

Schreiber, Monika / Lenz, Klaus und Lehmkuhl, Ulrike

**Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille:
Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 6, S. 419-433

urn:nbn:de:bsz-psydok-45117

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) ...	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBeK) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache) . .	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the "adolescence-limited" delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artificielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erlor, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G.W.; Grünke, M.; Brunstein, J.C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A.C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizzen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Micklej</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Engelisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplugh, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Micklej</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J.G.; Watkins, H.H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen

Monika Schreiber, Klaus Lenz und Ulrike Lehmkuhl

Summary

Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls

The objective is to investigate whether there are differences between German girls and Turkish girls who have grown up in Germany regarding control attribution (locus of control) in general and control and causal attribution with regard to illness. 26 German and 39 Turkish girls between 14 and 16 years were interviewed concerning control attribution, using the Locus-of-Control-Scale (LOC) in the modified version of Schepker (1995) and the KKG (Test zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, Lohaus u. Schmitt 1989); concerning causes of illness, using open formulated questions and question cards. In the general score on the LOC-Scale the Turkish girls attributed significantly more externaly than the German girls. No significant difference could be found in the area of control attribution with regards to health and illness with the KKG. In the interview with open formulated questions only a few differences were found. Significant differences were found when the girls were asked about individual causes of illness with the question cards and the possibility to rate them: German girls estimated causes in the area of "environment/weather/air" as significantly more important (median: German 4.5 vs. Turkish 3), while Turkish girls emphasized "supernatural powers" (median: German 1 vs. Turkish 4). In comparison only one girl mentioned the area of "supernatural power" in the open interview as a cause. In studies and in clinical interviews, causes in the areas of "supernatural powers" and "environment/weather/air" should be specifically mentioned; and the possibility to rate possible causes also seems to be advisable.

Keywords: illness concepts – control attribution – causal attribution – health locus of control – Turkish

Zusammenfassung

Unterscheiden sich deutsche und in Deutschland aufgewachsene türkeistämmige¹ Mädchen hinsichtlich ihrer Kontrollattributionen allgemein sowie ihrer Kontroll- und Kausalattributionen in Bezug auf Krankheit? Befragt wurden 26 deutsche und 39 türkeistämmige Mädchen im Alter von 14 bis 16 Jahren mit der Locus-of-Control-Skala (LOC) in der Bearbeitung von Schepker (1995), dem Test zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG, Lohaus u. Schmitt 1989), mit

¹ Da einige der befragten Mädchen kurdischer oder aramäischer Abstammung waren, haben wir im Folgenden statt „türkisch“ den Begriff „türkeistämmig“ benutzt.

offen formulierten Fragen und mit Fragekarten zur Krankheitsverursachung. Im allgemeinen Score der LOC-Skala attribuierten die türkeistämmigen Mädchen signifikant häufiger external als die deutschen. Im Bereich Gesundheit und Krankheit zeigte sich mit dem KKG kein signifikanter Unterschied. Im Interviewteil gab es nur geringe Unterschiede. Bei mit Fragekarten und Ratingmöglichkeit gezielt erfragten einzelnen Krankheitsursachen zeigten sich signifikante Unterschiede. Die deutschen Mädchen schätzten Ursachen aus dem thematischen Bereich „Umwelt/Wetter/Luft“ signifikant wichtiger ein (Median: D 4,5; T 3), die türkeistämmigen Ursachen aus dem Bereich „übernatürliche Kräfte“ (Median: D 1; T 4,0). Im Interview hatte dagegen nur ein Mädchen eine Ursache aus dem Bereich „übernatürliche Kräfte“ genannt. In Studien, aber auch im klinischen Interview sollten Ursachen aus den Bereichen „übernatürliche Kräfte“ sowie „Umwelt/Wetter/Luft“ gezielt erfragt werden, wobei sich in standardisierten Befragungen ein Rating empfiehlt. Während sich in der Literatur teilweise Darstellungen einseitiger Krankheitskonzepte von Migranten finden, hat diese Untersuchung aufgezeigt, dass die befragten türkeistämmigen Mädchen über differenzierte Krankheitskonzepte verfügen.

Schlagwörter: Krankheitsvorstellungen – Türkisch – Kontrollattribution – Kausalattribution – health locus of control

1 Einleitung

Vorstellungen über die Verursachung und Kontrollierbarkeit von Erkrankungen können den Umgang mit Gesundheit und Krankheit beeinflussen (Bischoff u. Zenz 1989). Kontrollattributionen (locus of control) bezeichnen die subjektive Einschätzung, ob ein Ereignis kontrollierbar ist. Kausalattributionen beschreiben, welche Ursache eine Person einem Ereignis zuschreibt. Diese Attributionen werden durch verschiedene soziale, persönliche und kulturelle Faktoren beeinflusst (Lohaus 1990; Özelsel 1990; Kroeger et al. 1986).

Bei der medizinischen Versorgung von Migranten wurden Aspekte der subjektiven Krankheitsvorstellungen lange nicht beachtet. Die Bundesrepublik Deutschland begann in den 1950er Jahren, Gastarbeiter anzuwerben. Deren medizinische Versorgung wurde zunächst nicht als Problem angesehen, vor allem, da nur junge und gesunde Männer und Frauen nach Deutschland kamen. In den 1970er Jahren wurden epidemiologische Fragen sowie bei Frauen das Thema Schwangerschaft und Geburt untersucht. Bei Erwachsenen fielen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, depressive und psychosomatische Erkrankungen, insbesondere Magengeschwüre, aber häufig auch Magenbeschwerden ohne pathologische Befunde auf (Zink u. Korporeal 1984).

Bei der Versorgung von Kindern war die im Vergleich zur deutschen Bevölkerung höhere Anzahl von Unfällen und Vergiftungen auffällig. Ab Mitte der 1970er Jahre wurden die ersten epidemiologischen Untersuchungen über kinderpsychiatrische Inanspruchnahmepopulationen von Ausländern sowie Einzelfalldarstellungen veröffentlicht (zur Übersicht Poustka et al. 1985; v. Klitzing 1983).

