



Nationales Forschungsprogramm NFP 53
«Muskuloskeletale Gesundheit –
chronische Schmerzen»

Migranten empfinden Schmerzen anders¹

Marina Sleptsova, Brigitta Wössmer, Wolf Langewitz
Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Hintergrund

Unter chronischen Schmerzen leiden Menschen auf der ganzen Welt. Typisch für diese Schmerzen ist, dass sie auch die psychische Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen wesentlich beeinträchtigen [1–2]. Schaut man sich unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in den Ländern Europas an, so fällt auf, dass die Prävalenz muskuloskelettaler Schmerzen bei Migranten höher ist als bei der Bevölkerung ihres jeweiligen Gastlandes [3–5]. Ein komplexes Wechselspiel von Faktoren wie spezieller Schmerzintensität, spezifischem Schmerzerleben, Ethnizität, kulturellem Hintergrund und sozialen Eigenheiten führen dazu, dass Migrantinnen und Migranten chronische Schmerzen als besonders problematisch erleben [6].

Ethnisch bedingte Unterschiede zeigen sich zum Beispiel bei experimentellen Untersuchungen des Schmerzempfindens [7]. Auch klinische Studien haben ergeben, dass die Ethnizität und der Status von Migranten einen Einfluss haben auf die Schmerzintensität, die Anzahl wahrgenommener körperlicher Symptome, die Schmerzlokalisierung sowie auf den Gebrauch von Schmerzmitteln [8, 9]. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen Gruppe ist aber nicht der einzige Grund dafür, dass Menschen Schmerzen unterschiedlich wahrnehmen und verarbeiten. Das Bildungsniveau kann dafür ebenso verantwortlich sein [10].

Zielsetzung

Die Autoren mehrerer Studien plädieren dafür, dass ethnisch bedingte Unterschiede im Umgang mit Schmerzen auch in der Therapie berücksichtigt werden sollten [11]. Allerdings sind bisher keine Studien publiziert worden, die sich mit kultursensitiven, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen für Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen beschäftigt haben. Um diese Lücke zu füllen, haben wir in den letzten zehn Jahren in der Abteilung Psychosomatik am Universitätsspital Basel ein Gruppen-

therapieprogramm für Patienten und Patientinnen aus der Türkei mit chronischen Schmerzen entwickelt. Darin kommen verschiedene Prinzipien verhaltensmedizinischer Interventionen zur Anwendung – unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Immigranten aus der Türkei [12].

Methode

Im Rahmen einer randomisierten und kontrollierten Studie haben wir über einen Zeitraum von vier Jahren an insgesamt 116 Patienten (25× 1,5 Stunden) die Wirksamkeit eines speziellen Therapieprogramms für Migranten evaluiert (Tab. 1 [↔](#)). Es handelte sich dabei um eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung, die mit physiotherapeutischen Elementen kombiniert wurde. Die Probanden in einer Kontrollgruppe erhielten nur eine aktivierende Physiotherapie. An der Studie teilnehmen konnten Menschen, die in erster Generation aus der Türkei in die Schweiz eingewandert waren. Ausserdem mussten sie während mindestens sechs Monaten an chronischen Schmerzen gelitten haben, für die es keine ausreichende biologische Ursache gab und die sich auf das muskuloskeletale System beschränkten.

Zu Beginn der Studie, kurz nach der Intervention und ein Jahr später wurden mit den Studienteilnehmern semistrukturierte Interviews zur Schmerzanamnese sowie zur Erfassung ihrer psychosozialen Situation und ihrer Migrationsgeschichte durchgeführt. Mit Hilfe von Fragebögen in türkischer Sprache wurden psychologische Daten erhoben: SF-36, General Health Questionnaire und Pain Disability Index. Eine Besonderheit der Studie bestand darin, dass alle Studienteilnehmer während fünf Tagen vor und

¹ Evaluation eines kultursensitiven, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapieprogramms für Türkisch sprechende Patienten mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Projektnummer: 405340-104776/1.

Tabelle 1. Inhalte der Therapiegruppe für türkischsprachige Patienten mit chronischen Schmerzen. Alle Sitzungen (25x 1,5 Stunden) wurden in Zusammenarbeit mit Dolmetschern angeboten.

Patienteninformationen über chronische Schmerzen
Schmerzverarbeitung und -wahrnehmung
Aktive Schmerzbewältigungsstrategien
Rolle psychosozialer Faktoren oder depressiver Entwicklung bei der Schmerzchronifizierung
Kulturspezifische Themen
Migration und Fremdsein als sozialer Stress
Motivation zur (weiteren) Integration in der Schweiz
Entspannungsmethoden
Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
Imaginationsübungen
Physiotherapie
Vermittlung von Allgemeinwissen über die Anatomie von Gelenken und Muskeln
Erlernen eines einfachen Heimprogramms zur Kräftigung, Lockerung und Dehnung der Muskulatur
Spielerische Aktivitäten zur Förderung der Bewegungsfreude

nach der Intervention sowie bei der Follow-up-Untersuchung Bewegungsmonitore trugen. Mit dieser Messung wollten wir feststellen, ob die freiwillige körperliche Aktivität der Probanden unter Alltagsbedingungen zunahm. Denn genau darin bestand ein wesentliches Verhaltensziel der Intervention. Ausserdem lieferten uns die Krankenkassen Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, und zwar für die drei Monate vor bzw. nach der Intervention.

