

Abteilung für Psychosomatik, Innere Medizin, Universitätsspital Basel

# Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Migranten und Migrantinnen aus der Türkei

**Betreute Selbsthilfegruppen: Therapie-Erfolg langfristig sichern,  
soziokulturelle Integration nachhaltig fördern**

---

N. Fink

---

## Zusammenfassung

*Sprachliche, kulturelle und wirtschaftliche Barrieren erschweren MigrantInnen aus der Türkei einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Betreuung. Aus dem Forschungsbericht des Bundesamtes für Gesundheit «Migration und Gesundheit» geht hervor, dass die bisherigen Formen von Therapie nicht den Bedürfnissen dieser Patientengruppe entsprechen.*

*Ambulante und stationäre Angebote für chronische SchmerzpatientInnen beziehen sich auf akute Phasen des Leidens und finden nicht im Alltagsleben statt. In der post-akut Phase stehen die PatientInnen vor der Herausforderung, sich im alltäglichen Leben wieder zurecht zu finden. Es braucht daher Angebote, welche genau diese Lücke zwischen der engmaschigen Betreuung in Kliniken und dem «normalen» Leben schließen können.*

*In Basel wurde ein integratives post-akut Modell für MigrantInnen aus der Türkei entwickelt, bei dem PatientInnen an fachlich begleiteten Selbsthilfegruppen teilnehmen können.*

## Migration, Integration, Gesundheit

Im Mittelpunkt der aktuellen migrationspolitischen Diskussion in Europa stehen unter anderem die Möglichkeiten und Grenzen einer politischen Steuerung der Migration und die Gestaltung der Integration der Zuwanderer aus unterschiedlichen Nationen. Die konkrete Migrationserfahrung wird von vielen Zuwanderern eher als belastend und verunsichernd erlebt. Unerfüllte Hoffnungen und Schwierigkeiten in der Adaptation an die neue Umgebung machen das Leben schwer. Begreift man Gesundheit und Krankheit als Ergebnis von mehr oder weniger gelungener Anpassungsprozesse an die Umwelt, ist naheliegend, dass MigrantInnen im Gastland im Vergleich zur ansässigen Bevölkerung vermehrt psychosomatische Beschwerden haben. Ökonomische, sprachliche und kulturelle Barrieren erschweren den MigrantInnen nicht nur eine schnelle Integration, sondern auch einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Betreuung. MigrantInnen aus der Türkei stellen mit rund 30% die größte Gruppe aller MigrantInnen in Mitteleuropa dar [1]. Gemäß dem Schweizer Bundesamt für Statistik machen MigrantInnen aus Serbien und Montenegro den größten Teil an AusländerInnen in der Schweiz aus, gefolgt von MigrantInnen aus der Türkei. Für PatientInnen aus diesen Ländern fehlen bisher sprachlich und kulturell angepasste Behandlungsmöglichkeiten. Der Forschungsbericht *Migration und Gesundheit* des Bun-