In den 1980er Jahren rückten neben den sprachlichen und kulturellen Problemen bei der medizinischen Versorgung von Migranten zunehmend auch deren Krankheitskonzepte in den Fokus des Forschungsinteresses: Diese unterscheiden sich von denen der deutschen Bevölkerung (Zimmermann u. Petroykowski 1983; Zimmermann 1986; Eser 1985; Kroeger et al. 1986; Koen-Emge 1986). Dadurch wurden Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion und bei der Compliance zum Teil verständlicher.

In der Literatur zu Krankheitskonzepten türkischer bzw. mediterraner Patienten wurde immer wieder auf drei grundlegende Unterschiede zu deutschen (mitteleuropäischen) Krankheitskonzepten hingewiesen (Zimmermann u. Petroykowski 1983; Kroeger et al. 1986). Diese Unterschiede werden in Tabelle 1 einander gegenübergestellt.

Tab. 1: Hauptunterschiede zwischen deutschen und türkischen Krankheitskonzepten

	„Deutsche“ Krankheitskonzepte	„Türkische“ Krankheitskonzepte
1	Trennung zwischen Körper und Psyche	Keine Trennung (bzw. weniger strikte Trennung) zwischen Körper und Psyche
2	Es ist möglich, dass nur ein Teil des Körpers erkrankt ist.	Der ganze Mensch ist krank.
3	Vielfältige Ursachen einer Erkrankung sind möglich. Ursachen können sowohl interne (z.B. Stoffwechselerkrankung) als auch externe Ursachen haben. Manchmal ist auch keine Ursache erkennbar.	Krankheit kommt von außen (externe Ursachenzuschreibung). Im Allgemeinen wird <i>eine</i> äußere Ursache angenommen, was Zimmermann (1986) als „exogene Monokausalität“ bezeichnet.

Eine Trennung von Körper und Geist (s. Tab. 1, Z. 1) wird nicht in allen Kulturen vorgenommen, was auf die Kommunikation zwischen deutschen Ärzten und Patienten aus anderen Kulturkreisen erhebliche Auswirkungen haben kann: Zwar nehmen alle Gesellschaften neben dem Körper noch eine „nichtkörperliche, seelische, geistige, ... Seinsform an“ (Zimmermann 1986, S. 153), die aber viel schwerer fassbar ist. Außerdem wird dieser Seinsform meist ein höherer Rang zugewiesen, häufig gilt sie als unsterblich, „... im Sinne der Seele sogar als monadisch, also unvergänglicher, gestalt- und teilloser Zustand“ (Zimmermann 1986, S. 153). Eine psychische oder psychosomatische Erkrankung ist daher nur schwer vorstellbar: „Anders als körperlich krank zu sein, bedeutet somit geisteskrank zu sein, eben verrückt zu sein“ (Zimmermann 1986, S. 153). Grottian (1986) stellte fest, dass psychologische Erklärungsansätze bei einem Großteil der türkischen Frauen nicht vorkommen, am häufigsten noch bei jenen mit einem qualifizierten Schulabschluss.

Krankheit wird in allen südeuropäischen und kleinasiatischen bäuerlichen Subkulturen als etwas verstanden, das von außen in den Körper eindringt (s.u.) und ihn als ganzen befällt. Dementsprechend reagiert der ganze Körper und es treten einzelne, klar definierte Symptome seltener auf (Zimmermann u. Petroykowski 1983; Eser 1985).

Der Grundgedanke, der fast allen traditionellen ätiologischen Konzepten aus dem mediterranen Raum zugrunde liegt, ist der, dass Krankheit entweder von außen zugefügt oder durch falsche Handlungen hervorgerufen wird. Meist wird nur *eine* Ursache angenommen, was Zimmermann und Petroykowski (1983) als „exogene Monokausalität“ bezeichnen (s. Tab. 1, Z. 3). Wenn keine „natürlichen“ exogenen Ursachen gefunden werden können, werden ggf. übernatürliche Krankheitsursachen wie z.B. Magie oder der „böse Blick“ in Betracht gezogen (Zimmermann 1986; Grottian 1986). Diese Ausführungen bedeuten allerdings nicht, dass exogene oder magische Ursachenzuschreibungen bei Mitteleuropäern nicht vorkommen (Herzlich 1991; Becker 1984; Verres 1986).

Laut Özelsel (1990) werden im islamischen Raum jedoch nicht nur Krankheitsursachen außerhalb der eigenen Person gesucht, sondern Attributionen allgemein häufiger external vorgenommen. Schepker (1995) konnte dies für die Kontrollattributionen auch bei türkischen Jugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen nachweisen.

Bezüglich subjektiv wahrgenommener Krankheitsursachen wurden im Unterschied zu deutschen Patienten vor allem magische Krankheitskonzepte als bedeutsam beschrieben, z.B. der „böse Blick“ (Eser 1985; Zimmermann u. Petroykowski 1983). Wichtig sind auch unterschiedliche Körperkonzepte. Der „Nabelfall“ (göbek düşmesi) ist ein Krankheitskonzept, bei dem durch verschiedene körperliche oder psychische Belastungen der Nabel und damit symbolisch die „Mitte verrutscht“, was zu spezifischen körperlichen Symptomen führt, die durch traditionelle Methoden therapiert werden müssen (Koen-Emge 1986, 1988; Kroeger et al. 1986). Schepker und Eberding (1995) weisen auf eine kulturell bedingt unterschiedliche Körpersprache hin.

