

Eine in Deutschland lebende ukrainische Psychologin antwortet auf die Frage nach der Notwendigkeit einer Therapie in Muttersprache folgendes:

„Ich finde nicht, dass man so maximalistisch sein muss, diese Forderungen, das ist einfach nicht umzusetzen. Ich glaube, ganz wichtig ist, dass die Leute, wohin sie auch kommen, dass sie sich aufgehoben fühlen. Ich glaube ein Deutscher, der, also in dem Fall russisch sprechen kann, wäre natürlich genial, oder irgendjemand der russisch spricht, das wäre genial. Aber ich glaube für viele, die eben selber deutsch sprechen, ich glaube es wäre wichtig für die, dass sie das Gefühl haben sie sind ... aufgehoben. (...) Es kommt auf Offenheit an. Und Interesse. (...) Und die Bereitschaft, dieses 'andere' zu akzeptieren, weißt du, einfach akzeptieren, der andere ist anders“ (I3: 489-506).

5. Diskussion

5.1 Methodenkritik

Untersuchungen zu stigmatisiertem Verhalten: Forschungen zu stigmatisiertem Verhalten, welches auch Abhängigkeitserkrankungen umfasst, sind mit besonderen Problemen verbunden. So gilt für alle Abhängigkeitserkrankungen, dass sie meist als normabweichend bewertet werden und formelle sowie informelle Sanktionen mit sich bringen. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass auch in der empirischen Forschung Ängste vorhanden sind, über ein Verhalten Auskunft zu geben, welches negativ bewertet werden könnte. Für Befragungen, die sich auf diskreditierbares Verhalten beziehen, gilt demzufolge, dass Verzerrungen unvermeidlich sind. So ist zum Beispiel davon auszugehen, dass das tatsächliche Verhalten verborgen bleibt, verfälschte Auskünfte gegeben oder andere Vermeidungsstrategien gewählt werden. Der „Wünschbarkeitseffekt“ schlägt somit bei Befragungen zu stigmatisiertem Verhalten besonders zu Buche. Daher sind Befragungsmethoden zu wählen, die sich an einer natürlichen Gesprächssituation orientieren und dem Befragten verdeutlichen, dass sein Gegenüber mit den Problemen vertraut ist. Abzulehnen ist dagegen eine Art der Befragung, die durch ihren formalisierten Ablauf einer behördlichen Datenerhebung ähnelt. Dementsprechend sind auch statistische Erhebungen mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, weshalb Verlässlichkeit und Gültigkeit derartiger Ergebnisse eingeschränkt sind. Wie für alle Bereiche des stigmatisierten Verhaltens, so ist auch in Bezug auf Suchtverhalten und -erkrankungen von einem Dunkelfeld auszugehen, das in seiner Relation zum Hellfeld nicht genau bestimmbar ist. Gerade wegen dieser Schwierigkeiten ist es unverzichtbar, die Handelnden selbst mit Hilfe von persönlichen

Befragungen zu Wort kommen zu lassen.

Geht man von der Stigmatisierungsproblematik aus, versteht es sich von selbst, dass für die Gewinnung der Stichprobe kein randomisiertes Verfahren angewandt werden konnte. Bei beiden befragten Gruppen war von einem Misstrauen auszugehen, dass sich auf die Befragung im Rahmen der Drogenproblematik bezieht. Insbesondere bei den jugendlichen Aussiedlern ist anzunehmen, dass Gesprächssituationen abgelehnt werden, die einer amtlichen Erhebung ähneln, zumal wenn die Befragung durch eine nicht dem eigenen Kulturkreis zugehörige Person durchgeführt wird.

Zum Abbau derartiger Kommunikationsbarrieren trug bei, dass die Herstellung der Kontakte durch „Empfehlungen“ erfolgte. Die Einführung des Interviewers in die Gruppe als eine „vertrauenswürdige Person“ erleichterte die Rekrutierung von Teilnehmern. Die Stichprobe ist auf diese Weise „selbstselektiv“. Allerdings werden dadurch auch Verzerrungen vermieden, die andernfalls durch mangelnde Motivation oder Angst vor negativen Folgen bei den auskunftgebenden Personen eingetreten wären. Ohne den über „Empfehlungen“ hergestellten Vertrauensschutz hätte eine empirische Untersuchung vermutlich nur sehr viel schwerer realisiert werden können.

Qualitative versus quantitative Forschungsansätze: Die qualitative Forschung ist für die Transkulturelle Psychiatrie von besonderem Wert, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Untersuchung von kulturellen Phänomenen „*keine experimentelle Wissenschaft*“ ist, „*die nach Gesetzen sucht*“, sondern vielmehr eine „*erklärende, die nach Bedeutungen sucht*“ (Geertz 1983: 9). Die World Health Organization (WHO) ist dafür zuständig, Erhebungsinstrumente zu entwickeln, die sich in allen Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen anwenden lassen (Üstün et al. 2001). Damit ergibt sich die Frage, wie die Eigenarten einzelner Kulturen genügend zur Geltung gebracht werden können. Es geht also in der transkulturellen Forschung darum, nicht nur Ähnlichkeiten sondern auch Differenzen zu ermitteln (ebd. 2001: 49). So kommt es darauf an, mit den verwendeten Untersuchungsmethoden die Bedeutung von Phänomenen vor dem Hintergrund der Kultur genügend zu erfassen. Üstün et al. (2001: 49) kommen zu dem Ergebnis: „*Qualitative Methoden sind am besten zur Prüfung komplexer Situationen geeignet, bei denen die genaue Natur der Beziehung verschiedener Variablen nicht klar ersichtlich ist. Diese Methoden gestatten es, Daten zu erheben, die dann dazu verwendet werden können, die quantitativen Beziehungen zwischen diesen Variablen abzubilden*“. Um die Lücke zwischen qualitativen und quantitativen Ansätzen zu schließen stehen verschiedene