desamtes für Gesundheit [2] fordert neue Formen von Therapieangeboten für MigrantInnen. Aus dem Bericht geht hervor, dass das psychosomatische Beschwerdeniveau und der Medikamentenkonsum bei türkischen Frauen im Vergleich zu Frauen aus anderen Migrationsländern mit Abstand am höchsten sind. Der Medikamentenkonsum ist bei türkischen Männern ebenfalls am höchsten. Für die Inanspruchnahme niedergelassener ÄrztInnen, des ambulanten und stationären Spitalsettings zeigt sich, dass MigrantInnen aus der Türkei deutlich häufiger als andere Gruppen mit Migrationshintergrund zum Hausarzt und ins Spital gehen [2]. Besonders interessant ist, dass auch die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Hilfen außerhalb des eigentlichen medizinischen Systems unter den türkischen Befragten am höchsten ausfällt. Allgemeine, nicht migrationspezifische Beratungsstellen nehmen ebenfalls unter den türkischen Befragten eine sehr wichtige Rolle ein [2]. Die letzteren genannten Punkte könnten für das Konzipieren und Gelingen neuer Therapieangebote zentral sein. Dass neue Formen von Therapien erforderlich sind, wird auch in dem Übersichtsartikel *Soziale Exklusion psychisch Kranker* von *Eikermann et al.* deutlich [3]. Die Autoren heben hervor, dass moderne Therapieansätze Parameter, wie z.B. sozial einbindende Aktivitäten, validieren sollten. Ambulante oder stationäre Angebote des Gesundheitswesens für chronische SchmerzpatientInnen beziehen sich meist auf akute Phasen des Leidens und finden nicht im Alltagsleben, sondern in einem abgrenzbaren Rahmen der Institutionen des Gesundheitswesens statt. In der post-akut Phase stehen die PatientInnen – nicht selten nach wochen- oder monatelanger Rehabilitation – vor der Herausforderung, sich im alltäglichen Leben wieder zu Recht zu finden. Bisher fehlen in unserem Gesundheitswesen Angebote, welche genau diese Lücke zwischen der engmaschigen Betreuung in Kliniken, Rehabilitationszentren, etc. und dem «normalen» Leben schließen könnten. Solche Angebote sollten die Förderung sozialer Fertigkeiten, der Integration und der Inklusion in soziale Mikro- und Makrosysteme unterstützen. In Basel wurde ein solches integratives post-akut Modell für MigrantInnen aus der Türkei entwickelt und gesamtschweizerisch erstmalig in einem Pilotprojekt, welches zum größten Teil vom Bundesamt für Gesundheit (Migrant Friendly Hospitals) finanziert wurde, durchgeführt und validiert. Im Wesentlichen geht es darum, dass Teilnehmende mit Hilfe der Projektleiterin/Coach zahlreiche Kompetenzen für das Bewältigen des Lebens in und außerhalb des Gesundheitswesens erwerben.

## **Definition und Charakteristika der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10, F45.4)**

Wie auch in der Studie von *Schmeling-Kludas et al.* [4] gezeigt werden konnte, ist die anhaltende somatoforme Schmerzstörung die häufigste Entlassungsdiagnose, welche bei MigrantInnen aus der Türkei vergeben wird. Die Diagnose kann nach ICD-10 dann gestellt werden, wenn Betroffene während mindestens sechs Monaten anhaltend über starke und quälende Schmerzen klagen. Dabei ergeben somatische Untersuchungen keine ausreichende Erklärung für die Symptome und das Leiden. Emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren haben in den meisten Fällen einen auslösenden und aufrechterhaltenden Charakter [5].

Hinsichtlich der nach ICD-10 geforderten psychosozialen Belastungsfaktoren (emotionale Belastungen, innerpsychische Konflikte) zur Vergabe der Diagnose ist es sinnvoll, auslösende Faktoren von solchen zu unterscheiden, welche erst im Verlauf der Erkrankung sekundär dazu kommen (z.B. erschwerte Arbeitssituation, Arbeitslosigkeit, Angst vor Schmerzen, etc.). Die chronischen Schmerzen und die mit ihnen verbundenen Beeinträchtigungen führen meist dazu, dass in vermehrtem Maße das Gesundheitssystem in Anspruch genommen wird. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome eine enge Beziehung zu schwierigen Lebensereignissen oder Konflikten aufweisen, widersetzen sich Betroffene häufig über psychische Ursachen zu diskutieren.

## **Diagnostik**

Die Diagnostik chronischer Schmerzen sollte gemäß den Leitlinien der AWMF aus der organischen und psychischen Diagnostik bestehen [6]:

### **(Ausschluss-)Diagnostik organischer Erkrankungen**

Obwohl man aufgrund des undifferenzierten Schmerzausdrucks der PatientInnen, speziell auch bei MigrantInnen dazu verleitet werden könnte, die Diagnose einer somatoformen Störung zu vergeben, ist es wichtig eine gründliche klinische Anamnese zu machen, ohne dabei das somatische Krankheitsmodell der PatientInnen unnötig zu verfestigen. Wie eine deutsche Untersuchung zeigen konnte, wurden in psychosomatischen Rehabilitationen bei 16% von türkischen MigrantInnen bisher unbekannte, jedoch behandlungsbedürftige Erkrankungen aufgedeckt [4].