Forschungsprojekte über kulturell bedingt unterschiedliche Krankheitsvorstellungen und deren Berücksichtigung in der Diagnostik und Therapie sind wichtig, jedoch wurden die Ergebnisse mancher Studien sehr verallgemeinernd dargestellt (z.B. Zimmermann u. Petroykowski 1983) – leider auch noch in Arbeiten neueren Datums (z.B. Yildirim-Fahlbusch 2003). Einige Darstellungen erwecken den Eindruck, als seien Konzepte wie z.B. der „Nabelfall“ bei allen (türkischen) Migranten gleichermaßen ausgeprägt.

2 Material und Methode

Der eigentlichen Untersuchung waren drei Pilotstudien vorausgegangen, zwei in Deutschland und eine in der Türkei. In der Hauptuntersuchung 1995 wurden 26 deutsche und 39 türkeistämmige Mädchen im Alter von 14 bis 16 Jahren an vier Berliner Schulen, drei Gesamtschulen und einer Realschule befragt. Alle Mädchen waren in Deutschland eingeschult worden. Dies war ein Kriterium, nach dem die Stichprobe zusammengestellt wurde.

Alle Fragebögen waren zweisprachig verfasst und die türkeistämmigen Mädchen hatten die Wahl, ob sie das Interview auf Deutsch oder auf Türkisch führen wollten. Die gesamte Untersuchung umfasste:

- einen Fragebogen, der Daten zur sozialen Situation und zu Krankheitserfahrungen der Mädchen erhob,

- eine LOC-Skala (von Schepker 1995 erweiterte und neu bearbeitete Version der von Nowicki und Strickland 1973 entwickelten Locus-of-Control-Skala),
- den KKG (Test zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, Lohaus u. Schmidt 1989),
- einen Interviewteil mit offen formulierten Fragen, u.a. zur Krankheitsverursachung und -verhütung sowie
- Fragekarten mit vorgegebenen Krankheitsursachen.

Die LOC-Skala lag in der deutsch/türkischen Version von Schepker (1995) vor. Alle anderen Instrumente wurden ins Türkische übertragen und die Übersetzung wurde in einer Pilotstudie in der Türkei (N = 16) erprobt.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Das Alter der befragten Mädchen betrug 14 bis 16 Jahre. Die türkeistämmigen Mädchen waren im Durchschnitt geringfügig älter als die deutschen (D: 14,69; T: 14,87), der Altersunterschied war jedoch statistisch nicht relevant. Die Mehrzahl der Mädchen besuchte eine Gesamtschule, bei den 26 deutschen Mädchen lag der Anteil der Realschülerinnen deutlich höher als bei den 39 türkeistämmigen (D: 16 Gesamt-, 10 Realschule; T: 37 Gesamt-, 2 Realschule). Der Unterschied war mit $p = .0006$ hochsignifikant.

89,7% (35) der türkeistämmigen Mädchen lebten bei beiden Elternteilen, während dies bei den deutschen nur auf 42,3% (11) zutraf. Die deutschen Mädchen hatten durchschnittlich 1,15 Geschwister (Streuung 0–5), die türkeistämmigen Mädchen 3,23 (Streuung 0–7).

Sowohl die deutschen als auch die türkeistämmigen Mädchen wurden überwiegend in Berlin geboren (82,6%, bzw. 73%). Fünf türkeistämmige Mädchen wurden in der Türkei geboren. Die deutschen Eltern stammten überwiegend aus Berlin (64,3% Väter und 66,7% Mütter). Alle türkeistämmigen Väter wurden in der Türkei geboren. Eine der türkeistämmigen Mütter wurde in Berlin geboren, alle anderen ebenfalls in der Türkei.

Knapp zwei Drittel der türkeistämmigen Mädchen gaben an, mit ihren Eltern sowohl Türkisch als auch Deutsch zu sprechen, ca. ein Drittel der Mädchen spricht überwiegend Türkisch, ein Mädchen Türkisch und Kurdisch, eines Aramäisch und eines Deutsch mit den Eltern. Mit ihren Geschwistern sprechen ebenfalls knapp zwei Drittel der Mädchen Türkisch und Deutsch, aber mehr Mädchen (20,5%) meistens Deutsch und weniger Türkisch (10,2%) als mit ihren Eltern.

3.2 Krankheitsvorerfahrung

Da eigene Erkrankungen, aber auch Erkrankungen von Familienmitgliedern die Krankheitskonzepte und Kontrollüberzeugungen von Kindern und Jugendlichen beeinflussen können, wurden die Mädchen hierzu befragt. Zwar hatten in der deut-

schen Stichprobe sowohl die Mädchen als auch ihre Familienmitglieder prozentual häufiger eine schwere Erkrankung erlitten als die türkeistämmigen Mädchen und ihre Familienmitglieder, die Unterschiede waren allerdings nicht signifikant.

3.3 LOC-Skala

Die LOC-Skala (in der Bearbeitung von Schepker 1995) ist ein Instrument zur Erfassung allgemeiner Kontrollüberzeugungen bei Jugendlichen. Unterschieden werden nur Internalität und Externalität. Im Gesamtscore attribuierten die türkeistämmigen Mädchen signifikant häufiger external als die deutschen (s. Tab. 2). Bei den Subscores Peer, Selbst, Magie und Familie attribuierten die türkeistämmigen Mädchen etwas häufiger external als die deutschen, im Subscore Schule/Leistung attribuierten die deutschen häufiger external. Die Unterschiede in den Subscores waren jedoch nicht signifikant.

Tab. 2: Ergebnisse der LOC-Skala: Höherer Wert = externalere Attribution

Item		mögl. Maximalwert	deutsch		türkeistämmig		Standardabweichung	Signifikanz
			Mittel	Median	Mittel	Median		
Gesamt-Score	Gesamt-Ext	28	9,077	8,5	10,72	11	D: 2.855 T: 3.516	.0264
Subscores	Peer	4	1,500	1,0	1,95	2		n.s.
	Selbst	6	2,000	2,0	2,56	2		n.s.
	Schule	7	0,770	0,5	0,62	0		n.s.
	Magie	7	3,390	3,0	3,62	4		n.s.
	Familie	4	1,423	1,0	1,97	2		n.s.