Forschungsinstrumente zur Verfügung. Speziell für die Transkulturelle Psychiatrie empfehlen Üstün et al. (2001) beispielsweise das Pile Sort Verfahren. Techniken wie diese „(...) liefern eine methodologische Basis zur Überbrückung von ethnographischen Forschungsdesigns einerseits und Umfragen bzw. Experimenten andererseits, da sie typischerweise sowohl qualitative (Beschreibungen von Bedeutungen) und quantitative (Clusteranalyse, Multidimensionale Skalierung, Correspondenzanalyse) Daten nutzen“ (ebd. 2001: 64). Die vorliegende Thematik der Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen lässt eine Anwendung rein quantitativer Methoden, wie auch aus den vorhergehenden Ausführungen hervorgeht, nicht zu. In wichtigen Teilbereichen konnte das zu erforschende Verhalten nur in persönlichen Gesprächen erfasst werden, in denen das Vertrauen der Befragten gewonnen werden konnte. Ziel dieser Untersuchung ist es also nicht, quantifizierbare und repräsentative Daten über Abhängigkeitserkrankungen von Aussiedlern im Vergleich zu einheimischen Deutschen zu gewinnen. Es sollten nicht durch entsprechend große Stichproben statistisch signifikante Aussagen über eine Grundgesamtheit gewonnen werden. Vielmehr zielte die Arbeit darauf ab, durch nachvollziehendes Verstehen die im alltäglichen Verhalten zur Wirkung kommenden Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten zu rekonstruieren und ihre Bedeutung für Prävention und Therapie zu ermitteln. Dabei standen die Hypothesenbildung und die Entwicklung von Forschungsfragen im Vordergrund. Den Befragungen liegt demnach ein qualitativer Ansatz zugrunde.

Unklar ist, in welchem Maße Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen veränderlich sind und welche Faktoren zu einer Revision dieser Konzepte beitragen. Schon Kleinman (1988) hat darauf hingewiesen, dass Erklärungsmodelle nicht statisch sind, sondern mit Veränderungen der Lebensumstände sowie des sozialen Umfeldes einer fortlaufenden Überprüfung unterzogen werden. McCabe und Priebe (2004b) gehen sogar von einer hohen Instabilität der Erklärungsmodelle aus. Auch Williams und Healy (2001) kommen zu der Feststellung, dass Erklärungsmodelle variabel sind, weshalb sie – anstelle von „explanatory model“ – den Begriff der „explanatory map“ vorschlagen. Der zuletzt genannte Begriff der „explanatory map“ legt nahe, dass Erklärungsmodelle nicht als logisch konsistentes, rationales Konstrukt zu sehen sind, d.h. als ein in sich stimmiges System, bei dem sich einzelne Elemente gegenseitig bedingen. Vielmehr weisen ihrer Meinung nach die verschiedenen Bestandteile des Modells einen lockeren Zusammenhang auf und können bei Bedarf ergänzt oder ersetzt werden. Explanatory model heißt also, dass Situationen beschrieben werden, die sich im Verlauf des Lebens ändern, wobei versucht wird, mit neuen Situationen auf der Grundlage gedanklicher Konstrukte zurecht zu

kommen. Wichtig wäre es daher zu klären, unter welchen Umständen sich Erklärungsmodelle ändern, was also deren konstitutiven Bestandteile sind. Besonders bei Migranten ist davon auszugehen, dass mit dem Prozess der Akkulturation auch die Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen reflektiert und auf neue Gegebenheiten ausgerichtet werden. Entsprechend stellten Heinz und Payne-Jackson (1998) fest, dass Jamaikaner, die in den Vereinigten Staaten von Amerika lebten, eine erhöhte Distanzierung zu ursprünglichen, in der heimatlichen Kultur verankerten Erklärungsmodellen für „Blutkrankheiten“ aufwiesen. Unter anderem wurde eine positive Korrelation zwischen Aufenthaltsdauer in den Vereinigten Staaten und im Pile Sort auf Grund von subjektiver Unbrauchbarkeit aussortierten Begriffen zu traditionellen Vorstellungen von „Blutkrankheiten“ festgestellt (Heinz und Payne-Jackson 1998). Es wäre daher interessant, in weiteren Untersuchungen eine Veränderung der Erklärungsmodelle über die Zeit zu berücksichtigen, da die vorliegende Untersuchung hierüber keine Auskunft gibt bzw. diese Fragestellung nicht zur Betrachtung stand.

Eine Interviewsituation, die durch Standardisierung der Fragen und durch Antwortvorgaben sich von einem lebensweltlichen Kontext zu sehr unterscheidet, hätte Forschungsartefakte entstehen lassen oder zum Abbruch der Gespräche führen können. Nichtsdestoweniger wurde der Forderung nach Vergleichbarkeit durch Zugrundelegen eines Gesprächsleitfadens Rechnung getragen. Eine derartige „Regie“ der Kommunikation wurde von den Befragten nicht als unangemessenes Gesprächsverhalten empfunden.

Auch bei den Pile Sorts wurde Wert auf ein spontanes, authentisches Antwortverhalten der Befragten gelegt, während durch das Sortieren der zuvor im Free Listing gewonnenen Begriffe – die für alle Teilnehmer gleich waren – weitgehend identische Ausgangsbedingungen geschaffen wurden. Da Jugendliche eine besonders hohe Empfindlichkeit gegenüber einer rigiden Gesprächsführung zeigen, wurden für die Befragung Orte gewählt, die ihnen bereits vertraut waren und häufig als Gruppentreffpunkt dienten. Ist es bei einer Befragung in der natürlichen Umgebung auch schwierig, die Anwesenheit anderer Personen zu vermeiden, so war es nichtsdestoweniger möglich, eine Beeinflussung durch andere auszuschließen und Ungestörtheit zu gewährleisten. Dass zunächst mit dem Pile Sort Verfahren begonnen wurde, welches weder unter dem Aspekt der sozialen Kontrolle noch der Leistungsmessung Misstrauen erregte, trug zu einer vertrauensvollen Gesprächssituation bei. Erst zum Abschluss wurde der standardisierte Fragebogen zur Erhebung personenbezogener Daten vorgelegt.