### **Diagnostik psychischer Grunderkrankungen**

Hierbei sind vor allem gegenwärtige psychische Konflikte, Persönlichkeitsstruktur, psychosoziale Belastungen und soziokulturelle Faktoren als auslösendes Moment zu berücksichtigen, welche auch in der Auf-

rechterhaltung der Schmerzen von zentraler Bedeutung sein können. Neben den genannten Belastungsfaktoren sind körperliche Misshandlung und/oder sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte von PatientInnen mit chronischen Schmerzen gehäuft zu finden. Bei der anamnestischen Abklärung dieser Möglichkeit ist besondere Sorgfalt geboten. Betroffene beschreiben ihre Schmerzen meist vage und können die genaue Lokalisation schlecht beschreiben. Die Schilderungen sind oft affektiv gefärbt und besonders auch bei MigrantInnen mit eindrucksvoller Gestik und Mimik einhergehend. Typischerweise empfinden Betroffene den Schmerz immer gleich stark und können kaum Unterschiede in der Intensität feststellen. Schmerzlindernde Faktoren werden selten genannt.

## Therapie

Durch die häufig umschriebenen intensiven Schmerzen von PatientInnen mit chronischen Schmerzen entsteht ein hoher Druck, invasive diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (z.B. Operationen) durchzuführen. Die Verhinderung nicht-indizierter Maßnahmen ist daher als eigenständiges Behandlungsziel anzusehen.

Grundsätzlich stellt Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapien) die Therapie der Wahl dar. Das Erlernen von Strategien im Umgang mit den Schmerzen (Psychoedukation über Schmerz, Identifikation schmerzhalter Muster, Entspannung, Aktivie-

rung) bildet dabei den Kern jeder psychologischen Schmerztherapie. Bei Vorliegen von ungünstigen interpersonellen Beziehungsmustern ist es auch relevant, z.B. in Rollenspielen neue Interaktionsmöglichkeiten zu erlernen. Oft fällt es dem Umfeld schwer, einen guten Umgang mit den Klagen und dem Leiden von Betroffenen zu finden. Angehörige ziehen sich zurück, und ÄrztInnen versuchen nicht selten die Redezeit der PatientInnen zu minimieren, was den Teufelskreis noch mehr verstärkt. Auch hierüber sollten PatientInnen informiert werden und die Möglichkeit erhalten, angepasste Formen der Kommunikation im Gesundheitswesen zu erlernen, die ihrem Mitteilungsbedürfnis entsprechen.

Die bisherigen Erläuterungen zu Definition, Diagnostik und Therapie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gelten sowohl für PatientInnen aus Nord- und Mitteleuropa als auch für PatientInnen aus den klassischen Migrationländern, wie z.B. der Türkei. Ein Erklärungsmodell für die Entstehung von chronischen Schmerzen bei MigrantInnen ist in Tabelle 1 dargestellt.

## Basler Angebot für chronische SchmerzpatientInnen

Die Abteilung für Psychosomatik in Basel führt Abklärungsgespräche mit MigrantInnen, bei welchen bis anhin für ihre körperlichen Beschwerden keine somatischen Ursachen gefunden werden konnten,

**Tabelle 1** Erklärungsmodell für chronische Schmerzen bei MigrantInnen aus der Türkei

### Interpersonelle Stressfaktoren

- Ambivalenz (Rückkehr in die Heimat, vs. in der CH bleiben)
- geringe Bildung, mangelnde Sprachkenntnisse
- körperliche Verschleißerscheinungen
- Isolation
- Patriarchale Familienstruktur, geringe Selbstbestimmung (Frauen)
- Traumatische Erlebnisse
- psychische Vulnerabilität

### Externe Stressfaktoren

- Migration in Etappen, Verlust von persönlichen Beziehungen, Autonomie und Status
- Geringer sozioökonomischer Status (schlechte Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse)
- Diskriminierung
- Andere/fremde gesellschaftliche Regeln und Normen
- Anpassungsschwierigkeiten

### Mögliche Folgen:

Anhaltendes Erleben von Unsicherheit, Angst, Abhängigkeit, mangelnder Kontrolle über die Lebenssituation und Selbstunsicherheit

### Mögliche Konsequenzen:

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10, F45.4)  
Somatisierungsstörung (ICD-10, F45.0)