3.4 Test zu Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

Mit dem KKG (Lohaus u. Schmitt 1989) lassen sich Kontrollüberzeugungen für den Bereich Krankheit und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen erheben. Der KKG unterscheidet folgende Skalen:

- Internalität,
- soziale Externalität (external personenbezogen),
- fatalistische Externalität („external-chance“).

Er unterscheidet allerdings nicht zwischen Verursachung und Behandlung einer Erkrankung. Im KKG ließ sich kein signifikanter Unterschied nachweisen.

3.5 Befragungen

Der Beantwortung des Fragebogens folgte ein mündliches Interview mit offen formulierten Fragen in denen u. a. danach gefragt wurde, welche Ursachen für Erkrankungen und welche Möglichkeiten der Krankheitsverhütung die Mädchen kennen. Sie konnten beliebig viele Antworten geben. Für die Auswertung wurden die Antworten von fünf Ratern verschiedenen Oberbegriffen zugeordnet, die vor der Hauptuntersuchung theoretisch mit Hilfe der Literatur und der Ergebnisse der Pilotstudien gebildet worden waren.

Bei der Frage nach Krankheitsursachen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede – weder bei einzelnen Oberbegriffen noch bei der Zusammenfassung thematisch ähnlicher Oberbegriffe zu Scores. Sowohl bei den deutschen als auch bei den türkeistämmigen Mädchen kamen viele Antworten aus den Bereichen „Ansteckung“ (Deutsche: 76,9%; Türkeistämmige: 69,2%), „Ernährung“ (Deutsche: 34,4%; Türkeistämmige: 43,4%) und „Temperatur“ (Deutsche: 26,9%; Türkeistämmige: 41%). Antworten, die dem Bereich „übernatürliche Kräfte“ hätten zugeordnet werden können, nannte keines der deutschen und nur eines der türkeistämmigen Mädchen („Das liegt nicht in deiner Hand.“).

Auch bei der Frage „Was kannst du tun, um nicht krank zu werden?“ zeigten sich bei den thematischen Scores keine signifikanten Unterschiede. Auch bei Betrachtung der einzelnen Oberbegriffe zeigten sich überwiegend Gemeinsamkeiten. Die deutschen Mädchen nannten allerdings „Impfen“ als Möglichkeit zur Krankheitsverhütung mit 30,8% signifikant häufiger als die türkeistämmigen (10,3%).

Wurden einzelne Krankheitsursachen vorgegeben, die die Mädchen einschätzen sollten, so zeigten sich deutlichere Unterschiede. Bei der Befragung mit den Fragekarten sollten die Mädchen bei 66 Sätzen wie z. B. „Durch Stress kann ich krank werden“ einschätzen, für wie zutreffend sie die jeweilige Aussage halten. Antwortmöglichkeiten waren: „stimmt nicht“, „stimmt etwas“, „stimmt sehr“ und „Ich weiß nicht“.

Aus den zunächst mit „stimmt sehr“ eingeschätzten Ursachen sollten in einem zweiten Schritt noch fünf Ursachen ausgewählt und mit „stimmt am meisten“ eingeschätzt werden. Dabei den einzelnen Fragekarten häufig wegen zu gering besetzter Felder keine Signifikanzprüfung möglich war, erfolgt die Darstellung im Folgenden überwiegend deskriptiv. Auch werden nur exemplarisch einige Karten ausgewählt.

Häufig verneinte Krankheitsursachen: Einige der Ursachen wurden von einem großen Teil sowohl der deutschen als auch der türkeistämmigen Mädchen verneint: 15 Karten wurden von über 50% der deutschen Mädchen als Krankheitsursachen verneint, darunter alle Fragen aus dem Bereich übernatürlicher Krankheitsursachen. 12 Karten wurden von mehr als 50% der türkeistämmigen Mädchen verneint, darunter drei der sechs Fragen aus dem Bereich übernatürlicher Krankheitsursachen. Tabelle 3 zeigt exemplarisch die Karten, die am häufigsten verneint wurden. Die Unterschiede sind gering. Es gibt jedoch zwei Ausnahmen. Bei den Ursachen „böser Blick“ und „Gottes Wille“ sind deutliche Differenzen erkennbar (s. u., Tab. 6).

Tab. 3: Fragekarten – am häufigsten verneinte Ursachen

Deutsche Mädchen			Türkeistämmige Mädchen		
	D %	T %		T %	D %
Voll- oder Neumond	96,2	74,4	Voll- oder Neumond	74,4	96,2
Viel Flüssigkeit trinken	88,5	59,0	Viel Sport	74,4	76,9
Böser Blick	84,6	46,2	Heiß Essen oder Trinken	66,7	80,8
Heiß Essen oder Trinken	80,8	66,7	Kein Talisman	66,7	76,9
Viel Sport	76,9	74,4	Wenig Sonne	66,7	65,4
Kein Talisman	76,9	66,7			

Anm.: Aufgezählt sind in absteigender Reihenfolge mit Prozentangabe die Ursachen, die am häufigsten von den deutschen bzw. den türkeistämmigen Mädchen verneint wurden. Dahinter findet sich die Prozentzahl der Mädchen der jeweils anderen Nationalität (T = türkeistämmig, D = deutsch).

