

Abhängigkeitserkrankungen im therapeutischen Alltag bedeutet. Es kommen drei Untersuchungsmethoden zur Anwendung, die im Folgenden näher erläutert werden⁷.

3. Erster Teil der Untersuchung: Free Listing und Pile Sort Verfahren

3.1 Methodik

Free Listing Verfahren: Das Free Listing (Bernard 1995: 239ff) ist ein Verfahren, das auf einer freien Nennung von Begriffen zu einem vorgegebenen Thema durch Probanden beruht. Es stellt die Grundlage zur Anwendung des Pile Sort Verfahrens dar, in welchem die gesammelten Begriffe nach Zusammengehörigkeit sortiert werden.

Am Free Listing nahmen 84 Jugendliche bzw. junge Erwachsene⁸ im Alter von 14 bis 28 Jahren teil, 42 davon sind einheimische Deutsche, 42 Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion. Die Probanden wurden im Sommer 2004 in zwei Jugendzentren in Berlin, drei Jugendzentren in Ahrensburg, im „Russencafé“ des Schulzentrums am Heimgarten in Ahrensburg, in einem Parkhaus in Bad Oldesloe (Treffpunkt für eine Gruppe jugendlicher Aussiedler), einem Ahrensburger Eiscafé und in einem Ahrensburger Skate-Park rekrutiert und befragt. Der Anteil der in der Schule durchgeführten Befragungen war mit vier befragten Personen gering, da es geeigneter erschien, die Befragungen in einer freizeitlichen Umgebung stattfinden zu lassen, um es den Jugendlichen leichter zu machen, ihre Ansichten zu äußern ohne eine – wenn auch eventuell unterschwellige – Angst vor Sanktionierung zu wecken.

⁷ Vgl. Kapitel 3: Erster Teil der Untersuchung: Free Listing und Pile Sort Verfahren, Kapitel 4: Zweiter Teil der Untersuchung: Leitfaden-Interviews.

⁸ Der Einfachheit halber wird im Folgenden lediglich der Begriff „Jugendliche“ verwendet, wobei „junge Erwachsene“ ebenso mit einbegriffen sein sollen.

Die Erhebung erfolgte, in dem die Probanden in einer persönlichen Befragung gebeten wurden, auf die nachfolgenden Fragen zu antworten:

- Was fällt Ihnen / Dir zum Thema Sucht ein?
- Was bedeutet es, süchtig zu sein?
- An wen wendet man sich, wenn man süchtig ist?
- Welche Ursachen gibt es für Sucht?
- Was fällt Ihnen / Dir zum Thema psychische Erkrankungen ein?
- Was bedeutet es, psychisch krank zu sein?
- An wen wendet man sich, wenn man psychisch krank ist?
- Welche Ursachen gibt es für psychische Erkrankungen?

Die ersten zehn Antworten je Frage wurden notiert. Vor der Befragung wurde jeweils der Hinweis gegeben, dass es kein „richtig oder falsch“ gäbe, dass möglichst viele Antworten gegeben werden sollten ohne lange darüber nachzudenken und dass die Befragung anonym sei. Nach der Befragung wurden die Probanden gebeten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen, in dem u.a. Geschlecht, Alter, Nationalität, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Herkunftsland und Schulausbildung abgefragt wurden.

Die Auswertung der im Free Listing erhobenen Daten erfolgte mittels der Software „Anthropac“ (Borgatti: 1996). Nach Eingabe aller Begriffe (z.B. Alkohol, unglücklich sein, durch Langeweile, peinlich, Freunde verlieren, ...) enthält das Programm die Option, Ausdrücke, die einen ähnlichen Inhalt haben, miteinander abzugleichen und gegebenenfalls zusammenzufassen bzw. zu ersetzen (zum Beispiel: „Alkoholabhängigkeit“ [1 Begriff] statt „Alkoholabhängigkeit“, „alkoholabhängig sein“, „Alkoholiker sein“, „alkoholsüchtig sein“, „Alkoholsucht“ [5 Begriffe]). So entsteht ein besser überschaubarer, konzentrierter Pool von Begriffen, in dem sinngemäße Doppelnennungen vermieden werden. So wurden die am häufigsten genannten Begriffe mit Hilfe des Programms ausgezählt und konnten, nach einem Abgleich mit weiteren relevant erscheinenden Begriffen aus den geführten Interviews, für das Pile Sort Verfahren verwendet werden. Insgesamt wurden auf diese Weise 80 relevante Begriffe ermittelt⁹.

Pile Sort Verfahren: Das Pile Sort Verfahren beruht darauf, dass Probanden themenrelevante Begriffe nach Zugehörigkeit sortieren (Bernard 1995: 249ff). In einem ersten Schritt wurden zu diesem Zweck zunächst alle Begriffe einzeln auf Karteikarten notiert. Diese wurden nach

⁹ Die Liste der ermittelten Begriffe sowie verwendete Kurzformen befinden sich im Anhang unter 8.1.

folgenden Gesichtspunkten vorsortiert: In Gruppe eins wurden die Antworten auf die Fragen: „Was fällt Ihnen / Dir zum Thema Sucht / psychische Erkrankung ein?“ zusammengefasst, in Gruppe zwei die der Fragen: „Was bedeutet es, süchtig / psychisch krank zu sein?“, in Gruppe drei die der Fragen: „Welche Ursachen gibt es für Sucht / psychische Erkrankungen?“ und in Gruppe vier die der Fragen „An wen wendet man sich, wenn man süchtig / psychisch krank ist?“.

Dem jeweiligen Probanden wurde zunächst die erste Kartengruppe (Gruppe 1) gegeben, mit der Bitte, diese nach Zusammengehörigkeit in beliebig viele Stapel („piles“) zu sortieren. Auch hier wurde der Hinweis gegeben, dass es kein „richtig oder falsch“ gäbe, die persönliche Meinung des Probanden gefragt sei und möglichst schnell und intuitiv zugeordnet werden solle. Begriffe, die als „nicht passend“, „irrelevant“ oder „nicht dazugehörig“ empfunden wurden, konnten aussortiert werden. Begründungen zu den einzelnen Zuordnungen konnten, mussten aber nicht geäußert werden. Im Anschluss wurde dem Probanden die zweite Gruppe Karten mit der Aufforderung ausgehändigt, diese Begriffe den vorher gebildeten Stapeln zuzuordnen. Auch Mehrfachzuordnungen waren erlaubt¹⁰. Dieses Procedere wurde ebenso mit den Kartengruppen drei und vier wiederholt. Anschließend wurden die Probanden gebeten, den entstandenen Stapeln Oberbegriffe zuzuordnen¹¹.

Nach dem durchgeführten Pile Sort wurde ein Fragebogen ausgefüllt. Neben Angaben zu Geschlecht, Alter, Nationalität, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Herkunftsland, Deutschkenntnissen und Schulausbildung / ggf. Berufsausbildung wurden dabei auch Fragen zu problematischem Essverhalten, vorangegangener psychotherapeutischer Behandlung, Drogenkonsum, Nikotinkonsum (Fagerström et al. 1989), und Alkoholkonsum (Saunders et al. 1993: Alcohol Use Disorders Identification Test) gestellt. Diese Befragung wurde erst nach dem Sortieren der Begriffe durchgeführt, um nicht von den Probanden als „Aufnahmeprüfung“ in die Studie empfunden zu werden, und somit die Gefahr einer Verfälschung der Ergebnisse auf Grund einer Antworttendenz zugunsten der sozialen Erwünschtheit zu vermindern. Für das Pile Sort Verfahren wurden im Zeitraum von Juli bis September 2004 20 einheimische deutsche Jugendliche¹² und 20 aus der ehemaligen Sowjetunion stammende, in Deutschland lebende

¹⁰ Z.B. „Krankheit“ sowohl zu einem Stapel mit den Begriffen „Depression“ und „Schizophrenie“ als auch zu einem Stapel mit den Begriffen „Magersucht“ und „Bulimie“.

¹¹ Z.B. „Heroin“, „Kokain“: Oberbegriff: „von Substanzen abhängig sein“.

¹² Im Folgenden „Einheimische“

Aussiedler¹³ befragt. Jeweils 55% der Befragten waren männlich, 45% weiblich. Der Altersdurchschnitt lag in beiden Gruppen bei 18 Jahren, die jüngsten Teilnehmer waren 15, die Ältesten 24 Jahre alt.

		Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Einheimische Deutsche	Alter in Jahren	15	24	18,2	2,9
Aussiedler	Alter in Jahren	15	24	18,4	2,6
	Aufenthaltsdauer in Jahren	7	14	10,4	2,3

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Teilnehmer am Pile Sort Verfahren

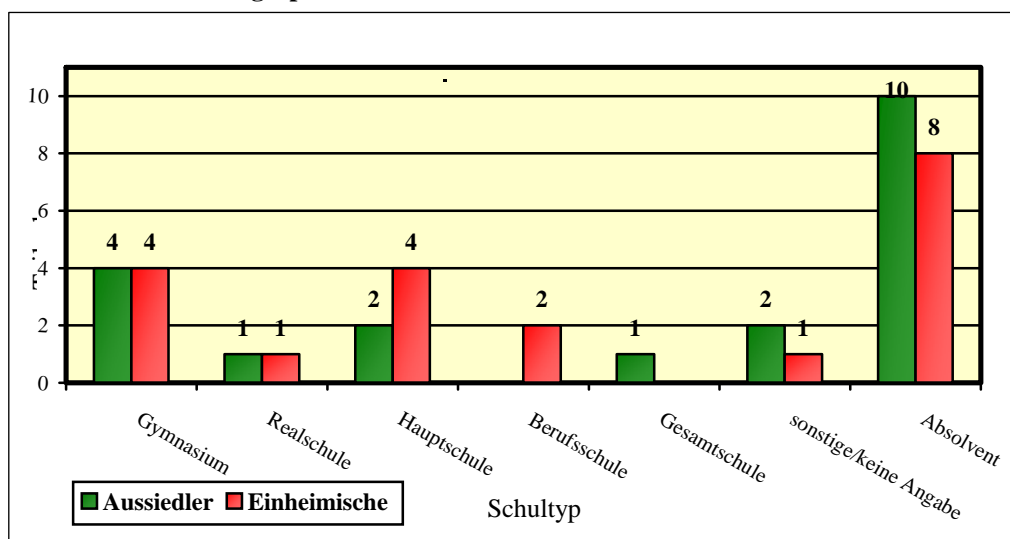


Abbildung 3: Zur Zeit besuchter Schultyp der Teilnehmer am Pile Sort Verfahren

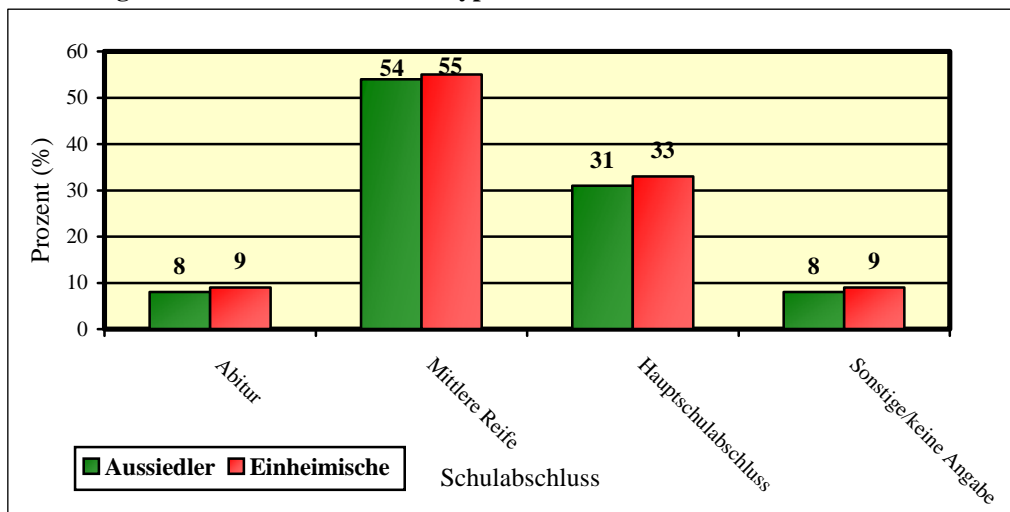


Abbildung 4: Schulabschluss der im Pile Sort Verfahren befragten Absolventen in Prozent

¹³ Im Folgenden „Aussiedler“

Neben weiteren soziodemographischen Faktoren wurden die Teilnehmer auch zu ihren persönlichen Erfahrungen bezüglich abhängigem Verhalten befragt, um eine Verfälschung der Ergebnisse durch beispielsweise einen zufällig ausgeprägteren Drogenkonsum einer Gruppe entgegenzuwirken. Es stellte sich heraus, dass Kokain, Crack, Halluzinogene (auch in Form von Pilzen), LSD und Schnüffelstoffe von keinem der Teilnehmer während der letzten drei Monate konsumiert wurden. Jeweils ein befragter Migrant gab an, einmalig innerhalb der letzten drei Monate Ecstasy bzw. Amphetamine konsumiert zu haben. Zur 3-Monatsprävalenz von Haschisch sowie zum Alter bei Erstkonsum von Alkohol der Befragten siehe Abb. 5 bzw. 6.

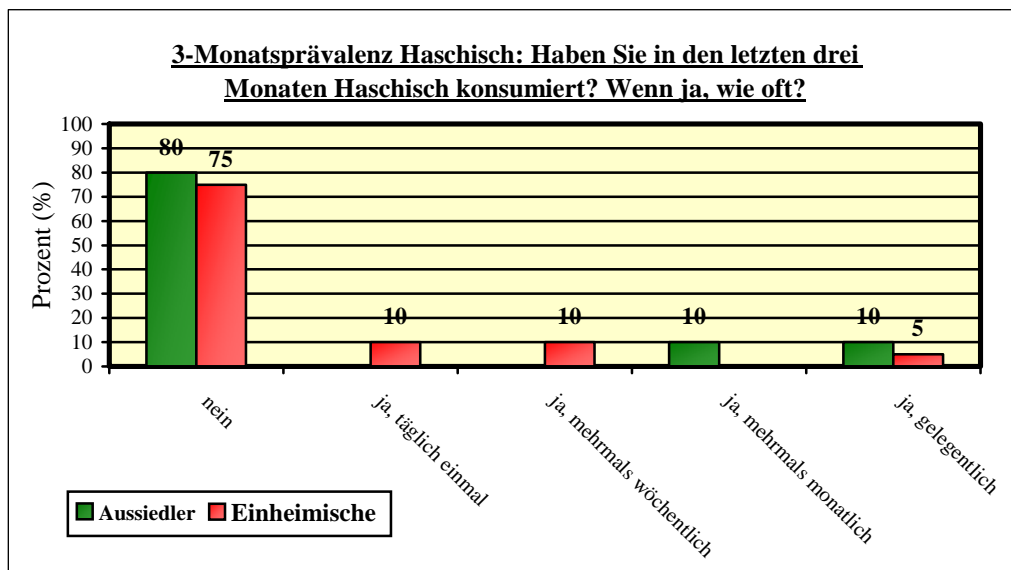


Abbildung 5: 3-Monatsprävalenz Haschisch bei den Teilnehmern am Pile Sort Verfahren

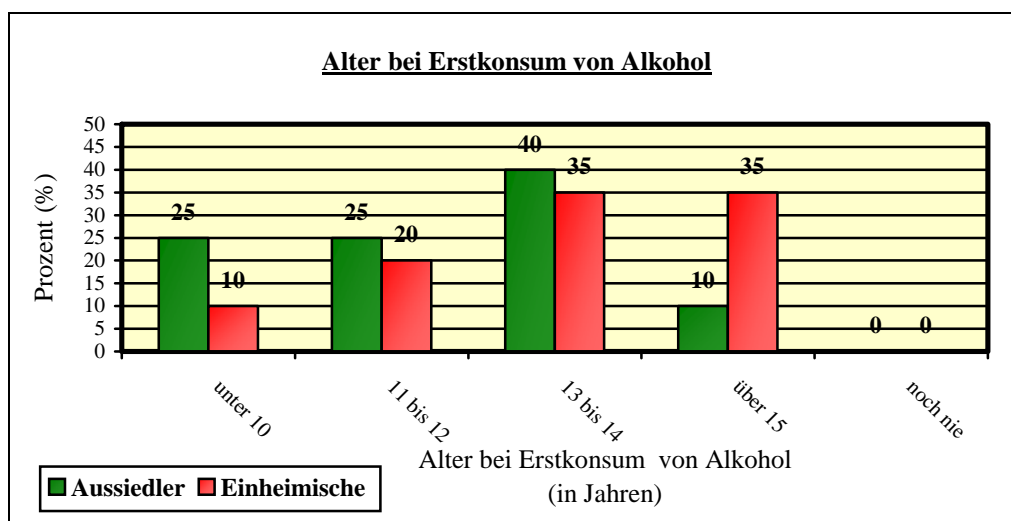


Abbildung 6: Alter der Teilnehmer am Pile Sort Verfahren bei Erstkonsum von Alkohol

