,006
– Hauptschule	16 %	8 %	n. s.
– Berufsschule	28 %	52 %	n. s.
– Matura	16 %	20 %	n. s.
– Hochschule	4 %	16 %	n. s.
Berufstätigkeit			
– Umschulung	0 %	4 %	n. s.
– Arbeiter	28 %	12 %	n. s.
– Angestellte	0 %	24 %	n. s.
– Beamte	0 %	8 %	n. s.
– Selbstständig	4 %	8 %	n. s.
– Hausfrau	0 %	4 %	n. s.
– Arbeitslos	40 %	12 %	n. s.
– Pension	28 %	28 %	n. s.
Familienstand			
– Ledig	4 %	28 %	n. s.
– Verheiratet/Lebensgemeinschaft	84 %	56 %	n. s.
– Getrennt	4 %	16 %	n. s.
– Verwitwet	8 %	0 %	n. s.

n. s. = nicht signifikant

Tabelle 3: Schmerz, hypochondrische Angst, depressive Symptomatik, Lebensqualität (Mittelwerte mit Standardabweichung; p-Werte)

Variablen	Patienten aus Ex-Jugoslawien (n = 25)	Österreichische Patienten (n = 25)	p-Wert
Schmerzstärke im letzten Monat			
– Mittlere	7,6 ± 1,9	6,5 ± 1,7	0,049
– Maximale	9,0 ± 1,6	7,5 ± 1,5	0,001
– Minimale	5,6 ± 2,5	4,6 ± 2,8	n. s.
Beeinträchtigung			
– bei der Arbeit	6,9 ± 3,0	7,6 ± 2,1	n. s.
– in der Freizeit	5,7 ± 2,6	7,4 ± 2,1	0,011
– in der Familie	6,2 ± 2,6	7,0 ± 2,2	n. s.
Hypochondrische Angst (WI)	9,8 ± 3,5	7,3 ± 3,0	0,01
Depressive Symptomatik (BDI)	30,4 ± 11,9	21,1 ± 12,3	0,009
Lebensqualität (WHO-QoL-Bref)			
– Gesamtwert	27,5 ± 20,1	32,5 ± 20,1	n. s.
– Physikalische Domäne	28,7 ± 18,2	39,6 ± 21,1	0,058
– Psychologische Domäne	33,2 ± 20,2	49,5 ± 16,1	0,003
– Soziale Domäne	38,7 ± 18,5	50,7 ± 23,9	0,053
– Umwelt	53,1 ± 16,1	62,3 ± 20,7	n. s.

WI = Whiteley-Index; BDI = Beck-Depressionsinventar; WHOQoL = World Health Organisation Quality of Life; n. s. = nicht signifikant

spüren. Die übrigen Patienten haben nur abends oder nachts Schmerzen. Die mittlere und maximale Schmerzintensität im letzten Monat wird von der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien ebenfalls stärker eingeschätzt (Tab. 3).

Hinsichtlich der SKID-Diagnosen unterschieden sich die Patientengruppen ebenfalls signifikant. Die Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien erfüllte zu 100 % die Kriterien einer affektiven Störung, die österreichische Patientengruppe zu 80 % ($p = 0,02$), wobei die Depression mit psychotischen Symptomen bei der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien signifikant häufiger zu finden ist. Die Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien weist mit 48 % signifikant häufiger eine posttraumatische Belastungsstörung auf. Hinsichtlich Angststörungen und Substanzabhängigkeit (Alkohol, Nikotin, Sedativa) unterscheiden sich beide Patientengruppen nicht signifikant (Tab. 4).