Die Erhebungen wurden in deutscher Sprache durchgeführt, was in Bezug auf die Herstellung

einer natürlichen Gesprächssituation Nachteile mit sich brachte. Ein Fremdheitseffekt musste einkalkuliert werden, zumal eine persönliche Bekanntschaft zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht vorlag. Andererseits ist jedoch nicht auszuschließen, dass eine zu starke Vertrautheit des Forschers möglicherweise mit einer Einengung der Sichtweise und der Blindheit für neue Aspekte einhergeht. Obwohl ungenügende Deutschkenntnisse der befragten Aussiedler als Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Untersuchung gehandhabt wurden, könnte dennoch eine mangelnde Vertrautheit mit der deutschen Sprache durch die Erlernung des Deutschen als Zweitsprache dazu geführt haben, dass die Bedeutungen von Begriffen und semantische Kontexte nicht voll erfasst oder durch muttersprachliche Konnotationen beeinflusst wurden. Hinweise für eine solche Verzerrung wurden bei explizitem Nachfragen aber nicht geschildert.

5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in den wissenschaftlichen Forschungsstand

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass differierende Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen sowohl im Vorfeld einer Behandlung als auch bei der Durchführung von Therapien von großer Bedeutung sind. Erklärungsmodelle gehen mit einem spezifischen „*help-seeking*“ – Verhalten einher, weshalb sie eine Zugangsbarriere zum Suchthilfesystem darstellen können (Krieg et al. 2002; Penka 2004; Hunner et al. 2001). Doch selbst wenn diese überwunden wurden und der Betroffene eine Hilfseinrichtung aufsucht, wird eine erfolgreiche – und für beide Seiten zufrieden stellende – Behandlung durch differierende Erklärungsmodelle des therapeutischen Personals und der Patienten mit Migrationshintergrund erschwert. Die Auffassungen beider Seiten über Ursachen, Symptome, zu erwartenden Verlauf und bestmögliche Therapie stimmen oftmals nicht überein. Erwartungen, die der Patient an eine Behandlung und an seinen Therapeuten stellt, werden nicht erfüllt. Ebenso wenig entspricht der Patient den Erwartungen, die der Therapeut gemäß seines Rollenverständnisses und seines Erklärungsmodells für die Krankheit an ihn richtet. Enttäuschungen, Konflikte, Frustration und Unmut auf beiden Seiten sind mögliche Folgen. Dies wiegt umso schwerer, als der Erfolg medizinischer Maßnahmen von der Akzeptanz des Patienten abhängt und somit an kulturelle Plausibilitäten gebunden ist (Illhardt et al. 1994).

Auch Foulks et al. (1986) betonen, dass vermehrte Integration der Erkenntnisse über Erklärungsmodelle in Prävention und Therapie zu einer verbesserten Compliance des Patienten führen können. Ergänzend stellen McCabe und Priebe (2004a) fest, dass die Zufriedenheit der

Patienten größer ist, wenn eine Konkordanz zwischen Erklärungsmodell des Patienten und des Arztes besteht (vgl. dazu auch Callan und Littlewood 1998). Yamamoto et al. (1984) demonstrierten anhand ihrer Untersuchung die Möglichkeit, die Zufriedenheit von Patienten durch eine Schulung der Therapeuten bezüglich des kulturellen Hintergrunds der Betroffenen zu erhöhen. Die Patienten, die durch speziell ausgebildete Ärzte behandelt wurden, zeigten sich außerdem eher bereit, auch in Zukunft medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. V. Ferber et al. (2003) gelangen ebenfalls zu der Erkenntnis, dass Krankheitskonzepte soziokulturell geprägt sind und Unterschiede in diesen zu Missverständnissen und Non-Compliance führen können. Sie unterstreichen daher die Notwendigkeit, die dadurch beeinflusste Arzt-Patienten-Kommunikation zum Thema ärztlicher Fortbildung zu machen und weitere Forschungen zu dieser Fragestellung durchzuführen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können folgendermaßen zusammengefasst werden: Von den jugendlichen Aussiedlern wurde, stärker als von den Einheimischen, eine Aussonderung der Begriffe vorgenommen, die mit psychischen Erkrankungen zusammenhingen. So nehmen in der graphischen Umsetzung der Ergebnisse, die mit dem Pile Sort Verfahren erzielt wurden, die Begriffe „Schizophrenie“ und „Depression“ eine gesonderte Position außerhalb des übrigen semantischen Feldes ein. Eine mögliche Schlussfolgerung hieraus wäre, dass die Jugendlichen sich nicht mit diesem Thema auseinandersetzen wollten, ein Eindruck, der sich auch bei der Durchführung der Pile Sorts ergab. Die weitergehende Vermutung, dass eine soziale Distanz in Bezug auf psychisch Kranke sowie die Psychiatrie als Institution vorliegen könnte, wurde durch die Aussagen von Betroffenen und Experten in den Leitfadeninterviews bestätigt. So berichtet eine Expertin (I2: 395-404), dass psychisch Kranke in der ehemaligen Sowjetunion als „*asozial*“ angesehen würden und man durch den Aufenthalt in einer Psychiatrie zu den „*letzten Menschen*“ gehöre. In den Interviews galten psychiatrische Institutionen bei den Betroffenen als repressive staatliche Instanz und als Instrument der sozialen Kontrolle. Stärker noch als einheimische Deutsche hatten Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion, vermutlich aufgrund der dort vorherrschenden Verhältnisse, die Befürchtung, durch eine psychiatrische Behandlung ein Opfer von sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung zu werden. Diese Untersuchungsergebnisse werden durch Studien von Levav et al. (1990) und Shulman und Adams (2002) gestützt, die eine geringere Toleranz russischer Einwanderer nach Israel (Levav 1990) bzw. der russischen Bevölkerung im Vergleich zur britischen Bevölkerung (Shulman und Adams 2002) gegenüber psychisch kranken Menschen feststellten. Bei den befragten Experten herrschte der Eindruck vor, dass Kontakte mit Psychiatern, Psychologen, Pflegepersonal etc. bei

den Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion angstbesetzt seien und ihrer Ansicht nach nur als letzte Möglichkeit und Ausweg aus einer Notsituation in Frage kämen. Betroffenen würden stigmatisierende und angstauslösende Begriffe wie „Schande“, „einschließen“, „geschlossene Station“ und „mit Medikamenten voll pumpen“ mit einer psychiatrischen Behandlung assoziieren, was auch Heidebrecht (1998: 70) schildert, der darauf aufmerksam macht, dass Einweisungen in eine Entwöhnungstherapie in der Sowjetunion „*praktisch immer zwangsweise*“ erfolgten. Folglich würden die Aussiedler den Begriff „*Therapie*“ sofort mit „*Polizei, Stacheldraht, strenge Bewachung*“ assoziieren. Czycholl (1998b: 41, 1998c: 101f) beobachtete ebenfalls massive Ängste der Aussiedler vor einer Therapie, die „*aus in der Sowjetunion geprägten Vorstellungen von Alkoholismusbehandlung*“ resultierten. So seien Widerstand, Verschlossenheit und Skepsis sowie geringe Therapiemotivation und mangelnde Compliance oftmals Folgen der durch die rigide sowjetische Psychiatrie geprägten Vorstellungen. Längere Phasen der Eingewöhnung und der Vertrauensbildung seien daher erforderlich.

Im Gegensatz zu den psychischen Erkrankungen ist Alkoholkonsum, wie das Pile-Sort-Verfahren zeigt, nicht nur bei den einheimischen Jugendlichen, sondern auch bei den Aussiedlern in das semantische Netzwerk integriert und hat eine zentrale Bedeutung im Alltag der Jugendlichen. Der Begriff „Alkohol“ weist in beiden Stichproben eine enge räumliche Nähe zu dem Begriff „dazugehören wollen“ bzw. „Gruppenzwang“ auf. Alkoholkonsum ist – genauso wie das Rauchen von Zigaretten – folglich Bestandteil des Gruppenlebens der Jugendlichen. Alkoholkonsum ist positiv bewertet und stellt in gewisser Weise eine Voraussetzung für Kontakte mit Gleichaltrigen und Akzeptanz dar. Obwohl Alkohol auch in der Kultur der Einheimischen verankert ist, hat er doch, wie die Experten in den Interviews auf der Grundlage ihrer Erfahrungen betonen, in der Gruppe der Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion einen besonderen Stellenwert. In der Forschung wird diese Einschätzung von verschiedenen Autoren bestätigt. Platz (zitiert nach Mißbeck 2004) vermutet beispielsweise, dass ein Drittel der ca. 300.000 in Berlin lebenden aus Russland stammenden Migranten Alkoholprobleme habe. Herrmann und Schwantes (2002: 88) heben auf Grund einer von ihnen durchgeführten Studie den unkritischen Umgang mit Alkohol durch Migranten aus dem osteuropäischen Raum hervor: „*Der Genuss hochprozentiger Alkoholika wird als normal empfunden. Das erschwert ein Erkennen und eine Behandlung von alkoholbedingten Problemen*“. Alkoholabhängigkeit sei bei dieser Personengruppe ein eindeutiger Schwerpunkt im Suchtverhalten (ebd.: 132f).

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass Einheimische und Einwanderer aus der ehemaligen

Sowjetunion Alkoholkonsum grundsätzlich akzeptieren, jedoch auch deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen und zwar in Hinblick auf den Umgang mit Alkohol, die Einschätzung der Folgen, insbesondere der Alkoholabhängigkeit, und den Erwartungen an eine Therapie.

Während Alkoholkonsum toleriert, in gewisser Weise sogar erwartet oder vom Umfeld gefordert wird und man sich durch das gemeinsame Trinken gegenseitige soziale Zugehörigkeit demonstriert, ist offenbar das Verhalten gegenüber dem „Alkoholiker“ bei den Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion von wenig Toleranz geprägt. „Alkoholiker“ zu sein bedeutet für sie laut den Interviews insofern etwas anderes als für einheimische Deutsche, als dieser Begriff intensiver mit dem Stigma des „asozial-seins“ belegt ist. Der Alkoholiker wird diskriminiert und sein Verhalten wird häufig als gesellschaftsschädigend und kriminell angesehen. Sowohl die Experten als auch die betroffenen alkoholabhängigen Migranten erwähnen in diesem Zusammenhang mehrfach den Begriff „Schande“ (M2: 51; M3: 116-117; M3: 177-186; I3: 182-185). Laut einer Expertin (I3: 322-329) ist der Satz: „*Ich bin Alkoholiker*“ für die Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion „*beinahe unaussprechbar*“. Auch die Betroffenen gaben an, dass in Deutschland eher die Möglichkeit bestehe, sich zu der Alkoholabhängigkeit zu bekennen (M1: 263-265; M3: 129-132). Diese Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie werden durch Arbeiten anderer Autoren bestätigt. So berichtet Heidebrecht (1998: 70f), dass das Krankheitsbild des „*Alkoholismus*“ in der Sowjetunion viel „*härtere Kriterien*“ beinhalte als in Deutschland. Das Wort „Alkoholiker“ sei für Aussiedler inakzeptabel (vgl. auch Braun 1998: 107), in ihrem Herkunftsland sei es die „*allerletzte Beschimpfung*“ gewesen. Alkoholiker war, „*wer in der Gosse lag, ganz tief unten war, nichts Menschliches mehr hatte*“. Ähnlich äußern sich in der vorliegenden Studie sowohl ein alkoholabhängiger Migrant aus der ehemaligen Sowjetunion („*Wenn er irgendwo in der Gosse liegt oder so, dann ist er Alkoholiker (...)*“ (M2: 107), als auch ein Experte, der erklärt, dort wären nur „*Extremformen*“ des Alkoholkonsums als „*Alkoholismus*“ bezeichnet worden, die in hiesigen „*Kategorien*“ schon „*Verwahrlosungsformen*“ entsprechen würden (I1: 635-648).