Ebenfalls gab jeweils ein Migrant an, wenn auch nicht innerhalb der letzten drei Monate, jedoch früher einmal Schnüffelstoffe, Ecstasy bzw. Amphetamine konsumiert zu haben. Ein

einheimischer Befragter gab an, früher einmal Kokain bzw. Crack konsumiert zu haben. Keiner der Befragten hatte zuvor eine Beratungsstelle aufgesucht oder einen Entzug durchgeführt. Befragt nach ihrem Essverhalten gaben je drei Personen pro Gruppe an, dieses für problematisch zu halten. In beiden Gruppen waren 65% der Befragten Raucher. Im Fagerström Test (der nur mit den Teilnehmern durchgeführt wurde, die angaben „Raucher“ zu sein) erreichten die einheimischen Jugendlichen einen Durchschnittswert von 3,3 Punkten, die jugendlichen Aussiedler erreichten einen Durchschnittswert von 2,7 Punkten¹⁴. Im AUDIT Test¹⁵ erreichten die Befragten beider Gruppen einen aus medizinischer Sicht kritischen Durchschnittswert von 8,7 (einheimische Jugendliche) bzw. 8,5 (Aussiedler) Punkten.

		Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard-abweichung
Einheimische Deutsche	Punkte AUDIT	2	20	8,7	4,1
	Punkte Fagerström	0	7	3,3	2,1
Aussiedler	Punkte AUDIT	2	15	8,5	4,1
	Punkte Fagerström	0	7	2,7	2,0

Tabelle 2: Auswertung des AUDIT bzw. Fagerström Tests

Die Rekrutierung und Befragung erfolgte ebenfalls in zwei Jugendzentren in Berlin, drei Jugendzentren in Ahrensburg, einem Parkhaus in Bad Oldesloe (Treffpunkt für eine Gruppe jugendlicher Aussiedler), einem Ahrensburger Eiscafé und einem Ahrensburger Skate-Park, jedoch nicht im Schulzentrum am Heimgarten. Bei der Durchführung des Tests wurde auf eine ruhige, ungestörte Atmosphäre Wert gelegt, insbesondere sollte die Beeinflussung des jeweiligen Teilnehmers durch andere anwesende Personen ausgeschlossen werden, so dass „zu sehen“ „zu hören“ oder auch „dabei sitzen“, (wie von Freunden der Testpersonen oft erbeten), vermieden wurde und der Test abseits anderer eventuell anwesender Personen durchgeführt wurde.

¹⁴ Fagerström Test: 0-2 Punkte = sehr geringe Abhängigkeit; 3-4 Punkte = geringe Abhängigkeit; 5-6 Punkte = mittlere Abhängigkeit; 7-8 = starke Abhängigkeit; 9-11 = sehr starke Abhängigkeit

¹⁵ AUDIT Test: > 8 Punkte weisen auf einen problematischen Alkoholkonsum hin.

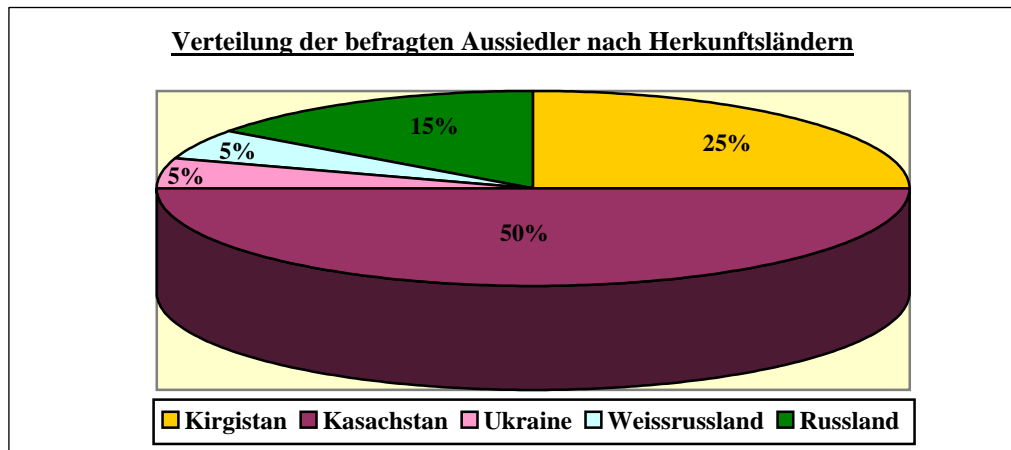


Abbildung 7: Verteilung der befragten Aussiedler nach Herkunftsländern

Es handelt sich um eine selbstselektive Stichprobe ohne Anspruch auf Repräsentativität, allerdings wurden soziodemographische Faktoren erhoben, um eine Vergleichbarkeit der beiden zu untersuchenden Gruppen zu gewährleisten und detailliertere Informationen über den Migrationshintergrund der befragten Aussiedler zu gewinnen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass die befragten Jugendlichen in mehrerer Hinsicht typische Merkmale der entsprechenden Aussiedlergeneration aufweisen, so reisten beispielsweise 85% zwischen 1991 und 1996 nach Deutschland ein, die derzeitige Aufenthaltsdauer betrug im Durchschnitt 10 Jahre. Die Mehrheit der teilnehmenden Jugendlichen (50%) kam aus Kasachstan, aus den zwei weiteren häufigsten Herkunftsländern Kirgistan und der Russischen Föderation kamen weitere 40% der Befragten (vgl. Dietz und Roll 1998; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004); es ist folglich zu vermuten, dass sich die Befragten nicht wesentlich von der Grundgesamtheit der Jugendlichen mit Aussiedlungshintergrund unterscheiden. In wieweit die vorliegenden Ergebnisse verallgemeinert werden können und welcher Stellenwert der qualitativen Forschung in der Transkulturellen Psychiatrie zukommt wird in der Diskussion thematisiert.

Die Auswertung der mittels Fragebogen erhobenen Daten erfolgte mit dem Software Paket SPSS (11.0.1, SPSS, Inc., 2001; Chicago, IL), die im Pile Sort Verfahren gewonnenen Informationen wurden durch das Programm „Anthropac“ (Borgatti: 1996) ausgewertet. Nach erfolgter Dateneingabe wurden eine multidimensionale Skalierung und eine hierarchische Clusteranalyse durchgeführt. So wurde graphisch erkennbar, welche Begriffe einander häufig zugeordnet wurden. Der Grad der Zugehörigkeit wird durch „Höhenlinien“, ähnlich denen auf einer geographischen Karte, ersichtlich. Ein semantisches Netzwerk wird abgebildet, in dem eine enge assoziative Verknüpfung durch räumliche Nähe dargestellt wird.

3.2 Ergebnisbeschreibung

¹⁶Es folgt zunächst eine Beschreibung der Ergebnisse der Pile Sorts der Einheimischen (s. Abbildung 8, S.33), dann der Migranten (s. Abbildung 9, S. 34). Anschließend werden die am häufigsten aussortierten Begriffe, d.h. die Begriffe, die von den Befragten nicht zugeordnet wurden, da sie diese nicht für zugehörig zum Themenkomplex Abhängigkeitserkrankungen bzw. psychische Erkrankungen hielten, einer Betrachtung unterzogen, ein Vergleich der Ergebnisse beider Gruppen angestellt sowie eine erste Interpretation vorgenommen.