Resultate

Insgesamt 37 Männer und 79 Frauen wurden zufällig der kombinierten Interventionsgruppe bzw. der Kontrollgruppe zugeteilt. Den eigentlichen Versuch beendeten 22% der Teilnehmer vorzeitig, in der Kontrolle betrug die Ausfallrate 31%. 55% der Patienten waren türkischer und 42% kurdischer Herkunft. 80% der Patienten hatten eine Schulbildung von fünf oder weniger Jahren, und 30% der Frauen waren Analphabetinnen. 94% der Patienten arbeiteten als unqualifizierte Hilfsarbeiter in der Reinigung oder auf dem Bau, 88% waren arbeitslos.

Die meisten Patienten gaben an, unter lumbalen Rückenschmerzen, Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich sowie an Kopfschmerzen zu leiden. Im Durchschnitt hielten diese Schmerzen 6,8 Jahre an. 86% der Patienten beschrieben ihren Schmerz als Dauerschmerz. 22% erhielten eine IV-Rente, 50% hatten sie beantragt.

Die Schmerzintensität der Probanden blieb über die drei Messzeitpunkte unverändert: $7,5 \pm 2,1$ (VAS von 0–10) vor der Intervention, $7,6 \pm 1,7$

nach der Intervention und $7,6 \pm 2,0$ ein Jahr nach der Intervention. Dafür verbesserte sich in der Interventionsgruppe die Lebensqualität nach einem Jahr signifikant – nämlich auf jenen zwei der acht Skalen des SF-36, welche die körperliche Funktionsfähigkeit erfassen. So zeigte die Gruppe mit kombinierter Therapie auf der SF-36-Skala des körperlichen Schmerzes eine Verbesserung. Auch auf zwei weiteren SF-36-Skalen waren bei den Patienten in der Versuchsgruppe Verbesserungen festzustellen; statistisch allerdings fielen sie nicht signifikant aus ($p = 0,1$).

Praktische Schlussfolgerung

Im Fokus des vorliegenden Projekts standen Patienten, die in höchstem Mass beeinträchtigt waren. Alle vergleichbaren Gruppen wiesen viel günstigere Ausgangswerte auf – zum Beispiel auch Schmerzpatienten, die in der Türkei leben. Dennoch zeigte sich, dass die Betroffenen das Behandlungsangebot akzeptierten, und dass dieses in gewissem Umfang zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität geführt hatte. Allerdings wurde aus unserer Studie ebenso klar, dass therapeutische Interventionen nur bestimmte Aspekte im Leben dieser Patienten erreichten. Ihre Situation hängt nämlich wesentlich von den sozialen, sozialpolitischen sowie wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ab. Und diese lassen sich mit Interventionen ausschliesslich innerhalb des medizinischen Systems nicht verändern.

Ausblick

Künftige Interventionsstudien sollten auch sozialpolitische Fragestellungen aufnehmen. Interessant und notwendig wäre vor allem herauszufinden, wie die betroffenen Menschen langsam wieder an einen Arbeitsplatz herangeführt werden könnten. Denn unsere Patienten betonten immer wieder, wie wichtig es für sie wäre, zumindest in beschränktem Umfang erneut arbeiten zu dürfen.

Die wichtigste Botschaft

Chronische Schmerzen von Migranten lassen sich erfolgreicher behandeln, wenn kulturspezifische Unterschiede in der Schmerzempfindung und -verarbeitung berücksichtigt werden. Dazu gehören zum Beispiel die Integration von kulturspezifischen Aspekten wie des Fremdseins als sozialer Stress oder die Vermittlung von Allgemeinwissen über die Anatomie von Gelenken und Muskeln.

Literatur

- 1 Elliott AM, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 1999;354(9186):1248–52.
- 2 Becker N et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*. 1997;3:393–00.
- 3 Allison TR et al. Musculoskeletal pain is more generalised among people from ethnic minorities than among white people in Greater Manchester. *Ann Rheum Dis*. 2002;1:151–6
- 4 Acculturation and the prevalence of pain amongst South Asian minority ethnic groups in the UK. *Rheumatology*. 2007;6:1009–14.
- 5 Kavuk I et al. One-year prevalence and socio-cultural aspects of chronic headache in Turkish immigrants and German natives. *Cephalalgia*. 2006;26:1177–81.
- 6 Edwards CL et al. Race, ethnicity and pain. *Pain*. 2001;94:133–7.
- 7 Campbell CM et al. Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. *Pain*. 2005;113:20–6.
- 8 Green CR, Tait RC, Gallagher RM. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Review Article. Pain Med*. 2003;4:277–94.
- 9 Cano A, Mayo A, and Ventimiglia M. Coping, pain severity, interference, and disability: the potential mediating and moderating roles of race and education. *The Journal of Pain*. 2006; vol. 7(7):459–68.
- 10 Edwards RR, Moric M, Husfeldt B, Buvanendran A, Ivankovich O. Ethnic similarities and differences in the chronic pain experience: a comparison of African American, Hispanic, and White Patients. *Pain Med*. 2005;6(1):88–98.
- 11 Davidhizar R, Giger JN. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Council of Nurses*. 2004;51:47–55.
- 12 Basler HD et al. Chronische Kopf- und Rückenschmerzen. Psychologisches Trainingsprogramm. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2001.

Korrespondenz:

lic. phil. Marina Sleptsova
Abteilung für Psychosomatik
Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 2
CH-4031 Basel
msleptsova@uhbs.ch