Obwohl also bei beiden Gruppen, Aussiedlern und Einheimischen, der Alkoholkonsum als positiv empfunden wird, gilt der Alkoholmissbrauch bei den Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion als ein nahezu krimineller Akt, der folgerichtig eine „Behandlung“ in einer gefängnisartigen Institution mit sich bringt (White 1996: 155). Eine nähere Betrachtung zeigt, dass sich hinter diesen unterschiedlichen und scheinbar widersprüchlichen Wahrnehmungen

jeweils spezifische Erklärungsmodelle verbergen. So zeichnen sich auf Seiten der Aussiedler zwei Grundmuster von Erklärungsmodellen für Alkoholabhängigkeit ab:

Zum einen *Alkoholkonsum als „Charakterschwäche“*: Lange Zeit wird Alkoholkonsum – auch in exzessivem Ausmaß – gebilligt (I5: 796-805) und als mehr oder weniger normal, gegebenenfalls als Ausdruck einer persönlichen Eigentümlichkeit bzw. als „*seelischer Zustand*“ (M2: 68), angesehen. Der Alkoholkonsum führt offenbar nicht zu Diskreditierungen. Er erscheint vielmehr als sozialverträgliche Eigenschaft, die keine verstärkte Intervention, allenfalls Zuwendung von Seiten des privaten Umfelds erfordert. In den Pile Sorts stellte sich heraus, dass die befragten Aussiedler den Begriff „Alkohol“ auch mit Selbsthilfegruppe und Beratungsstelle in Verbindung brachten. Diese Hilfsangebote erschienen als Fortsetzungen informeller Hilfe durch die Gruppe der Familienangehörigen und Freunde. Es ergab sich der Eindruck, dass der institutionelle Charakter von „Selbsthilfe“ und „Beratung“ eventuell nicht erkannt wurde. Medizinische Hilfe wurde dagegen abgelehnt.

Zum anderen *Alkoholabhängigkeit als behandlungsbedürftige Krankheit*: Wird das Stadium der Toleranz gegenüber dem als Charakterschwäche angesehenen Alkoholkonsum überschritten, was im Vergleich zu der Einschätzung einheimischer Deutscher in einer späteren Phase der Fall ist (I1: 635-648, vgl. auch Heidebrecht 1998: 70), gilt Alkoholabhängigkeit als ernstzunehmende, behandlungsbedürftige Krankheit und zwar vor allem mit den Konsequenzen einer somatischen Erkrankung. Diese Grenze wird erreicht, wenn der Betroffene durch den Alkoholkonsum und dessen Folgen soweit geschädigt ist, dass seine soziale und physische Existenz auf dem Spiel stehen, er also an offensichtlichen körperlichen Symptomen leidet, verhaltensauffällig wird und nicht in der Lage ist, sich an beruflichen und privaten Aktivitäten zu beteiligen. Der Wandel im Umgang mit dem Betroffenen von der zuvor diagnostizierten und tolerierten „Schwäche“ des Alkoholkonsums zur Definition als Krankheit ist deutlich markiert. Dem Betroffenen wird nun nicht mehr mit Toleranz und unterstützendem Verhalten, sondern mit Verachtung und Diskriminierung begegnet. Mit dem Eintreten einer dauerhaften Hilflosigkeit sowie dem Versagen des informellen Hilffsystems gilt eine institutionelle und medizinisch orientierte Intervention als angebracht.

Die Interviews machten deutlich, dass im Falle der als Krankheit anerkannten Alkoholabhängigkeit eine Therapie durch „medizinische Hilfe“ im Sinne von „handfesten Methoden“ wie z.B. Reinigungsinfusionen, Tabletten und Spritzen erwartet wird. Offenbar besteht eine hohe Erwartungshaltung in Hinblick auf eine schnelle und effiziente Heilung. Auch

durch die Forschungsliteratur wird dieses Grundmuster bestätigt. So verweist Peseschkian (2002: 54) darauf, dass der russische Patient sich nach jeder „Sitzung“ besser fühlen möchte und dies auch *„als ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung der Kompetenz und Fähigkeit des Therapeuten“* ansieht. Herrmann und Schwantes (2002: 108) ziehen ähnliche Schlüsse aus den von ihnen durchgeführten Interviews. So hätten eine Fixierung auf die Behandlung mit Medikamenten und der Wunsch nach schneller Hilfe eine Auswirkung auf die Therapieerwartungen der Migranten: *„Beratung wollen die wenigsten. Die Sucht solle mit Tabletten bekämpft werden“*. Auch Heidebrecht (1998: 70f) berichtet, dass eine intensive Behandlung mit Medikamenten, Hypnose und suggestiven Methoden erwartet werden würde. Die in der Bundesrepublik üblichen, nicht auf den direkten Effekt hinzielenden psychotherapeutischen Maßnahmen wie beispielsweise Gruppengespräche werden – wie aus den Leitfadenterviews ersichtlich – abgelehnt. Dementsprechend schildert auch Eljaschewitsch Erfahrungen mit Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion: *„Ihnen erscheint das als Geschwafel. Viele Patienten bevorzugen drastische Maßnahmen und fragen uns zum Beispiel, ob es Medikamente zur Blutreinigung gebe“* (zitiert nach Mißbeck 2004). Und auch Heidebrecht (1998: 70f) kommt zu der Erkenntnis, dass bewährte psychotherapeutische Verfahren nicht ernst genommen und als „Kindergarten“ abgetan werden.