3.2.1 Ergebnisse der Befragung der einheimischen Deutschen

Von den Einheimischen wurden die Begriffe in vier Hauptcluster eingeteilt (s. Abbildung 8). Im Zentrum der Graphik befinden sich zwei Hauptcluster. Linkerhand ein Cluster (I), der mit Oberbegriffen wie z.B. *abhängig von Stoffen, Drogensucht und schwerwiegende Sucht* belegt wurde und im Folgenden als Cluster der „stoffgebundenen Sucht“ bezeichnet wird. Er beinhaltet zwei Subcluster. Links befindet sich der erste Subcluster (Ia), in dem die Befragten die Begriffe „Zigaretten“, „Alkohol“ und „durch Gruppenzwang“ einander zuordneten. Häufig wurde er von ihnen als Cluster der „Alltagsdrogen“ bezeichnet. In der Nähe dieses Subclusters befindet sich der Begriff „Medikamente (Medikamentenabhängigkeit, Tablettenabhängigkeit)“. Abgegrenzt vom Subcluster Ia befindet sich rechts von ihm der zweite Subcluster (Ib), der von den Befragten oftmals mit dem Oberbegriff „Drogen“ belegt wurde. Sehr eng wurden hier zunächst die Begriffe „Drogen“, „Kokain“, „durch Neugier“, „Marihuana / Haschisch“, „Heroin“ „Ecstasy“ und „körperlich abhängig sein“ miteinander assoziiert. Des Weiteren wurden diesem Cluster die Begriffe „sozialer Abstieg“, „durch Unwissenheit“, „es alleine nicht schaffen“, „sich betäuben wollen“, „nicht mehr ohne etwas leben können“, „durch Probleme“, „durch den Freundeskreis“, „durch Langeweile“, „professionelle Hilfe brauchen“, „durch schlimme Erlebnisse“ „Beratungsstelle“, „Familie verlieren“ und „Angst vor der Psychiatrie haben“ zugeordnet.

Vervollständigt wird der Hauptcluster (I) durch die nicht ganz so eng assoziierten Begriffe „aggressiv sein“, „gefährlich für das Umfeld“, „asozial sein“, „Arbeit verlieren“, „Freunde verlieren“, „Arzt“, „Jugendbetreuer / Jugendzentrum“ „es hilft, darüber zu sprechen“ und „durch Einsamkeit“.

¹⁶ Die durch das Free Listing ermittelten relevanten Begriffe sowie die verwendeten Kurzformen sind im Anhang unter 8.1 aufgeführt.

Die Begriffe des großen Hauptcluster auf der rechten Seite der Abbildung (Cluster II) wurden von den Befragten häufig als *psychisch krank*, *krank im Kopf* oder auch *seelische Krankheit* zusammengefasst; im Folgenden wird dieser Cluster als „psychische Erkrankungen“ bezeichnet. Er enthält einen Subcluster (IIa), der mit „Essstörungen“ betitelt wurde. Hier befinden sich zunächst in enger Assoziation (IIa1) die Begriffe „Essstörung“, „Esssucht“, „Bulimie“ und „Magersucht“. Als dieser Gruppe stark zugehörig wurde der Begriff „peinlich“ empfunden. Des Weiteren sind die Begriffe „Krankheit“, „unglücklich sein“, „niemand darf es wissen“, „niemandem etwas erzählen“ und „Isolation“ enthalten.

Der Hauptcluster (II) „psychische Erkrankungen“ beinhaltet darüber hinaus die Begriffe „Depression“, „Schizophrenie“, „im Kopf nicht richtig sein“, „Psychiater“, „Psychologe“, „durch Drogen“, „durch Stress“ (dieser Begriff ist zusätzlich stark mit dem Cluster (I) assoziiert), „Schwäche“, „psychisch abhängig sein“, „oft verschwiegen“, „Freunde“, „Familie“ und „durch Probleme in der Entwicklung“.

Hervorzuheben ist, dass die Begriffe „es hilft, darüber zu sprechen“, „Angst vor der Psychiatrie haben“, „durch schlimme Erlebnisse“ und „Freunde verlieren“, die dem Hauptcluster (I) „stoffgebundene Sucht“ zugeordnet wurden, auch eine starke assoziative Verbindung zum Hauptcluster (II) „psychische Erkrankungen“ aufweisen, was durch die enge räumliche Verknüpfung in der Abbildung deutlich wird. Desgleichen weisen insbesondere die Begriffe „Freunde“, „psychisch abhängig sein“ und „durch Stress“, die Hauptcluster (II) zugeordnet wurden, gleichwohl eine enge assoziative Verbindung zu Hauptcluster (I) auf.

Unter den oben genannten Clustern befindet sich ein Cluster mit den Begriffen „Kaufsucht“, „Sexsucht“ und „Spielsucht“. Dieser Cluster (III) wurde oft als *Süchte, die nichts mit Drogen zu tun haben*, *Sucht ohne Substanz* oder einfach *sonstige Sucht* benannt und wird im Folgenden als Cluster der „nicht-stoffgebundene Sucht“ bezeichnet.

Auf der Graphik ganz unten befindet sich Cluster (IV), der die Begriffe „Fernsehen“, „Computer“ und „harmlos“ beinhaltet und meist mit dem Oberbegriff „harmlose Sucht“ betitelt wurde.

Einige Begriffe wurden keinem der Cluster zugeordnet, befanden sich allerdings räumlich in der Nähe, so dass eine lose gedankliche Verbindung angenommen werden kann. So befindet sich der Begriff „Lehrer“ zwar in der Nähe des Clusters, der Kauf-, Sex- und Spielsucht beinhaltet, wird

aber nicht dazugezählt. Der Begriff „Medikamente helfen“ wurde ebenfalls keinem Cluster zugeordnet, steht jedoch noch am ehesten mit den Begriffen „Depression“ und „Schizophrenie“ in Verbindung. Die Begriffe „durch Erziehung“, „durch die Gesellschaft“, „durch das familiäre Umfeld“ und „selbstverschuldet“ wurden in der Nähe des Hauptclusters „stoffgebundene Sucht“ angesiedelt, wobei „selbstverschuldet“ gleichzeitig Nähe zum Hauptcluster „psychische Erkrankungen“ aufweist.

In den Außenbezirken des Schaubilds befinden sich die Begriffe, welche die Befragten häufig aussortierten. Mehr zu den aussortierten Begriffen unter Kapitel 3.2.3.

3.2.2 Ergebnisse der Befragung der Aussiedler

Die Aussiedler teilten die Begriffe, im Gegensatz zu den vier Hauptclustern der Einheimischen, in fünf Hauptcluster ein.

Ganz links im Bild befindet sich Hauptcluster (I). Er wurde von den Befragten als *schwerwiegende Sucht, abhängig von Stoffen sein* und *Drogensucht* charakterisiert und wird im Folgenden als Cluster der „stoffgebundenen Sucht“ bezeichnet. In ihm enthalten ist ein Subcluster (Ia), der durch die enge Assoziation der Begriffe „Zigaretten“, „Alkohol“, „durch Gruppenzwang“, „Selbsthilfegruppe“ und „Beratungsstelle“ zustande kommt. Außerdem befinden sich in dem Hauptcluster „stoffgebundene Sucht“ die Begriffe „Drogen“, „Heroin“, „Kokain“, „Marihuana / Haschisch“, „Ecstasy“, „durch Neugier“, „sich betäuben wollen“, „Freunde verlieren“, „aggressiv sein“, „durch den Freundeskreis“, „durch Unwissenheit“, „körperlich abhängig sein“, sozialer Abstieg“, „Arbeit verlieren“, „Familie verlieren“, „asozial sein“ und „gefährlich für das Umfeld“. Ebenfalls in diesem Cluster enthalten, jedoch etwas weniger eng assoziiert, befinden sich „durch Zufall“, „Jugendbetreuer / Jugendzentrum“, „psychisch abhängig sein“, „durch Stress“, „durch Probleme“, „Methadon“, „Schande“ und „Medikamente (Medikamentenabhängigkeit, Tablettenabhängigkeit)“.

Rechts von Hauptcluster (I) befindet sich Hauptcluster (II), dessen Kern die Essstörungen bilden. Diese stellen einen Subcluster (IIa) dar, in dem die Begriffe „Essstörung“, „Esssucht“, „Bulimie“, „Magersucht“, „peinlich“, „niemand darf es wissen“, „Krankheit“ und „niemandem etwas erzählen“ zusammengefasst werden. In einem etwas weiter gefassten Assoziationsbereich kommen die Begriffe „durch schlimme Erlebnisse“, „Angst vor der Psychiatrie haben“, „unglücklich sein“, „Psychiater“, „Psychologe“, „Familie“, „Freunde“, „professionelle Hilfe brauchen“, „Hilfe brauchen“, „Arzt“, „es alleine nicht schaffen“, „durch die Gesellschaft“ und

„Medikamente helfen“ hinzu. Vervollständigt wird dieser Cluster durch „oft verschwiegen“, „Hypnosebehandlung“, „Isolation“, „durch Probleme in der Entwicklung“, „Schwäche“, „durch das familiäre Umfeld“, „durch Erziehung“, „durch Einsamkeit“, „nicht selbstverschuldet“, „selbstverschuldet“ und die nur schwach assoziierten Begriffe „im Kopf nicht richtig sein“, „Lehrer“, „Kirche / religiöse Vertreter“, „durch Veranlagung in den Genen“.