### Schmerzen:

- meist muskuloskeletal, in Extremitäten und in Bauch-, Brust-, Rücken-, Schulter-, Nacken-, Kopf-Bereich
- Gelegentlich auch mit pseudoradikulärer Ausstrahlung

### Komorbiditäten:

- Depressionen, Panikstörung, Persönlichkeitsstörungen (manifestiert sich häufig in einer Akzentuierung der Schwierigkeiten in der Arzt-PatientInnen-Interaktion)

welche das Ausmaß ihres Leidens genügend erklären könnten. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich wird, stehen hinter diesen somatischen Erkrankungen oft psychosoziale Faktoren, welche beeinträchtigend und aufrechterhaltend auf die körperlichen Symptome der PatientInnen wirken. Sprachliche und somit Verständigungsprobleme veranlassen diese PatientInnen häufige Arzttermine wahrzunehmen, um an Lösungen für ihre körperlichen, respektive psychosozialen Probleme zu gelangen.

Seit zehn Jahren bietet die Abteilung für Psychosomatik des Universitätsspitals Basel drei Gruppentherapien zur aktiven Schmerzbewältigung für MigrantInnen an. Es werden sowohl eine multiethnische Gruppe für MigrantInnen mit wenig Deutschkenntnissen als auch je eine Gruppe für türkisch sprechende Frauen und Männer (getrennte Gruppen) angeboten, wobei die letzteren beiden mit interkulturellen ÜbersetzerInnen durchgeführt werden. In einfacher Form werden Informationen über Entstehungsmechanismen chronischer Schmerzen und Prozesse der Chronifizierung, sowie Strategien im Umgang mit Schmerzen vermittelt.

### **Weshalb betreute Selbsthilfegruppen?**

Die Therapeutinnen der Abteilung für Psychosomatik machen die Erfahrung, dass MigrantInnen nach Abschluss der Gruppentherapien weiterhin von ähnlichen Angeboten profitieren möchten. Aufgrund ihrer mangelnden Kenntnis über die Infrastrukturen in Basel und der Schweiz, ihrer geringen Schulbildung, zum Teil gering ausgeprägten Selbständigkeit und ihrer sozialen Unsicherheit fällt es vielen MigrantInnen schwer, eine Selbsthilfegruppe selbständig zu initiieren. Zudem fällt im klinischen Alltag immer wieder auf, dass MigrantInnen große Schwierigkeiten haben, eigene Bedürfnisse zu formulieren und diese an die richtigen Adressaten zu vermitteln. Oft sind Betroffene auch schlecht über bestehende Angebote informiert. Aus dem Forschungsbericht der BAG wird ebenfalls ersichtlich, dass herkömmliche Selbsthilfegruppen bei Menschen aus der Türkei nicht/kaum genutzt werden [2]. Diese Erklärungsansätze für die geringe und/oder Nicht-Inanspruchnahme/Initiierung von Selbsthilfegruppen veranlassen uns, eine neue Form von Selbsthilfegruppen auszuarbeiten, welche MigrantInnen aus der Türkei in ihrer Pro-Aktivität, bei der sozialen Integration und der weiteren Rehabilitation begleiten und unterstützen soll. Mit betreuten Selbsthilfegruppen werden Lücken zwischen dem ambulanten Setting im Spital, welches mit einer intensiven Betreuung einhergeht, und den Hausärzten geschlossen. Zudem wird die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge der ambulanten Therapien durch die Selbsthilfegruppen gesichert. Da sich viele PatientInnen nach einer Schmerztherapie unter schwierigen Bedingungen wieder ins Leben zu-

rück finden müssen, soll mit Selbsthilfegruppen verhindert werden, dass nach Abschluss der Gruppentherapien ein «Absturz» folgt, bei dem die PatientInnen wieder vermehrt medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Die Gruppen werden mit interkulturellen ÜbersetzerInnen durchgeführt.