Als wichtig eingeschätzte Krankheitsursachen: Die meisten Krankheitsursachen wurden von den deutschen und den türkeistämmigen Mädchen sehr ähnlich eingeschätzt. Zum Vergleich sind in Tabelle 4 die Ursachen dargestellt, welche von den deutschen bzw. von den türkeistämmigen Mädchen am häufigsten als „stimmt sehr“ eingeschätzt wurden. Hier zeigen sich nur geringe Unterschiede. Ähnlich war es mit anderen häufig als sehr zutreffend eingestuften Krankheitsursachen – mit einer Ausnahme: Vererbung. Diese Krankheitsursache schätzten fast 70% der deutschen, aber nur ein Drittel der türkeistämmigen Mädchen als „sehr zutreffend“ ein. Mit „Ich weiß nicht“ antwortete hier ca. ein Drittel der türkeistämmigen, aber nur ein deutsches Mädchen. Im offenen Interview hatten insgesamt nur drei türkeistämmige und ein deutsches Mädchen Antworten genannt, die als „Vererbung“ gewertet wurden, z. B. „aileden olan bir hastalık“ (eine Krankheit in der Familie).

Tab. 4: Fragekarten – am häufigsten als „stimmt sehr“ eingeschätzte Ursachen

Deutsche Mädchen			Türkeistämmige Mädchen		
	D %	T %		T %	D %
ansteckende Krankheiten	92,3	79,5	Bakterien	84,6	84,6
Drogen	88,5	76,9	ansteckende Krankheiten	79,5	92,3
Bakterien	84,6	84,6	Drogen	76,9	88,5
Zigaretten	80,8	61,5	Unfall	69,2	73,1
Alkohol	80,8	59,0	Essen oder Trinken unsauber	69,2	53,8

Fragekartenscores: Bei der Zusammenfassung der Fragekarten zu thematisch ähnlichen Scores zeigten sich insgesamt nur geringe Differenzen, z. B. in den Bereichen „Körperkonzepte“ und „Gefühle/psychisch“. In den Bereichen „übernatürlich“ und „Umwelt/Wetter/Luft“ waren jedoch signifikante Unterschiede feststellbar (s. Tab. 5).

Tab. 5: Fragekarten – thematische Scores

<i>Text</i>	<i>Itemanzahl</i>	<i>Median Deutsch</i>	<i>Median Türk.</i>	<i>Signifikanz</i>
Ansteckung	3	6,0	6	n.s.
Sauberkeit/Hygiene	2	3,0	4	n.s.
Arzt/professionelle Hilfe	3	2,0	3	n.s.
Selbstverantwortung	2	3,0	3	n.s.
übernatürlich	6	1,0	4	.000
Essen und Trinken	11	10,0	11	n.s.
Temperatur	9	8,0	9	n.s.
Umwelt/Wetter/Luft	5	4,5	3	.046
soziales Umfeld	9	6,0	7	n.s.
Gefühle/psychisch	8	7,5	6	n.s.
Lebensweise allgemein	4	2,0	3	n.s.
Lebensumstände	6	4,0	4	n.s.
Drogen	5	8,0	7	n.s.
Körperkonzepte	5	5,0	4	n.s.

Anm.: Die einzelnen Scores enthalten unterschiedlich viele Fragekarten, außerdem wurden einige Karten zwei Scores zugeordnet. Die Scores sind daher untereinander nicht vergleichbar. Bewertung: Der maximal erreichbare Wert ist jeweils die Anzahl der Items mal 3 (für die Antwort „stimmt etwas“ wurde 1 Punkt, für „stimmt sehr“ wurden 2 Punkte und für „stimmt am meisten“ 3 Punkte vergeben).

Übernatürliche Kräfte: Der Score „übernatürliche Kräfte“ enthielt die Ursachenzuschreibungen „Gottes Wille“, „böser Blick“, „Geister“, „Zauberei“, „keinen Talisman tragen“ sowie „Voll- oder Neumond“. Ursachen aus diesen Bereichen haben nicht nur türkeistämmige, sondern auch deutsche Mädchen zugestimmt, die türkeistämmigen allerdings signifikant häufiger. Die Ursachen „Gottes Wille“, „böser Blick“, „Geister“, und „Zauberei“ wurden von mindestens 30 % der türkeistämmigen Mädchen als mindestens „etwas zutreffend“ eingeschätzt. Bei den deutschen waren es maximal 15,4 % (bei „Gottes Wille“). Bei „Gottes Wille“ und „böser Blick“ zeigten sich die größten Differenzen (s. Tab. 6).

Tab. 6: Fragekarten: „Gottes Wille“ und „böser Blick“ als Krankheitsursachen

	<i>Gottes Wille</i>		<i>böser Blick</i>	
	<i>D%</i>	<i>T%</i>	<i>D%</i>	<i>T%</i>
Ich weiß nicht	19,2	7,7	7,7	15,4
stimmt nicht	65,4	15,4	84,6	46,2
stimmt etwas	7,7	23,1	7,7	20,5
stimmt sehr	7,7	20,5	0	12,8
stimmt am meisten	0	33,3	0	5,1

} 76,9

Umwelt/Wetter/Luft: Ein weiterer Bereich, in dem sich das Antwortverhalten der beiden Gruppen signifikant unterschied, war „*Umwelt/Wetter/Luft*“: Der Unterschied (Median D: 4,5; T: 3) wurde hauptsächlich durch die Karten „Umweltverschmutzung“ (s. Tab. 7), „Lärm“, und „viel Sonne“ bedingt, die die deutschen Mädchen häufiger als „zutreffend“ bewertet hatten als die türkeistämmigen. Bei „wenig Sonne“ fiel die Einschätzung in beiden Gruppen sehr ähnlich aus. Während die deutschen Mädchen die Krankheitsursache „schlechtes Wetter“ häufiger verneinten, gab es bei den türkeistämmigen Mädchen in diesem Punkt mehr Zustimmungen und „Ich weiß nicht“-Antworten (s. Tab. 7).