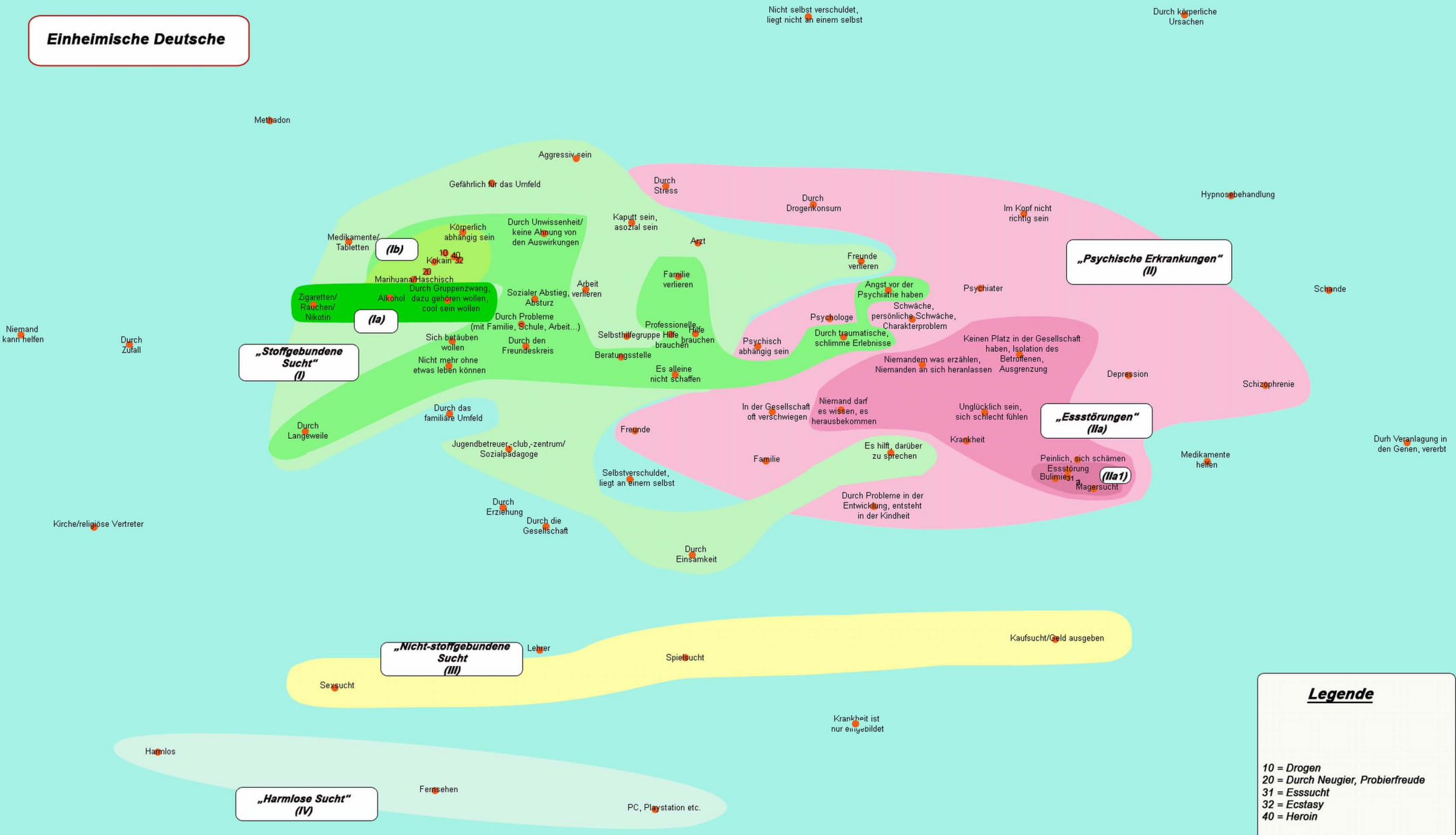
Schräg rechts unten befindet sich ein weiterer eher kleiner Cluster (III), in dem die Begriffe „Kaufsucht“, „Spielsucht“, „Sexsucht“ und „es hilft, darüber zu sprechen“ zusammengefasst wurden. Die Befragten bezeichneten diese Gruppierung häufig als *Sucht ohne Drogen* oder *Abhängigkeit von was anderem als Drogen*; im Folgenden wird dieser Cluster als „nicht-stoffgebundene Sucht“ bezeichnet.

Am unteren Bildrand erkennt man einen Cluster (IV), der die Begriffe „Computer“, „Fernsehen“, „harmlos“ und „durch Langeweile“ enthält. Dieser Cluster wurde meist als *nicht so schlimm*, *nicht gefährlich* oder *harmlos* bezeichnet und wird dementsprechend im Folgenden „harmlose Sucht“ genannt.

Schräg rechts oben befindet sich Cluster (V), in dem die befragten Migranten die Begriffe „durch körperliche Ursachen“, „Schizophrenie“, „Depression“ und „Krankheit ist nur eingebildet“ zusammenfassten. Er wurde von den Befragten häufig als Cluster der „Geisteskrankheiten“ bezeichnet.

Die verschiedenen Hauptcluster weisen mehrere Berührungspunkte auf, an denen wiederum einander nah stehende Begriffe eine assoziative Verknüpfung symbolisieren, obwohl sie unterschiedlichen Clustern zugeordnet sind. So befindet sich der Begriff „im Kopf nicht richtig sein“, der an sich dem Hauptcluster (II) der Essstörungen zugeordnet wurde, in unmittelbarer Nähe des Clusters (I), „stoffgebundene Sucht“. Ebenfalls Cluster (II) zugeordnet wurde der Begriff „Lehrer“, der sich jedoch auch in der Nähe des Clusters (IV) der „harmlosen Sucht“ befindet. Der Begriff „es hilft, darüber zu sprechen“ aus dem Cluster der „nicht-stoffgebundenen Sucht“ (III) wird gar umschlossen vom Cluster der Essstörungen (II). Die Begriffe „durch Probleme“, „durch Stress“, „Selbsthilfegruppe“, „Beratungsstelle“ und „psychisch abhängig sein“ aus dem Cluster (I) stehen in enger räumlicher Verbindung mit Cluster (II). Einzig der Cluster der „Geisteskrankheiten“ (V) steht abseits, scheinbar isoliert und losgelöst von den anderen Clustern.

Einheimische Deutsche



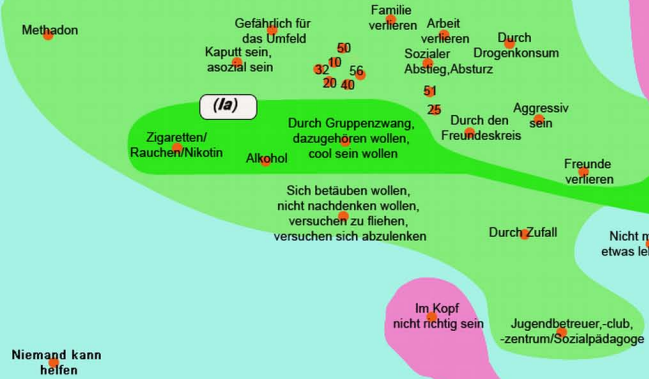
Legende

10	= Drogen
20	= Durch Neugier, Probiefreude
31	= Esssucht
32	= Ecstasy
40	= Heroin