### **Ziele und Wirkungen**

Soziale Integration und Wissen fördern die Gesundheit und spielen eine zentrale Rolle im Umgang mit Krankheit. Als Grundlage für die Selbsthilfegruppen dienen die erworbenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepte der zuvor abgeschlossenen Gruppentherapien. Je nach Wunsch der Teilnehmenden werden Fachstellen aufgesucht oder Fachpersonen (SozialarbeiterInnen, PolitikerInnen, PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, etc.) eingeladen, welche über verschiedene Themen referieren, wobei PatientInnen ihre Kompetenzen im Umgang mit Fachpersonen steigern und dadurch ihre Hemmungen abbauen können. Mit diesen Gruppen und durch den Austausch mit ExpertInnen bezwecken wir, basierend auf der strategischen Ausrichtung des Bundes *Migration und Gesundheit; 2002–2007*, mehrere Ziele: Nach Abschluss der Gruppenangebote sollten die AbsolventInnen in der Lage sein, sich mit weniger Hemmungen den Zugang zum Gesundheitswesen und zu den verschiedenen sozialen Institutionen in Basel verschaffen können, Chancen und Grenzen des schweizerischen Sozialsystems erkennen, durch Aktivität und Selbständigkeit professionelle Unterstützung gewinnen können, mit einem gestärkten Selbstvertrauen wieder in ihr altes/neues Leben zurück finden und sich aufgrund der gewonnenen Erfahrungen, Kenntnissen und Austausch nachhaltig integrieren können.

Der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen gewährleistet eine optimale Verständigung, erhöht die Effizienz und baut ebenfalls Hemmschwellen ab.

### **Projektaktivitäten**

Die Selbsthilfegruppen haben nicht zum Ziel, Theorien zu vermitteln, vielmehr soll die Freude am Organisieren, Planen und Kommunizieren untereinander, mit der Projektleitung und mit Fachpersonen gefördert werden. Die Teilnehmenden wirken bei der Gestaltung der Themennachmittage in verschiedener Hinsicht mit: sie bestimmen, wie oft und für wie lange die Selbsthilfegruppen stattfinden sollen, in Gruppenarbeiten werden Themen erarbeitet und vorgestellt und gemeinsam wird entschieden, zu welchen Themen Referenten eingeladen werden sollen.

### **Module**

Das Angebot der betreuten Selbsthilfegruppen besteht aus vier Modulen, welche in Tabelle 2 darge-

<b>Tabelle 2 Module</b>			
1. Modul Therapieerfolge sichern, Chancengleichheit	2. Modul Integrative Aspekte, Angebote für MigrantInnen in BS	3. Modul Chancen und Grenzen der Sozialhilfe Basel, der IV-Stelle BS, Arbeitsrecht	4. Modul Kultur in Basel, Ablenkungsmöglichkeiten
Psychologische Schmerztherapie	Ausländerberatung GGG	Aufklärung über IV-Prozess, Berentung	Parkbesuche
Depression, Angst und Schmerzen	Geführter Stadtrundgang	Sozialhilfe-Basel	Zoologischer Garten Basel
Stress und Stressbewältigung	Besuch einer Großratssitzung im Parlament, Austausch mit Großräten	Sozialdienst Universitätsklinik Basel	Kinobesuch: türkischer Film
Ernährungsberatung, Gewichtskontrolle	Besuch eines Deutschkurses (K5)	Arbeitsrecht (Informationsstelle Integration, GGG)	Spaziergänge am Rheinufer, Schiff-Fahrten Museumsbesuche
Physiotherapeutische Themen: Rückengerechtes Verhalten, Umgang mit Schmerzen	Kulturzentren		Besuch des Kraftwerks Birsfelden
Für Frauen: Gynäkologische Themen: Frauenkrankheiten, Jahreskontrolle, Sexualität			Spezialitäten aus der Heimat

stellt sind. Diese werden flexibel eingesetzt und können jederzeit den Bedürfnissen und Wünschen der Teilnehmenden angepasst werden. Auf die Förderung der Deutschen Sprache wird großer Wert gelegt, weshalb mit fortschreitender Projektzeit die Beteiligung der MigrantInnen auf Deutsch erfolgt. Ziel ist es, Hemmungen gegenüber der deutschen Sprache abzubauen und Erfolgserlebnisse zu fördern. Zudem wurden ProjektteilnehmerInnen mit großen sprachlichen Verständigungsproblemen erfolgreich zur Teilnahme an Deutsch- und Alphabetisierungskursen motiviert.