Viele der in Deutschland üblichen psychotherapeutischen Methoden erfordern eine aktive Mitarbeit des Patienten. Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion erleben sich jedoch oftmals als passives Objekt einer körperlichen Erkrankung. Daher ist es laut Heidebrecht (1998) für Migranten häufig schwer einsehbar, dass sie selbst gefordert sind und Einblick in ihr Inneres gewähren sollen. Die Preisgabe solcher persönlicher Details erscheint ihnen nicht nur sinnlos sondern macht sie auch misstrauisch. Wie ein Experte (15: 555-556) berichtet, hätten die Migranten die Vermutung *„immer werden irgendwem Informationen da weitergereicht (...) es ist besser, man behält wirklich alles für sich“*. So schildert auch Braun (1998: 109), dass Aussiedler häufig auf Grund der in den Herkunftsländern gemachten Erfahrungen Angst davor hätten, dass etwas aus ihrem Innenleben öffentlich werden könnte. Vor dem Hintergrund dieser gefühlten Passivität seitens der Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion ist es auch nicht überraschend, wenn – gewissermaßen als Alternative oder Ergänzung der medizinischen Versorgung – Hypnose oder klassische aversive Methoden, die ebenfalls aus Sicht des Patienten durch Passivität gekennzeichnet sind, gewünscht werden. Unter anderem zeigen die in den Pile Sorts aussortierten Begriffe, dass die Aussiedler dem Verfahren der Hypnose aufgeschlossener

gegenüberstehen als ihre einheimischen Altersgenossen.

Dieser Befund deckt sich ebenfalls mit der Wahrnehmung der Experten, dass dem Arzt bzw. Therapeuten von Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion auch hier in Deutschland eine Rolle zugeschrieben wird, die dem klassischen „Arzt-Patient-Verhältnis“ mit dem durch überlegenes Fachwissen ausgezeichneten Arzt und dem unwissenden, abhängigen Patienten entspricht. Häufig wird von Experten die Beobachtung geäußert, dass der Patient eine passive Rolle einnimmt und die Verantwortung für den Behandlungserfolg dem Arzt überträgt. In ähnlicher Weise stellen Peseschkian (2002: 54ff) und Boll-Palievskaya (2005) fest, dass der Patient einen direktiven, gleichfalls jedoch auch fürsorglichen Stil des Behandelnden erwartet. Während dieses Modell in der ehemaligen Sowjetunion noch vorherrschend ist, entsprechen hiesige Therapeuten bzw. Ärzte oftmals nicht den Rollenbildern der Migranten, was auf beiden Seiten Irritation und Frustration hervorruft. Laut Braun (1998) wirkt sich die aus Passivität und Widerstand gegen die Preisgabe persönlicher Informationen resultierende scheinbar geringe Compliance negativ aus. Der Betroffene erfahre Ablehnung und werde in eine Außenseiterposition gedrängt.

Wie die Pile Sorts gezeigt haben, werden Abhängigkeitserkrankungen von den Aussiedlern nicht als ein Problem wahrgenommen, das die Inanspruchnahme professioneller bzw. medizinischer Hilfe erfordert. Wenn auch nicht auf Abhängigkeitserkrankungen bezogen, lassen sich dennoch die Untersuchungsergebnisse von Wittig et al. (2004) mit den vorliegenden Resultaten in Bezug setzen. Die Autoren führten eine Erhebung bei 300 Spätaussiedlern zu gesundheitsrelevanten Themen durch und stellten fest, dass die Befragten allgemein eine höhere Inanspruchnahme des Laiengesundheitssystems aufwiesen, während Ärzte und Apotheken seltener aufgesucht wurden. Erst bei Problemen, mit denen das Laiengesundheitssystem überfordert war, nahmen Spätaussiedler den Kontakt zum professionellen Gesundheitssystem auf. Auch Herrmann und Schwantes (2002: 107) wiesen darauf hin, dass Migranten im Allgemeinen häufig erst dann einen Arzt aufsuchen, wenn sie *„am Ende sind“* und *„wenn sie es nicht mehr schaffen“*.

Zentrale Elemente des westlichen, schulmedizinischen Abhängigkeitsbegriffes wie z.B. *„nicht ohne etwas leben können“* und *„es alleine nicht schaffen“* wurden von den jugendlichen Aussiedlern im Gegensatz zu den einheimischen Jugendlichen nicht dem Themenkomplex der Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet. Dieses Kontrollgefühl, das sich die Jugendlichen selbst zuschreiben, birgt die Gefahr einer Überschätzung der eigenen Kräfte und Möglichkeiten, so dass Hilfseinrichtungen gar nicht oder aber zu spät aufgesucht werden könnten. Zu ähnlichen

Erkenntnissen gelangte auch Penka (2004) in einer mit türkischen Migranten durchgeführten Studie. Zwischen türkischen Migranten und Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion ergeben sich deutliche Parallelen im Hinblick auf ein verstärktes Gefühl der Kontrolle des Suchtmittelkonsums. Auch türkische Migranten lehnten zentrale Begriffe des schulmedizinischen Konzeptes der Abhängigkeit ab, die jedoch häufig in Informationsbroschüren und anderen Aufklärungsmaterialien verwendet werden. Penka (2004) kommt daher zu dem Schluss, dass präventive Aufklärungsarbeit Unterschiede in Krankheitskonzepten von Migranten und Einheimischen aufgreifen sollte, um verständliche Informationen zu bieten. Weitere Parallelen gab es hinsichtlich der Einschätzung von Essstörungen durch einheimische Deutsche, die sowohl in der vorliegenden Untersuchung als auch in der Studie von Penka (2004) mit negativ konnotierten Begriffen wie Scham, Schande, Peinlich- und Heimlichkeit assoziiert wurden.