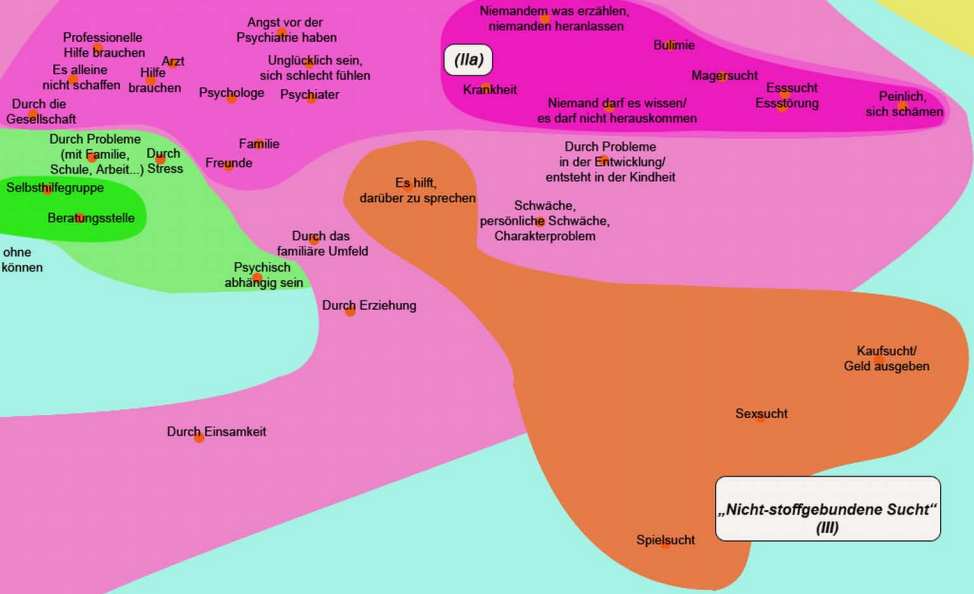
Abbildung 8: Pile Sort Einheimische Deutsche

Aussiedler

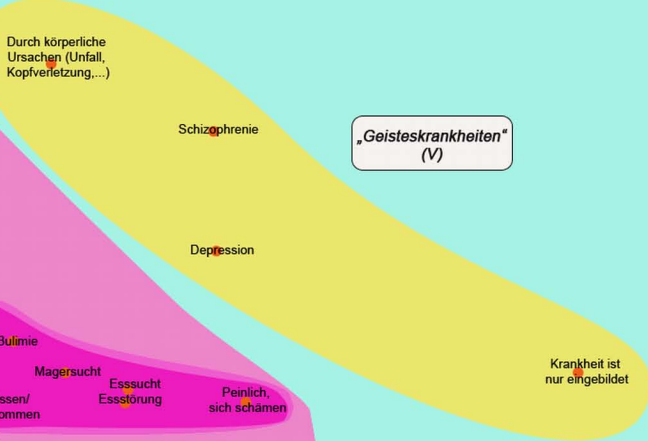
„Stoffgebundene Sucht“ (I)



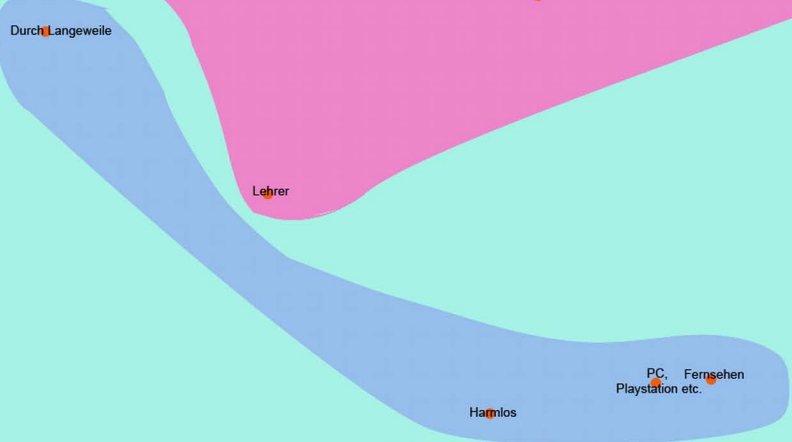
„Essstörungen“ (II)



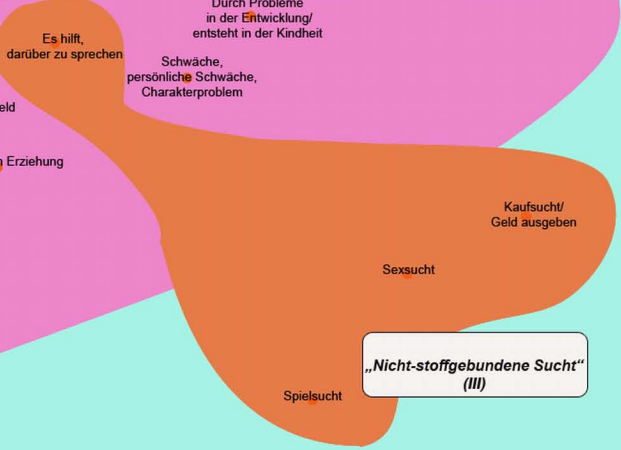
„Geisteskrankheiten“ (V)



„Harmlose Sucht“ (IV)



„Nicht-stoffgebundene Sucht“ (III)



Legende

- 10 = Drogen
- 20 = Durch Neugier, Probiertfreude
- 25 = Durch Unwissenheit, keine Ahnung von den Auswirkungen
- 32 = Ecstasy
- 40 = Heroin
- 50 = Kokain
- 51 = Körperlich abhängig sein
- 56 = Marihuana / Haschisch

Abbildung 9: Pile Sort Aussiedler

3.2.3 Aussortierte Begriffe

Jeder Teilnehmer durfte Begriffe, die ihm nicht zum Thema passend erschienen oder die er nicht zuordnen konnte oder wollte, aussortieren (s. Abbildung 10). Je höher die Prozentzahl derjenigen, die den Begriff aussortierten, desto ausgeprägter die Zurückweisung des Begriffes durch die Befragten. Betrachtet man die am häufigsten aussortierten Begriffe, fallen sowohl gruppenübergreifende Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf.

Der bei beiden Gruppen am häufigsten aussortierte Begriff ist „niemand kann helfen“, 65% der Einheimischen und 60% der Aussiedler hielten ihn für unzutreffend. Ebenfalls von beiden Gruppen fast gleichhäufig aussortiert wurden „Kirche / religiöse Vertreter“ (45% Einheimische / 40% Aussiedler) und „Lehrer“ (40% Einheimische / 45% Aussiedler). Alle drei Begriffe repräsentieren Vertreter aus der Gruppe 4 (Hilfe / Ansprechpartner).

Ähnlich auch die Verteilung der als Ursache für eine Abhängigkeitserkrankung oder andere psychische Erkrankung in Frage kommenden Begriffe „durch Veranlagung in den Genen“ (50% Einheimische / 40% Aussiedler) und „durch Zufall“, der von 25% der Einheimischen und von 15% der Aussiedler aussortiert wurde.

„Krankheit ist nur eingebildet“ lehnten 45% der Einheimischen und 35% der Aussiedler ab, der Begriff „harmlos“ wurde von 35% der Einheimischen und 25% der Aussiedler als nicht zuordenbar bezeichnet.

Interessanter Weise sortierten 20% (Einheimische) bzw. 25% (Aussiedler), also rund ein Viertel aller Befragten, den Begriff „Schizophrenie“ aus.