### Evaluation

Zu Beginn und nach Abschluss der Selbsthilfegruppen wurden halbstrukturierte Interviews geführt. Aus den Abschluss-Interviews ging hervor, dass das Angebot den Bedürfnissen der MigrantInnen entspricht und dass ihre Anliegen ernst genommen wurden. Die Therapieinhalte der vorangegangenen Gruppentherapie konnten aufgefrischt und neue Ideen im Umgang mit Schmerzen erlernt werden. Durch die Teilnahme konnten sie eine «moralische» Aufheiterung bei sich beobachten und profitierten zudem von Gesprächen untereinander, mit Fachpersonen und mit der Gruppenleitung. Sie erkannten zudem, dass der Schmerz durch eine aktive Teilnahme, durch Ablenkung und Humor zeitweise in den Hintergrund gelangen kann.

Ähnlich hilfreich war dabei, zu erkennen, dass sie nicht alleine mit ihren Problemen dastehen. Die Entdeckung der kulturellen Möglichkeiten (Museen, Zoologischer Garten, Rathaus, Großratssitzung, etc.) in Basel wurde zudem sehr geschätzt.

Die Teilnehmenden wurden mit dem Sozialsystem Basels vertraut gemacht, kennen einige soziale Institutionen und haben Kenntnisse über ihre eigenen Rechte erworben, wie z.B., Recht auf DolmetscherInnen. Die betreuten Selbsthilfegruppen wurden zusätzlich als sichere Anlaufstelle für verschiedenste Fragen und Anliegen erlebt. Der Wunsch nach weiteren und häufigeren Treffen wurde von 95% der Teilnehmenden geäußert.

Aus unseren Erfahrungen und aus der Evaluation geht hervor, dass diese neue Form von integrativer Therapie eine Inklusion in soziale Aktivitäten und in verschiedene gesellschaftliche Teilsysteme gewährleisten kann, wie sie von *Eikermann et al.* gefordert wird [3]. Solche Angebote setzen aber auch Ressourcen wie Fachpersonal, Zeit und finanzielle Unterstützung voraus, welche häufig nicht gegeben sind, weshalb Vorstöße, solche Angebote kantonale oder gesamt-

schweizerisch im Gesundheitswesen zu verankern, sinnvoll wären. Eine solche Verankerung würde das Fortbestehen befristeter Projekte garantieren und die Erweiterung der Angebote für PatientInnen mit anderem Migrationshintergrund ermöglichen. Bisherige Versuche einer weiteren Finanzierung solcher Projekte *durch gesundheitsfördernde Stellen und Stiftungen* sind bisher gescheitert.

### Literatur

1. Nickel C, et al. Treatment results from inpatient psychosomatic rehabilitation of Turkish migrants: a prospective study. *Gesundheitswesen* 2006; 68(3): p. 147–53.
2. Bundesamt für Gesundheit (BAG), in *Forschung Migration und Gesundheit – Im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007»*. 2006; p. 15–24.
3. Eikermann B, Reker T, Richter D. Social exclusion of the mentally ill – a critical review and outlook of community psychiatry at the beginning of the 21<sup>st</sup> century. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73(11): p. 664–73.
4. Schmelting-Kludas C, Froschlin R, Boll-Klatt, A. Inpatient psychosomatic rehabilitation for Turkish migrants: what can be realized, what are the effects? *Rehabilitation (Stuttg)* 2003; 42(6): p. 363–70.
5. Dilling H, Mombour W, Martin H. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Schmidt von Huber, 2004.
6. AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. *Leitlinien für Diagnostik und Therapie*, 2003.

### Summary:

#### **Persistent somatoform pain disorder in migrants from Turkey**

*Migrants from Turkey face several barriers to a successful integration in Switzerland including equal access to the health care system; most important are language problems, cultural and economic barriers. According to the scientific report of the Federal Bureau of Health “Migration and Health” current forms of therapy do not fulfil the needs of this patient population. Ambulatory and in-hospital services are devoted to the acute phase of a pain disorder; they are not imbedded into the circumstances of daily living. Re-Adjusting to daily life however, is crucial for patients’ attempt to return to normality. Therefore therapeutic offers are needed to close the gap between high intensity treatment in hospitals and almost no treatment in the ambulatory setting. We developed an integrative post acute model of patient care, consisting of assisted self-help groups that is presented in the current paper.*