Tab. 7: Fragekarten: „Umweltverschmutzung“ und „Schlechtes Wetter“ als Krankheitsursachen

	<i>Umweltverschmutzung</i>		<i>Schlechtes Wetter</i>	
	D %	T %	D %	T %
Ich weiß nicht	0	10,3	0	15,4
stimmt nicht	7,7	20,5	42,3	10,3
stimmt etwas	30,8	20,5	30,8	33,3
stimmt sehr	42,3	38,5	23,1	33,3
stimmt am meisten	19,2	10,3	3,8	7,7

4 Diskussion

Fast 90% der befragten türkeistämmigen Mädchen waren in Deutschland geboren worden und alle wurden in Deutschland eingeschult. Es ist also davon auszugehen, dass Einflüsse beider Kulturen auf die Mädchen gewirkt haben, was sich auch in ihrem Sprachverhalten zeigt: Zwei Drittel der Mädchen sprechen nicht nur mit ihren Eltern, sondern auch mit ihren Geschwistern sowohl Deutsch als auch Türkisch. In Hinblick auf dieses Sprachverhalten erscheint der gewählte Einsatz zweisprachiger Instrumente angemessen (vgl. auch Schepker 1995).

Die beiden Stichproben unterscheiden sich in wesentlichen Punkten, die Einfluss auf die Kausalattributionen und insbesondere auf Kontrollattributionen haben könnten (vgl. Lohaus 1990, 1996; Turner et al. 1985; Carandang et al. 1979): Familienverhältnisse, Geschwisterzahl und Schulbesuch. Die gefundenen Ergebnisse sollten daher vorsichtig interpretiert werden. Genauere Aussagen würden eine größere Fallzahl oder „matched-pairs“-Vergleiche erfordern.

Die in der Literatur (Özelsel 1990; Schepker 1995) beschriebene eher externe Attribution konnte im Bereich der *allgemeinen Kontrollüberzeugungen* nachgewiesen werden: Die türkeistämmigen Mädchen attribuierten im Gesamtscore der LOC-Skalen häufiger external als die deutschen. Im Vergleich mit den Ergebnissen von Schepker (1995) zeigt sich sowohl im Gesamtscore als auch in allen Subscores außer „Familie“ ein tendenziell gleiches Antwortverhalten. Für den Bereich Familie antworteten die Mädchen in der Stichprobe von Schepker jedoch genau umgekehrt:

Die deutschen Mädchen glaubten weniger Einflussmöglichkeiten auf ihre Familien zu haben (1.91 Externalitätspunkte vs. 1.88 bei den türkeistämmigen).

Dagegen überraschte es, dass sich mit dem KKG für die *Kontrollüberzeugungen im Bereich Gesundheit und Krankheit* kein Unterschied nachweisen ließ. Insbesondere in der Skala „external-chance“ (fatalistische Externalität) wäre aufgrund der Literatur ein deutlicher Unterschied zu erwarten gewesen. Hierfür können verschiedene Gründe diskutiert werden:

- Die Kontrollüberzeugungen der Mädchen im Bereich Gesundheit und Krankheit unterscheiden sich tatsächlich nicht wesentlich.
- Es besteht ein Bias in der Stichprobe (z. B. im Sinne der erwähnten Erkrankungen der Mädchen oder von Familienmitgliedern).
- Es könnte ein Übersetzungsproblem bestehen. Insbesondere in der Skala „external-chance“ des KKG haben einzelne Begriffe wie Schicksal oder Zufall unterschiedliche Konnotationen.
- Wichtige externe Ursachen wie übernatürliche Kräfte (z. B. Gottes Wille, Zauberei) werden im KKG nicht erfragt.

In Bezug auf den KKG ist außerdem kritisch anzumerken, dass er nicht nach Krankheitsursachen und Behandlung differenziert. So kann als Ursache einer Erkrankung „Pech“ (external-chance) angenommen, für die Behandlung aber auf Eigenverantwortung (internal) oder die Hilfe anderer (external-personenbezogen) zurückgegriffen werden.

Bei den *Kausalattributionen* zeigten sich weniger Unterschiede als die Literatur vermuten ließ. Auch in den Bereichen „Gefühle/psychisch“ (Zimmermann 1986; Grottian 1986) und „Körperkonzepte“ (Kroeger et al. 1986; Koen-Emge 1988) wären größere Unterschiede zu erwarten gewesen. Der Bereich „Körperkonzepte“ enthielt u. a. die Krankheitsursache „Göbek düşmesi“, den Nabelfall. Während in der Pilotstudie in der Türkei ca. 50 % der Mädchen den Nabelfall für sehr zutreffend hielten (Schreiber 2001), wurde diese Fragekarte in Deutschland in beiden Gruppen von ca. 50 % mit „Ich weiß nicht“ beantwortet. Man kann also vermuten, dass das Konzept des „Nabelfalls“ als Krankheitsursache in der Migration weniger tradiert wurde als in der Türkei.

Unterschiede gab es vor allem in den Bereichen „übernatürlichen Kräfte“ und „Umwelt/Wetter/Luft“. Diese Unterschiede wurden allerdings erst auf gezielte Nachfrage deutlich. Im Gegensatz dazu hatte sich beim offenen Interview in keinem der thematischen Bereiche ein signifikanter Unterschied gezeigt. Antworten aus dem Bereich „Umwelt/Wetter/Luft“ hatten die deutschen Mädchen dort allerdings etwas häufiger genannt als die türkeistämmigen (31 % vs. 15 %). Antworten, die dem Bereich „übernatürliche Kräfte/Schicksal/Zufall“ hätten zugeordnet werden können, hatte im Interviewteil kein deutsches Mädchen und nur ein türkeistämmiges Mädchen gegeben.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Landrine und Klonoff (1994) bei einer Untersuchung mit Weißen und Angehörigen von Minoritäten: „*Übernatürliche Kräfte*“ als Krankheitsursachen wurden auf offene Fragen kaum genannt. Wurde jedoch gezielt danach gefragt und eine Möglichkeit zum Rating geboten, so zeigten sich, bei

ansonsten gleicher Einschätzung anderer Krankheitsursachen, im Bereich „übernatürliche Kräfte“ deutliche Unterschiede.