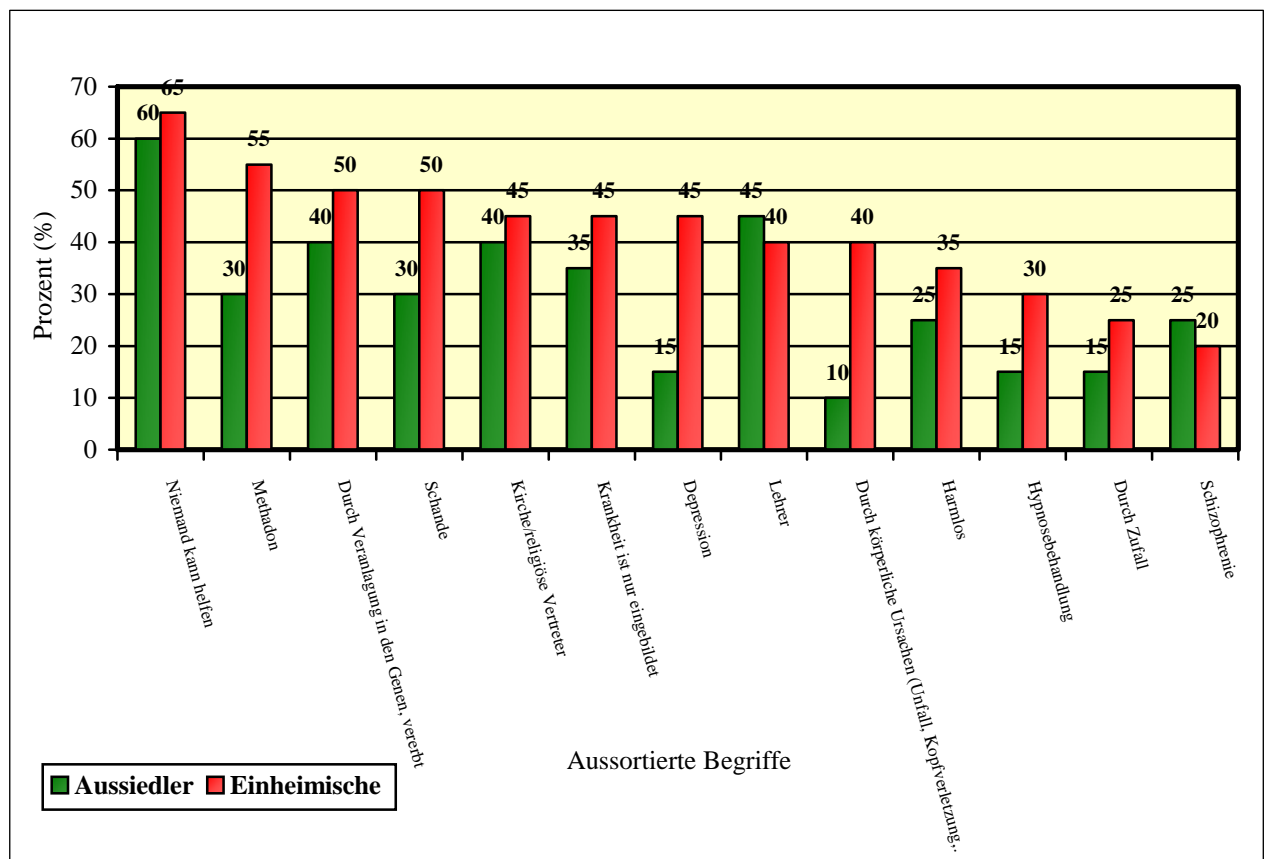
Wie schon erwähnt gab es jedoch auch unterschiedliche Beurteilungen bezüglich der Eignung der Begriffe. So wurde beispielsweise der Begriff „Depression“ von 45%, d.h. fast die Hälfte aller einheimischen Befragten als nicht zuordenbar bezeichnet. Dies taten dagegen nur 15% der Migranten.

Des Weiteren besteht eine Diskrepanz bei der Beurteilung des Begriffs „durch körperliche Ursachen“ als Erklärung für Abhängigkeitserkrankungen oder andere psychische Erkrankungen. Während 40% der Einheimischen diesen Begriff als unpassend oder nicht zutreffend bewerteten, war dies nur bei 10% der befragten Aussiedler der Fall.

Einer „Hypnosebehandlung“ als adäquate Therapieoption standen einheimische Jugendliche

skeptischer gegenüber als jugendliche Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion. Der Begriff wurde von 30% der Einheimischen und 15% der Aussiedler abgelehnt. Des Weiteren waren die einheimischen Befragten auch kritischer gegenüber „Methadon“ als geeignete Therapiemöglichkeit, das von 55% der Einheimischen und 30% der Aussiedler aussortiert wurde. Der Begriff „Schande“ wurde von 50% der Einheimischen und 30% der Migranten als inadäquat betrachtet.

Abbildung 10: Aussortierte Begriffe (in Prozent)



3.2.4 Vergleich der Ergebnisse beider Gruppen

Die Zuordnungen der beiden untersuchten Gruppen wiesen neben vielen Gemeinsamkeiten auch einige bedeutsame Unterschiede auf.

Zunächst fällt auf, dass Aussiedler und Einheimische vergleichbare Hauptcluster der Kategorien „harmlose Sucht“, „nicht-stoffgebundene Sucht“ und „stoffgebundene Sucht“ bildeten.

Darüber hinaus formten die einheimischen Jugendlichen einen vierten Cluster mit „psychischen Erkrankungen“ (IV), dem sowohl Essstörungen als auch die Begriffe „Depression“ und „Schizophrenie“ als typische psychische Erkrankungen zugehörig waren, während die jugendlichen Aussiedler diese Begriffe in zwei separate Hauptcluster unterteilten. Sie bildeten folglich insgesamt fünf Hauptcluster, neben den oben genannten noch die Cluster „Essstörungen“ (IV) und „Geisteskrankheiten“ (V).

Bei den Aussiedlern steht Cluster (V) „Geisteskrankheiten“, der die Begriffe „Depression“, „Schizophrenie“, „durch körperliche Ursachen“ und „Krankheit ist nur eingebildet“ beinhaltet, am Rande der Abbildung, isoliert von den anderen Clustern; nur wenige Begriffe wurden ihm zugeordnet. Auffällig ist dabei ferner, dass diesem Cluster der Begriff „durch körperliche Ursachen“ zugeordnet wurde, den 40% der einheimischen Jugendlichen gänzlich ablehnten und keinem der Cluster zuordneten. Auch der enthaltene Begriff „Krankheit ist nur eingebildet“ wurde von einheimischen Jugendlichen häufiger aussortiert als von den Aussiedlern und ebenfalls keinem der Cluster zugeordnet.

Betrachtet man die übrigen Cluster, fallen weitere Unterschiede auf. Zunächst zum Cluster der Essstörungen (Aussiedler) bzw. der Essstörungen und psychischen Erkrankungen (Einheimische). Beide Gruppen beziehen neben den Begriffen „Essstörung“, „Esssucht“, „Magersucht“ und „Bulimie“ auch negativ konnotierte Begriffe wie „peinlich“, „niemand darf es wissen“ und „niemandem was erzählen“ mit ein. Die deutschen Befragten setzten auch den Begriff der „Isolation“ in engen Zusammenhang mit den vorher genannten, die Migranten dagegen ordneten diesen Begriff zwar auch im weiteren Sinne den Essstörungen zu, jedoch scheint er, auf Grund seines Abstandes zum Hauptcluster, nicht in gleicher Weise von Belang zu sein.

Beide Gruppen wiesen der Gruppe der Essstörungen das Attribut „Krankheit“ zu. Während die Einheimischen den Essstörungen den Begriff „psychisch abhängig sein“ zuordneten, wurde

dieser von den jugendlichen Aussiedlern in den Cluster der „stoffgebundene Sucht“ eingruppiert. In beiden Fällen befindet sich der Begriff allerdings in enger räumlicher Nähe zum jeweiligen anderen Cluster, d.h. beiden Stichproben scheint der Begriff sowohl für den einen als auch für den anderen Themenkomplex relevant zu sein.

Als Ursachen im engeren Sinne wurden von den jugendlichen Migranten die Begriffe „durch die Gesellschaft“ (der von einheimischen Jugendlichen keinem Cluster zugeordnet wurde) und „durch schlimme Erlebnisse“ benannt, wobei letzterer von einheimischen Jugendlichen zwar auch als relevant bezüglich Essstörungen eingestuft, aber vordringlich dem Cluster (I) „stoffgebundene Sucht“ zugeordnet wurde.

Der Begriff „im Kopf nicht richtig sein“ wurde von beiden Gruppen dem Cluster der Essstörungen, bzw. der Essstörungen und psychischen Erkrankungen zugeordnet. Die befragten Aussiedler brachten ihn jedoch in Zusammenhang mit dem Cluster der „stoffgebundenen Sucht“, so dass dieser Begriff bei den jugendlichen Migranten für beide Themenkomplexe relevant zu sein scheint.

Zur Problemlösung wurden von den befragten Aussiedlern verschiedene Begriffe dem Essstörungscluster (II) zugeordnet, die von einheimischen Befragten anders lokalisiert wurden. So beurteilten die jugendlichen Aussiedler beispielsweise die Begriffe „Hypnosebehandlung“ und „Medikamente helfen“ als geeignet zur Hilfe bei Essstörungen, beides Begriffe, die von einheimischen Jugendlichen als ungeeignet empfunden wurden und keinem der Cluster zugeordnet wurden. Des Weiteren wurden von beiden Gruppen sowohl Hilfe durch Menschen aus dem privaten Umfeld, wie „Freunde“ und „Familie“, als auch Hilfe von einem „Psychiater“, oder „Psychologen“ als adäquat empfunden.

Bei Betrachtung des Clusters der „stoffgebundenen Sucht“ beider Gruppen fällt zunächst auf, dass beide Gruppen einen Subcluster bildeten, in dem die Begriffe „Zigaretten“, „Alkohol“ und „durch Gruppenzwang“ zusammengefasst wurden. Ergänzt wird dieser Cluster bei den befragten Aussiedlern jedoch von den Begriffen „Selbsthilfegruppe“ und „Beratungsstelle“ als Ansprechpartner. Dahingegen wurden die Begriffe „es alleine nicht schaffen“, „Hilfe brauchen“, „professionelle Hilfe brauchen“ und „Arzt“ von den befragten Migranten nicht, wie von den befragten Einheimischen, dem Cluster „stoffgebundene Sucht“, sondern dem Essstörungscluster zugeordnet.