Im SKID-II zeigten sich bei der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien signifikant häufiger Cluster-A-Störungen (schizoide/paranoide/schizotype Persönlichkeitsstörung). Bei den Cluster-B- und Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Die Lebensqualität ist insgesamt bei beiden Patientengruppen deutlich eingeschränkt. Entsprechend der psychometrischen Ergebnisse und der SKID-Diagnosen ist die psychologische Lebensqualität der Patientengruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien signifikant vermindert gegenüber der österreichischen Patientengruppe. Die physikalische Domäne und die soziale Domäne sind im Trend bei der ex-jugoslawischen Patientengruppe gegenüber der österreichischen Patientengruppe vermindert, hingegen unterscheiden sich die umweltbezogenen Lebensqualitätsfaktoren zwischen beiden Patientengruppen nicht signifikant.

Tabelle 4: Diagnosen (Prozentangaben; p-Werte)

Variablen	Patienten aus Ex-Jugoslawien (n = 25)	Österreichische Patienten (n = 25)	p-Wert
SKID-I			
– Affektive Störung	100 %	80 %	0,02
– Posttraumatische Belastungsstörung	48 %	16 %	0,016
– Angststörungen	56 %	52 %	n. s.
– Substanzabhängigkeit	40 %	36 %	n. s.
SKID-II			
– Cluster A	96 %	56 %	0,01
– Cluster B	64 %	64 %	n. s.
– Cluster C	96 %	84 %	n. s.

n. s. = nicht signifikant

Diskussion

Es zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien und Patienten mit dem Geburtsland Österreich. Auf sozioökonomischer Ebene unterschieden sich beide Gruppen vor allem hinsichtlich ihrer Schulbildung, wobei bei der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien eine bimodale Verteilung auffällt, mit einer Gruppe von Patienten mit deutlich geringerer Ausbildung. Ähnliches hinsichtlich niedrigem Ausbildungslevel bei südeuropäischen Migranten fanden auch Iglesias et al. [20] in einer schwedischen Untersuchung.

Die psychometrischen Daten des Beck-Depressionsinventars, des Whiteley-Index und die SKID-Diagnosen weisen auf eine deutlich stärkere Komorbidität hinsichtlich depressiver Störungen und hypochondrischer Ängste in der

Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien hin. Dementsprechend ist auch die psychologische Domäne der Lebensqualität bei der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien signifikant stärker vermindert. Farooq et al. [3] fanden ähnliche Unterschiede zwischen asiatischen Migranten und Briten, dabei berichteten die asiatischen Migranten über mehr somatische und depressive Symptome als ortsansässige Briten. Auch in Schweden haben südeuropäische Frauen und Flüchtlinge ein höheres Risiko von psychosomatischen Beschwerden als schwedische Frauen [20]. Es erscheint daher notwendig, für Migranten präventive und medizinische Therapieprogramme zu entwickeln.

Eine Ursache für die erhöhte Komorbidität im affektiven Bereich könnte in den erhöhten Raten der posttraumatischen Belastungsstörung in der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien zu finden sein. Etwa die Hälfte der Patienten aus Ex-Jugoslawien erfüllt die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung. Dies ist sicherlich in Zusammenhang mit den Kriegsereignissen im ehemaligen Jugoslawien zu sehen.

Im Hinblick auf die Unterschiede in den Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen dürfte es aber auch vorbestehende Faktoren geben, die als Vulnerabilitätsfaktoren gesehen werden können, eine entsprechende affektive Störung zu entwickeln. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, auch eine entsprechende Gruppe von Schmerzpatienten in Ex-Jugoslawien zu untersuchen, um Faktoren zu identifizieren, die mit Migration verbunden sind.