Es sind aber nicht allein die unterschiedlichen Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen, die sich als Zugangsbarrieren für Aussiedler zum deutschen Suchthilfesystem auswirken. Während in der vorliegenden Untersuchung Faktoren wie die Furcht vor Stigmatisierung, die Ablehnung einer in den Herkunftsländern als Werkzeug der sozialen Kontrolle eingesetzten Psychiatrie sowie Unkenntnis von therapeutischen Methoden als Zugangsbarrieren aufgedeckt werden konnten, machte Penka (2004) bei der Befragung türkischer Migranten auf weitere Faktoren aufmerksam: Frustration, mangelnde Integration und fehlende Perspektiven beschrieben die Situation der befragten drogenabhängigen türkischen Migranten, die sich negativ auf die Motivation zur Therapieaufnahme auswirkte. Türkische Drogenabhängige berichteten zudem über vorangegangene Diskriminierungserfahrungen sowie Angst vor Abschiebung und entwickelten alternative Problemlösungsstrategien (z.B. Militärdienst, Aufenthalt in der Türkei).

Eine verminderte Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen durch Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion wird in der vorliegenden Arbeit von Experten auch auf Sprachbarrieren zurückgeführt, die sich deshalb als besonders gravierend auswirken, weil sie der Überwindung weiterer Hindernisse – beispielsweise Informationsdefizite, Misstrauen gegenüber Behörden und Institutionen sowie Unkenntnis der Arbeitsweise der Therapeuten – im Wege stünden. Herrmann und Schwantes (2002: 105f, 138) verweisen neben Zugangsbarrieren politischer und kultureller Art ebenfalls auf sprachliche Hindernisse. Des Weiteren machten sie eine Tabuisierung des Themas innerhalb der Migrantenfamilie und in deren sozialen Umwelt aus, die möglicherweise

eine Behandlungseinleitung hinauszögert (ebd.: 96). Darüber hinaus hat laut den Ergebnissen der vorliegenden Studie sowohl das auf historische Erfahrungen zurückzuführende Misstrauen gegenüber psychiatrischen und staatlichen Institutionen, als auch die mangelnde Vertrautheit mit der hiesigen Lebensweise Zugangsbarrieren zur Folge. Während in Deutschland therapeutische Hilfsangebote gewissermaßen selbstverständlich in die Alltagswirklichkeit integriert seien und auch in Medien reflektiert würden, habe es laut den Experteninterviews in der ehemaligen Sowjetunion keine solche „*psychotherapeutische Kultur*“ gegeben. Mehrheitlich sei die Bevölkerung unvertraut mit den Methoden einer Psychotherapie. Dementsprechend sei auch die soziale Akzeptanz gegenüber der Inanspruchnahme psychologischer bzw. psychiatrischer Hilfe gering (vgl. Peseschkian 2002: 53).

5.3 Forschungsausblick

Auch wenn es sich heute nicht mehr bezweifeln lässt, dass der qualitativen Forschung im Rahmen der Transkulturellen Psychiatrie ein „*durchaus eigenständiger Wert*“ (Pfeiffer 1994: 16) zukommt, sie also nicht etwa nur die Vorstufe zu quantitativen Untersuchungen darstellt, wäre die Ergänzung der gewonnenen Erkenntnisse durch die quantitative Forschung vorteilhaft. Insbesondere wäre es wünschenswert, dass die hier vorgestellten Ergebnisse künftig durch weitere Untersuchungen zu dieser Thematik, möglicherweise auch durch den Vergleich mit Daten, die sich auf größere Kollektive beziehen, weiter abgesichert werden. Eine Annäherung an die quantitative Erfassung von Erklärungsmodellen stellt die Studie von McCabe und Pribe (2004a) dar, die bei vier ethnischen Gruppen die Erklärungsmodelle für Schizophrenie untersucht haben. Neben anderen Merkmalen erfassten die Autoren die Erklärungsmodelle der Patienten mittels einer modifizierten Version des „Short Explanatory Model Interview“ (SEMI; Lloyd et al. 1998). Die Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und einzelne Textelemente feststehenden Kategorien zugeteilt. Auf diese Weise konnten Unterschiede in den Erklärungsmodellen sowie Therapieerwartungen der Patienten berechnet und in Bezug zu soziodemographischen, klinischen und psychologischen Variablen gesetzt werden. Auch wenn durch die Reduzierung der komplexen, in Interviews gewonnenen Informationen mit dem Zweck, diese in feste Kategorien einzuordnen, interessante Aspekte verloren gehen, konnten dennoch wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. Erfolgreich wurde die Erhebung qualitativer Daten mit quantitativen Ergebnissen im Bereich der Erklärungsmodelle verbunden.

In der vorliegenden Arbeit kam es jedoch auf den Entdeckungszusammenhang an. Einzelne Zusammenhänge, wie z.B. typische Erklärungsmodelle, sollten möglichst detailgenau

nachgezeichnet und wiedergegeben werden. Dass diese Ergebnisse modifiziert werden müssen und dass eventuell weitere typische Muster zu finden sind, kann nicht ausgeschlossen werden. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Untersuchung von Kultur keine experimentelle Wissenschaft ist, die nach Gesetzen sucht, sondern vielmehr eine interpretierende Wissenschaft, die nach Bedeutung sucht (Geertz 1983: 9).

Sicher wäre es aufschlussreich, das Pile Sort Verfahren bezüglich Abhängigkeitserkrankungen auch mit anderen Bevölkerungssegmenten durchzuführen. Wichtig erscheint weiterhin, bereits abhängigkeitskranke Aussiedler sowie Einheimische mit Hilfe des Pile Sorts zu befragen, da zu vermuten ist, dass persönlich Betroffene andere Zuordnungen vornehmen würden. Vor diesem Hintergrund könnte festgestellt werden, welchen Einfluss die Erkrankung selbst bzw. das Aufsuchen von Hilfe auf die Erklärungsmodelle hat. Auch wäre es wünschenswert, das Altersmerkmal zu variieren und neben den Jugendlichen Angehörige der Eltern- und Großelterngeneration zu erfassen, um Erkenntnisse über die Bedeutung von Akkulturationseffekten sowie die speziellen Auswirkungen historischer Erfahrungen zu erhalten.