Der Begriff „Schande“ wurde von den jugendlichen Aussiedlern als dem Cluster der „stoffgebundenen Sucht“ zugehörig titulierte. 30% hielten ihn jedoch für nicht zuordenbar. Dagegen wurde dieser Begriff von den einheimischen Jugendlichen keinem Cluster zugeteilt und sogar 50% sortierten ihn gänzlich aus. „Asozial sein“ wurde von den jugendlichen Aussiedlern stärker mit Drogenkonsum assoziiert als von den Einheimischen. Der Begriff „nicht mehr ohne etwas leben können“ wurde von Letzteren eng mit „stoffgebundener Sucht“ in Verbindung gebracht, während die befragten Migranten diesen Begriff keinem Cluster zuordneten.

Als Ursachen für eine Abhängigkeit von Suchtstoffen führten beide Gruppen unter anderem die Begriffe „durch Neugier“, „durch Unwissenheit“ und „durch den Freundeskreis“ an. Aussiedler hielten jedoch auch den Begriff „durch Zufall“ häufiger für zutreffend, während die Einheimischen diesen Begriff keinem der Cluster zuordneten. Auf der anderen Seite hielten einheimische Befragte den Begriff „durch Langeweile“ für geeignet, eine Ursache für stoffgebundene Sucht darzustellen, während die befragten Aussiedler diesen Begriff dem Cluster (IV) „harmlose Sucht“ zuteilten.

Des Weiteren fällt auf, dass Einheimische der „stoffgebundenen Sucht“ die Begriffe „Angst vor der Psychiatrie haben“ und „es hilft, darüber zu sprechen“ zuordneten. Beide Begriffe stehen allerdings auch in engem Bezug zum Cluster mit Essstörungen und anderen psychischen Erkrankungen. Für befragte Migranten standen weder der Begriff „Angst vor der Psychiatrie haben“ noch der Begriff „es hilft, darüber zu sprechen“ in Zusammenhang mit „stoffgebundener Sucht“, wobei letzterer dem Cluster der „nicht-stoffgebundenen Sucht“ zugeteilt und in Beziehung zu Essstörungen positioniert wurde.

3.2.5 Interpretation der im Pile Sort Verfahren gewonnenen Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse der Pile Sorts bergen interessante Informationen über die Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten von jugendlichen Aussiedlern und Einheimischen. Während im vorherigen Kapitel die Ergebnisse der beiden Gruppen miteinander verglichen wurden, werden nun die für die Fragestellungen interessanten Aspekte näher betrachtet.

In Zusammenhang mit dem Inanspruchnahmeverhalten der Migranten von Suchthilfeeinrichtungen ist insbesondere von Interesse, welche Ansprechpartner bzw. Institutionen die jugendlichen Migranten für geeignet hielten, bei einem Problem mit Suchtstoffen zu helfen. Aufschlussreich ist, dass die befragten Migranten lediglich das Aufsuchen von niedrigschwelligen Hilfsangeboten, wie Jugendberater, Jugendzentrum,

Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe, bei Problemen mit Drogen für angebracht hielten. Die Konsultation eines Arztes wurde dagegen von den jugendlichen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion als unzweckmäßig eingestuft. Genauso wenig wurde es als sinnvoll erachtet, über das Problem zu sprechen. Einheimische Jugendliche ordneten im Gegensatz dazu die Begriffe „Hilfe brauchen“, „professionelle Hilfe brauchen“, „Arzt“ und „es hilft, darüber zu sprechen“ dem Cluster der stoffgebundenen Süchte zu. Der Begriff „es alleine nicht schaffen“ wurde von den Aussiedlern, im Unterschied zu den Einheimischen, nicht diesem Cluster zugeordnet, d.h. im Umkehrschluss, dass die befragten Aussiedler der Meinung sind, eine Abhängigkeitserkrankung sei sehr wohl alleine zu bewältigen. Dies wird auch dadurch verdeutlicht, dass sie es für untypisch erachteten, wenn man im Rahmen einer Abhängigkeitserkrankung „nicht mehr ohne etwas leben“ könne. Insgesamt wird das Problem anscheinend von den jugendlichen Aussiedlern als eines betrachtet, bei dem es nicht notwendig ist, medizinische Hilfe zu suchen. Der Konsum von Drogen scheint bei den befragten Migranten zwar etwas negativer konnotiert zu sein als bei den Einheimischen (was durch die engere Assoziation mit den Begriffen „Schande“ und „asozial sein“ illustriert wird); dennoch entsteht der Eindruck, dass die befragten Aussiedler eher das Gefühl hatten, die Kontrolle über die Erkrankungen zu behalten und selber mit dem Problem fertig zu werden.

Essstörungen wurden von beiden Gruppen als Krankheit bezeichnet. Diese sei peinlich, und daher dürfe niemand etwas davon wissen. Als Ansprechpartner wurden dennoch Freunde und Familie aufgeführt, genauso wie ein Psychologe oder Psychiater. Darüber hinaus waren die befragten Migranten jedoch auch offen gegenüber medikamentösen Behandlungsmethoden oder einer Hypnosebehandlung.

Während es den Jugendlichen meist leicht fiel, die verschiedenen Begriffe assoziativ den Bereichen der Abhängigkeitserkrankungen (inklusive Essstörungen) zuzuordnen, hatten sie oft Schwierigkeiten beim Beurteilen der Begriffe der „klassischen“ psychischen Erkrankungen, Depression und Schizophrenie.

Bei beiden Gruppen scheinen diese Begriffe nicht in die Gesamtheit des Themenkomplexes eingebunden zu sein, bei den befragten Aussiedlern ist dieser Themenbereich sogar regelrecht isoliert von den anderen Clustern. Wenige Assoziationen wurden geweckt, selten Zuordnungen von Begriffen vorgenommen. Depression und Schizophrenie scheinen in der Gedankenwelt der Jugendlichen im Gegensatz zu Drogenkonsum und Essstörungen nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Oft war ein regelrechtes Abwehrverhalten der Befragten zu beobachten. Während die

meisten der Jugendlichen darauf drängten, ihre Ansichten über Abhängigkeitserkrankungen kund zu tun, „verstummten“ viele regelrecht, wenn sie beispielsweise die Karte mit dem Begriff „Schizophrenie“ vor sich hatten. Häufig kam es zu Äußerungen, die deutlich machen sollten, dass man (sinngemäß) „das erstens selber nicht hat, zweitens niemanden kennt, der das hat und drittens auch nichts damit zu tun haben will“. Diese Reaktion war gruppenübergreifend, verstärkt jedoch bei den Aussiedlern zu beobachten. Interessant ist allerdings, dass diese den Begriff „durch körperliche Ursachen“, also beispielsweise eine Kopfverletzung, als verantwortlich für eine solche Erkrankung in Betracht zogen, während 40% der einheimischen Befragten diesen Begriff aussortierten und keinem der Cluster zuordneten.

Dass „durch körperliche Ursachen“, „Schande“, „Hypnosebehandlung“ und „Methadon“ von einheimischen Jugendlichen häufiger aussortiert wurden als von den jugendlichen Migranten impliziert, dass die letzteren diesen mehr Bedeutung zumessen. Dies kann einerseits dahingehend interpretiert werden, dass psychische Erkrankungen bzw. Abhängigkeitserkrankungen für sie eher eine Bedrohung darstellen, die „Schande“ bedeutet und schlechtes Ansehen für die Familie eines Betroffenen nach sich ziehen könnte. Andererseits weisen „körperliche Ursachen“ als Begründung einer Abhängigkeits- oder anderen psychischen Erkrankung darauf hin, dass gegebenenfalls auch eine medikamentöse Behandlungsform den Migranten sinnvoll erscheint. Die Gemeinsamkeit zwischen medikamentöser Behandlung und einer Hypnosebehandlung könnte die passive Rolle des Patienten in beiden Fällen sein. Übersteigert ausgedrückt wird dem passiven Patienten sowohl bei medikamentöser Behandlung als auch bei Hypnose „etwas verabreicht“, wobei Eigenbeteiligung in Form von aktiver Mitarbeit des Patienten nicht vorausgesetzt wird, was dagegen bei den meisten psychotherapeutischen Therapieoptionen der Fall ist.