Die Untersuchung der Patienten erfolgte im Rahmen des Projektes „Transkulturelle Probleme bei somatoformer Schmerzstörung“. Die Integration dieser Patientengruppe in das bestehende Gesundheitssystem erscheint als wichtige Aufgabe, da Somatisierungsprozesse mit „Doktorshopping“ für den einzelnen Patienten eine iatrogene Chronifizierungsgefahr darstellen und das Gesundheitssystem dadurch unnötig stark belastet wird. Als eine Möglichkeit sehen wir psychoedukative Schmerzbewältigungsgruppen, die es dieser Patientengruppe ermöglichen soll, die eigene Erkrankung besser zu verstehen und dadurch die Therapieangebote sinnvoller zu nutzen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß ein Teil der Schmerzpatienten aus Ex-Jugoslawien schlechter geschult ist und damit zu rechnen ist, daß Schmerzpatienten aus dem ehemaligen Jugoslawien häufiger traumatisiert sind als Patienten aus Österreich. Damit ist häufiger eine stärkere depressive Symptomatik, eine stärkere hypochondrische Angst, eine stärkere Schmerzwahrnehmung und eine geringere psychologische Lebensqualität verbunden. Allerdings dürften auch Faktoren, die mit Migration verbunden sind, eine Rolle spielen. Hier ist noch Bedarf an weiterer Forschungstätigkeit gegeben.

Danksagung

Das Projekt „Transkulturelle Probleme bei somatoformer Schmerzstörung“ wurde durch den Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissenschaften und durch die Stadt Wien, Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung gefördert.

Literatur:

1. Aigner M, Bach M. Clinical utility of DSM-IV pain disorder. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 353–7.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC, 1994.
3. Farooq S, Gahir MS, Okyere E, Sheikh AJ, Oyebo F. Somatization: a transcultural study. *J Psychosom Res* 1995; 39: 883–8.
4. WIF. MigrantInnen in Wien 2001 – Daten, Fakten, Recht. Teil II. Wien, 2002.
5. David M, Borde H, Kentenich H (Hrsg.). Migration und Gesundheit. Mabuse, Frankfurt am Main, 2000.
6. Meyer-Ehlert B, Wohlfahrt-Schneider U. Gesundheitsbildung und Beratung mit AusländerInnen. Express-Edition, Berlin, 1986.
7. Zimmermann E. (Hrsg.). Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen. Hans Huber, Bern, 2000.
8. Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T. SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Hogrefe, Göttingen, 1996.
9. First MB et al. (Hrsg.). SKID I – Strukturirani klinicki intervju za poremećaje ličnosti s osi I iz DSM-IV. Jastrebarsko (Bosnisch/Kroatisch/Serbisch), 2000.
10. First MB et al. (Hrsg.). SKID II – Strukturirani klinicki intervju za poremećaje ličnosti s osi II iz DSM-IV. Jastrebarsko (Bosnisch/Kroatisch/Serbisch), 2000.
11. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. IASP Press, 1994.
12. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 (Suppl 3): 89–95.
13. Beck AT. Deutsche Bearbeitung von Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Beck-Depressions-Inventar (BDI). 2. üa. Aufl. Huber, Bern, 1987.
14. Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 89–93.
15. Rief W. Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung. Huber, Bern, 1995.
16. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551–8.
17. Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen, 2000.
18. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998; 76: 395–406.
19. Aigner M, Förster-Streffleur S, Prause W, Freidl M, Weiss M, Bach M. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 81–6.
20. Iglesias E, Robertson E, Johansson SE, Engfeldt P, Sundquist J. Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. *Soc Sci Med* 2003; 56: 111–24.



Dr. med. Martin Aigner

Geboren 1965, das Medizinstudium an der Universität Wien mit Promotion 1992 abgeschlossen. Zunächst Assistententätigkeit an der Universität Wien an der 2. Anatomie mit Forschungstätigkeit im Bereich des Okulomotorischen Systems. Seit 1993 an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Abschluß der Facharztausbildung für Psychiatrie und Neurologie und PSY-III-Ausbildung mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung 2001. Seit 1995 Mitarbeit an, jetzt Leitung der Verhaltensmedizinischen Schmerzambulanz.

Aktueller Forschungsschwerpunkt: somatoforme Schmerzstörung und Zwangsstörungen. Forschungsförderungspreis des Vereins für Psychiatrie und Neurologie 2002.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)