Ein weiterer möglicher Ansatz wäre, Pile Sorts mit Vertretern des therapeutischen Personals auf der einen Seite und Patienten auf der anderen Seite durchzuführen. Hierdurch könnten beispielsweise Erklärungsmodelle des Pflegepersonals für psychische Erkrankungen mit den Erklärungsmodellen der Patienten selbst verglichen werden. Differenzen wären dabei unter anderem aufschlussreich für das Verständnis von Compliance und Non-Compliance.

Auch gibt es bisher nur unzureichende Informationen darüber, in welchem Umfang psychiatrische Hilfseinrichtungen von Aussiedlern in Anspruch genommen werden. Wie erwähnt ist die statistische Erfassung von Aussiedlern generell erschwert. Erforderlich wäre es daher, eine Panelstudie in psychiatrischen Institutionen und Drogenhilfeeinrichtungen durchzuführen, die in regelmäßigen Abständen Herkunftsland und Aufenthaltsstatus der Patienten bzw. Klienten erfasst. Allerdings könnte dies durch einen selbstverständlichen Einbezug solcher Merkmale in die Dokumentation zur Qualitätssicherung unnötig werden, was derzeit jedoch zumeist nicht praktiziert wird.

5.4 Schlussfolgerungen für die Praxis

Mit den Erkenntnissen der Transkulturellen Psychiatrie, insbesondere in Verbindung mit dem Wissen über unterschiedliche Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen, lassen sich Schlussfolgerungen für präventive Arbeit und therapeutische Praxis formulieren. In Hinblick auf

suchtgefährdete Aussiedler macht die vorliegende Studie deutlich, dass diese ihr persönliches Potenzial zur Bewältigung einer Abhängigkeitserkrankung häufig überschätzen. Insbesondere gingen sie davon aus, dass Abhängigkeitserkrankungen nicht mit einem Verlust an Kontrollfähigkeit verbunden seien. Das subjektive Gefühl der Hilfsbedürftigkeit tritt erst zu einem späten Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs ein. Krankheitssymptome werden von dem sozialen Umfeld nicht als solche erkannt, sondern als persönliche Besonderheit gedeutet, die keiner speziellen Intervention bedürfen. In der Aufklärungsarbeit sollte daher der Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen, angefangen von Frühsymptomen bis hin zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, dargestellt und den Jugendlichen nahe gebracht werden. Außerdem erscheint es erforderlich, dass Besonderheiten der Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen, vor allem auch in Hinblick auf die Einschätzung der Kontrollfähigkeit durch die jugendlichen Aussiedler, in der Aufklärungsarbeit und in den Materialien zur Suchtprävention thematisiert werden. Da die Jugendlichen mit Migrationshintergrund den ärztlichen Hilfsangeboten distanziert gegenüberstehen, empfiehlt es sich, auch und gerade auf solche Therapieoptionen hinzuweisen, die von medizinischer Seite zur Verfügung gestellt werden. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion den medizinischen, insbesondere psychiatrischen Einrichtungen misstrauen.

Während die Aussiedler der Effizienz verbaler psychotherapeutischer Methoden offenbar skeptisch gegenüber stehen, ist auch der Einsatz von medizinischen Methoden oftmals angstbesetzt. Falsche Vorstellungen, geprägt durch die Situation in den Herkunftsländern, bestehen auch in Hinblick auf letztgenannte Verfahren.

Eine Möglichkeit zur effizienten Aufklärung und Prophylaxe könnte darin bestehen, Familienangehörige schon im Vorfeld der Abhängigkeitserkrankung einzubeziehen. Denn gerade für Migranten ist zwar der familiäre Zusammenhalt von großer Bedeutung, problematischer Suchtmittelkonsum wird jedoch häufig nicht nur in der Familie, sondern auch nach außen hin tabuisiert, um eine „Entblößung“ in der Öffentlichkeit zu vermeiden. Da therapeutische, zumal ärztliche Hilfsangebote der Migrantenfamilie als Einmischung erscheinen können, ist es möglich, dass sich das familiäre Netzwerk als kontraproduktiv bezüglich der Hilfe und der Prävention von Suchterkrankungen erweist. Dem kann durch eine gezielte Ansprache von Angehörigen entgegengewirkt werden.

Aus den Untersuchungsergebnissen geht hervor, dass – auch bei einer schwerwiegenden

Erkrankung – von den Aussiedlern nur ein Ausschnitt aus dem Spektrum therapeutischer Möglichkeiten akzeptiert wird. Im Vordergrund steht eine somatische Betrachtungsweise; die Rolle des Patienten ist durch Passivität gekennzeichnet. Daher sollte, vor allem bei einer Hospitalisierung, den Kranken so begegnet werden, dass ihre spezielle Erwartungshaltung, geprägt durch kulturell bedingte Erklärungsmodelle, in den Therapieplan einbezogen wird. So ist darauf zu achten, dass allmählich die erhöhten Erwartungen an (invasiv-) medizinische Methoden und medikamentöse Behandlung abgebaut werden. Gleichzeitig sollten dem Patienten Wege zur Heilung erklärt werden, die für ihn neu sind, wie z.B. verbale psychotherapeutische Methoden. Wünschenswert wäre, dass eine Enttäuschung des Patienten und die daraus resultierenden Abwehrreaktionen vermieden werden. Es müsste daher eine beständige Prüfung und Abschätzung dahingehend erfolgen, in welchem Maße der Patient im Rahmen des therapeutischen Geschehens schon zu einer aktiven Mitarbeit in der Lage ist. Im Gegenzug sollte auch das therapeutische Personal darüber aufgeklärt werden, dass es Unterschiede in den Erklärungsmodellen für Abhängigkeitserkrankungen und damit verbundene Verhaltensweisen der Patienten gibt. Eine passive und scheinbar desinteressierte Haltung des Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion darf nicht als mangelnde Therapiebereitschaft missverstanden werden. Die Untersuchungsergebnisse lassen vermuten, dass es auf Grund von unterschiedlichen Erklärungsmodellen bei Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion und einheimischem Personal zu paradoxen Interaktionssituationen kommen kann, die ohne Aufklärungsarbeit zu Frustrationen und Unmut auf beiden Seiten führen können.