Bezüglich des großen Unterschiedes bei der Fragekarte „Gottes Wille“ als Krankheitsursache muss man die vermutlich geringere religiöse Bindung der deutschen Mädchen berücksichtigen. Rückblickend wäre es interessant gewesen, wie z.B. in der Untersuchung von Furnham (1994), auch den Glauben an Gott oder eine andere höhere Macht zu erfassen.

Bezüglich der Karte „böser Blick“ unterschied sich die Zustimmungsrate der hier befragten türkeistämmigen Mädchen nur geringfügig von den Ergebnissen der Pilotstudie aus der Türkei (Schreiber 2001). Es kann also vermutet werden, dass das Konzept des „bösen Blickes“ auch in der Migration tradiert wird. Im Gegensatz dazu war dies als Krankheitsursache von über 80% der deutschen Mädchen verneint worden.

Vererbung als Krankheitsursache hatten fast 70% der deutschen, aber nur ein Drittel der türkeistämmigen Mädchen als „sehr zutreffend“ eingeschätzt. Dagegen hatten im offenen Interview nur drei türkeistämmige und ein deutsches Mädchen Antworten genannt, die als „Vererbung“ gewertet wurden. Dennoch scheint dieses Ergebnis dafür zu sprechen, dass das Konzept der „Vererbung“ als Krankheitsursache bei den hier lebenden türkeistämmigen Mädchen weniger bekannt ist als bei den deutschen. Dafür spricht auch, dass ca. ein Drittel der türkeistämmigen Mädchen, aber nur ein deutsches Mädchen mit „Ich weiß nicht“ geantwortet hat.

Im offenen Interview hatten die deutschen Mädchen „*Impfen*“ signifikant häufiger als Möglichkeit genannt, eine Krankheit zu verhüten. Leider war „*Impfen*“ nicht unter den Fragekarten enthalten, so dass ein Vergleich mit dem Interview nicht möglich war. Es wäre interessant festzustellen, wie sich die Mädchen bei direkter Nachfrage zum Impfen äußern. Die Impfquote türkeistämmiger Kinder ist niedriger als die deutscher Kinder (Börner et al. 2004). Vermutlich ist dies auch auf unterschiedliche Krankheits- bzw. Vorsorgevorstellungen der Eltern zurückzuführen.

Sowohl übernatürliche Kräfte als auch die Ursachen aus dem Bereich „Umwelt/Wetter/Luft“ sind äußere Ursachen, die außerhalb des eigenen Einflusses liegen. Im KKG hatte sich zwischen den deutschen und den türkeistämmigen Mädchen kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Kontrollattribution in der Skala „external-chance“ gezeigt. Trotz der geschilderten Vorbehalte gegenüber den Ergebnissen des KKG kann darüber spekuliert werden, ob die deutschen und türkeistämmigen Mädchen, bei an sich gleichem Ausmaß externaler Attribution im Bereich Gesundheit und Krankheit diese inhaltlich anders füllen: die türkeistämmigen Mädchen eher mit Ursachen aus dem übernatürlichen Bereich und die deutschen eher mit Ursachen aus dem Bereich „Umwelt/Wetter/Luft“.

Die einzige Karte aus dem Bereich „Umwelt/Wetter/Luft“, die die türkeistämmigen Mädchen häufiger als die deutschen bejaht hatten, war „schlechtes Wetter“. Dies muss vorsichtig bewertet werden, da sowohl „Wetter“ als auch „Luft“ auf Türkisch „hava“ heißen. Die Türkinnen könnten also sowohl an kaltes, regnerisches Wetter als auch an schlechte Luft (Luftverschmutzung) gedacht haben. Darüber hinaus bezeichnet „Hava“ auch Klima im weitesten Sinne, also auch zwischenmenschliches Klima (Kroeger et al. 1986).

Die in der Literatur beschriebene externalere Kontrollattribution ließ sich bei den hier aufgewachsenen türkeistämmigen Mädchen zwar im Bereich der allgemeinen Kontrollüberzeugungen, jedoch nicht mit dem KKG für den Bereich Gesundheit und Krankheit nachweisen. Allerdings scheinen einige Formulierungen des KKG für den interkulturellen Vergleich ungünstig zu sein, außerdem enthält er in diesem Zusammenhang wichtige fatalistisch-externale Ursachen nicht. Es ist also nicht mit Sicherheit zu sagen, ob tatsächlich kein Unterschied besteht, oder ob dieser vom KKG lediglich nicht erfasst wurde. Hier erscheinen weitere Untersuchungen angezeigt.

Bei den Kausalattributionen zeigten sich weitgehend Übereinstimmungen zwischen den beiden Gruppen. Unterschiede gab es vor allem im Bereich „übernatürliche Kräfte“ als Krankheitsursache sowie im Bereich „Umwelt/Klima/Luft“. Diese Unterschiede wurden allerdings erst deutlich, als gezielt danach gefragt wurde.

Weitere Untersuchungen zur Erfassung der Kausal- und Kontrollattributionen bei Jugendlichen im interkulturellen Vergleich sind angebracht. Dabei sollten auch Jugendliche mit bestimmten Erkrankungen als Vergleichsgruppen eingeschlossen werden. Um die Angaben der Befragten einordnen zu können, sollten zukünftige Untersuchungen auch danach fragen, ob jemand überhaupt an Gott oder eine andere höhere Macht glaubt.

Auch stellt sich die Frage, inwieweit unterschiedliche Krankheitskonzepte tatsächlich Einfluss auf das Krankheits- und Vorsorgeverhalten haben. Dies gilt insbesondere für die Ursachen, bei denen sich Unterschiede feststellen ließen, vor allem beim Impfen als Möglichkeit der Krankheitsverhütung, bei der Vererbung sowie in den Bereichen „Umwelt/Wetter/Luft“ und „übernatürliche Kräfte“. Es stellt sich z. B. die Frage, ob das häufig als Schmuckstück getragene „blaue Auge“ (mavi boncuk) gegen den bösen Blick oder ein Talisman nur „zusätzlich“ zu ansonsten erfolgenden Gesundheitsmaßnahmen getragen wird, oder ob – im Extremfall – eine notwendige Vorsorge und Therapie vernachlässigt wird.

In jedem Fall weisen die Ergebnisse darauf hin, dass bei entsprechenden Fragestellungen sowohl im klinischen Interview als auch in empirischen Untersuchungen gezielt nach übernatürlichen Krankheitsursachen – auch per Rating – gefragt werden sollte. Das belegen auch die Ergebnisse von Landrine und Klonoff (1994).

Der Versuch, durch geeignetes Fragen einen Zugang zu den individuell vorhandenen Vorstellungen zu bekommen, ist sicherlich eine spannende und wahrscheinlich häufig lohnende Herausforderung für die ärztliche und psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.

Literatur

- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung. *Psychother. Med. Psychol.* 34: 313–321.
- Bischoff, C.; Helmuth, Z. (Hg.) (1989): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber.
- Börner, C.; Brockstedt, M.; Butler, J. (2004): Handlungsbedarf selbst bei Standardimpfungen. *Berliner Ärzte* 1: 24–27.

- Carandang, M.L.; Folkins, C.H.; Hines, P.A.; Steward, M.S. (1979): The role of cognitive level and sibling illness in childrens conceptualizations of illness. *Amer. J. Orthopsy.* 49 (3): 474–481.
- Eser, U. (1985): Symptompräsentation und Krankheitsverhalten bei türkischen und deutschen Patienten. Med. Dissertation, Münster.
- Furnham, A. (1994): Explaining health and illness: lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery. *Soc. Sci. Med.* 39 (5): 715–725.
- Gesundheitsamt Essen (1994): Gesundheitsbericht der Stadt Essen. Eigendruck.
- Grottian, G. (1986): Die Probleme von Frauen aus der Türkei beim Umgang mit medizinischen Diensten. *Curare* 9: 143–148.
- Herzlich, C. (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, U. (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger, S. 293–302.
- Klitzing, K. von (1983): Risiken und Formen psychischer Störungen bei ausländischen Arbeiterkindern. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Weinheim: Beltz.
- Koen-Emge, E. (1986): Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: ein Vergleich. *Curare* 9: 129–136.
- Koen-Emge, E. (1988): Volksmedizinische Krankheitsvorstellungen und Heiler in der Türkei. Inaugural Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Kroeger, A.; Weber, W.; Koen, E.; Streich, K. (1986): Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeiterfamilien. Heidelberg: Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen.
- Landrine, H.; Klonoff, E.A. (1994): Cultural diversity in causal attributions for illness: the role of the supernormal. *J. Behav. Med.* 17 (2): 181–193.
- Lohaus, A. (1996): Krankheitskonzepte von Kindern aus entwicklungspsychologischer Sicht. In: Schmitt, G.M.; Kammerer, E.; Harms, E. (Hg.): *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe, S. 3–14.
- Lohaus, A. (1990): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A.; Schmitt, G.M. (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG), Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Nowicki, S.; Strickland, B.R. (1973): A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 40 (1): 148154.
- Özsel, M.M. (1990): Gesundheit und Migration: eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und der Türkei. München: Profil.
- Poustka, F.; Detzner, M.; Schmidt, M.H. (1985): Kinder deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik einer deutschen Industriestadt. In: Collatz, J.; Kürsat-Ahlers, E.; Korporel, J. (Hg.): *Gesundheit für alle: Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: ebv Rissen, S. 258–272.
- Schepker, R.; Eberding, A. (1995): Die Sprache des Körpers in der Symptombildung: Psychosomatik. In: Eberding, A. (Hg.): *Sprache und Migration*. Frankfurt: Verlag für Interkulturelle Kommunikation, S. 77–87.
- Schepker, R.; Eberding, A. (1996): Der Mädchen-Mythos im Spiegel der pädagogischen Diskussion. *Zeitschrift für Pädagogik* 42 (1): 111–126.
- Schepker, R. (1995): Inallah oder: packen wir's an: zu Kontrollüberzeugungen von deutschen und türkischen Schülern im Ruhrgebiet. Münster: Waxmann.
- Schreiber, M. (2001): Krankheitskonzepte türkischer und deutscher Mädchen. Untersuchung der Kausal- und Kontrollattributionen bezüglich Krankheit. Med. Dissertation, HU Berlin.
- Turner, J.G.; Duchon Smith, K.L.; Jacobsen, B. (1985): Health concerns of adolescents: impact of family status, sex, family size and birth order. *Psychol. Rep.* 57: 428–430.
- Verres, R. (1986): Krebs und Angst: subjektive Theorien von Laien über Ursachen, Verhütung, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Berlin: Springer.
- Wirsing, R. (1992): Gesundheits- und Krankheitsverhalten und seine kulturelle Einbettung in einer Kleinstadt im Südosten der Türkei. Köln: Böhlau.

- Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Türkische Migranten. Kulturelle Missverständnisse. Deutsches Ärzteblatt 5: 213–215.
- Zimmermann, E. (1986): Inkompatibilität von Krankheitskonzepten und transkulturelle Mißverständnisse. Curare Sonderband 9: 149–154.
- Zimmermann, E.; Petroykowski, W. von (1983): Magische Krankheitsvorstellungen ausländischer Eltern als Problem in der Pädiatrie. Kind A 9: 1113–1122.
- Zink, A.; Korporal, J. (1984): Soziale Epidemiologie der Erkrankungen von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kentenich, H.; Reeg, P.; Wehkamp, K.H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit, S. 24–41.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Monika Schreiber, Erich Saling-Institut für Perinatale Medizin e.V., Mariendorfer Weg 28, 12051 Berlin; E-Mail: schreiber.monika@web.de