

6. Zusammenfassung

Forschungsarbeiten im Bereich der Transkulturellen Psychiatrie gewinnen heutzutage an praktischer Bedeutung, da insgesamt die gesundheitliche Versorgung von in Deutschland lebenden Migranten zum therapeutischen Alltag geworden ist und einer besonderen Berücksichtigung bedarf (Heinz und Krieg 2003; Heise et al. 2001). Insbesondere das Thema Migration und Sucht ist in den letzten Jahren in den Blickpunkt der öffentlichen Wahrnehmung und des wissenschaftlichen Interesses gerückt (Boos-Nünning 2002: 11; Salman 1999: 11). Verschiedene Stimmen weisen auf eine erhöhte Suchtproblematik in der Bevölkerungsgruppe der knapp drei Millionen seit 1989 immigrierten Aussiedler hin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000; Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2000, 2002; Czycholl 1998a, 1998b). Das Suchthilfesystem der Bundesrepublik ist jedoch nur in seltenen Fällen auf die speziellen Erwartungen und Bedürfnisse der Migranten eingestellt (Salman 1999: 12; Salman und Collatz 1999: 129; Gaitanides 1998: 62f; Haasen et al. 2001a, 2001b; Czycholl 2002; Barth 2002; Bauer 1996: 58). Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass gefährdete Personen häufig nicht durch präventive Maßnahmen erreicht werden, da sie sich von diesen unter anderem durch Unterschiede in den Erklärungsmodellen für Abhängigkeitserkrankungen nicht angesprochen fühlen (Penka 2004). Ein von der Mehrheitsgesellschaft abweichendes Erklärungsmodell kann als Zugangsbarriere zum Suchthilfesystem fungieren, weshalb das Wissen über die bei Migranten vorherrschenden Erklärungsmodelle, und zwar sowohl während einer Behandlung als auch in deren Vorfeld, eine wichtige Bereicherung darstellt (Kleinman 1980; Heinz und Krieg 2003; Marsella und Yamada 2000; Penka 2004).

Besondere Einstellungen und Verhaltensmuster im Umgang mit der Psychiatrie ergeben sich bei Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion aus der Funktion, die diese dort übernommen hatte. In der Sowjetunion wurde die Psychiatrie als repressives Werkzeug des Staates missbraucht (Shulman und Adams 2002). In der Folge setzte die Bevölkerung eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik mit einem Gefängnisaufenthalt gleich (Salina 1991). Auch in Fällen von Alkoholabhängigkeit kam es zu Behandlungen in „*zuchthausartigen Arbeitslagern*“ (White 1996: 155). Zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit wurden vielfach auf Angst oder Aversion basierende Verfahren angewendet (Lustig 1964; Becker und Zeiler 1995). In der Forschungsliteratur wird auf ein gespaltenes Verhältnis gegenüber dem Alkoholkonsum hingewiesen, das bei der Bevölkerung der ehemaligen Sowjetunion und somit auch der nach Deutschland migrierten Aussiedler zu beobachten sei. Einerseits würde Alkoholkonsum hoch

geschätzt und sei in der Kultur verankert, andererseits gehe der Alkoholmissbrauch, der mit einer „Behandlung“ in gefängnisartigen Institutionen bestraft wurde, mit Stigmatisierung und Ausgrenzung einher (Heidebrecht 1998; Braun 1998; White 1996; McKee 1999; Zinchenko 1994).

Um Erkenntnisse über die Erklärungsmodelle von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion für Abhängigkeitserkrankungen sowie deren Bedeutung für Prävention und Therapie zu erlangen, wurden drei Verfahren angewendet. Im ersten Teil der Untersuchung wurden zunächst 42 einheimische deutsche Jugendliche und 42 jugendliche Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion gemäß eines Free Listings gebeten, relevante Begriffe zu den Themen „Sucht“ und „psychische Erkrankungen“ zu nennen. Nach einer Auszählung wurden die häufigsten Begriffe auf Karten notiert, um im nächsten Schritt, dem Pile Sort Verfahren, verwendet zu werden. 20 einheimische Jugendliche und 20 jugendliche Aussiedler wurden mittels des Pile Sorts befragt. Sie wurden aufgefordert, die vorgelegten Begriffe durch Einteilung in beliebig viele Stapel in einen für sie sinnvollen Zusammenhang zu bringen. Für sie nicht zuordenbare Begriffe konnten aussortiert werden. In der Auswertung der erhobenen Daten durch das Computerprogramm „Anthropac“ (Borgatti 1996) wurde mittels einer hierarchischen Clusteranalyse und einer multidimensionalen Skalierung graphisch erkennbar, welche Begriffe einander häufig zugeordnet wurden. Ein semantisches Netzwerk wurde abgebildet, das eine enge assoziative Verknüpfung zweier Begriffe durch räumliche Nähe anzeigt.

Der zweite Teil der Untersuchung umfasste Leitfadeninterviews mit jeweils sechs Experten und Alkoholabhängigen, darunter drei Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und drei einheimische Deutsche. Jeweils anschließend wurden die Tonbandaufnahmen transkribiert. Die Auswertung der Interviews wurde mittels des Programms winMAX (Kuckartz 1999), einem computergestützten Analyseprogramm für qualitative Interviews, durchgeführt.

Die vorliegende Untersuchung ergab, dass unterschiedliche Erklärungsmodelle von Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion sowohl als Zugangsbarriere zum Suchthilfesystem als auch im therapeutischen Alltag von Bedeutung sind. Dies kam zum einen darin zum Ausdruck, dass die jugendlichen Aussiedler im Gegensatz zu den Einheimischen Begriffe, die einen Kontrollverlust durch Drogenabhängigkeit charakterisieren, („nicht mehr ohne etwas leben können“, „es alleine nicht schaffen“ sowie „Hilfe brauchen“), als irrelevant im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen betrachteten. Es ist davon auszugehen, dass dieses Kontrollgefühl, das sich die Jugendlichen selbst zuschrieben, die Gefahr einer Überschätzung der eigenen Kräfte

und Möglichkeiten in sich birgt, so dass Hilfseinrichtungen gar nicht oder aber zu spät aufgesucht werden.

Weiterhin wurde festgestellt, dass Aussiedler befürchteten, durch die Identifikation als Abhängigkeitserkrankter stigmatisiert und ausgegrenzt zu werden. Aversive Einstellungen herrschten auch gegenüber einer psychiatrischen Behandlung vor. Die Ablehnung der Psychiatrie auf Grund ihrer Funktion als Werkzeug der sozialen Kontrolle in den Herkunftsländern, sowie Widerstände gegen die Preisgabe von persönlichen Informationen, insbesondere gegenüber behördlich wirkenden Institutionen, stellen schwerwiegende Zugangsbarrieren dar. Hinzu kommen Sprachprobleme und Unkenntnis therapeutischer Methoden.

Auch bei der Bewertung des Alkoholkonsums ließen sich Unterschiede zwischen Einheimischen und Aussiedlern feststellen. So ist der Genuss von Alkohol zwar in beiden Kulturen verankert, dennoch lässt sich der Unterschied – wenn auch nur unvollständig – mit den Worten eines alkoholabhängigen Aussiedlers (M2: 51-52) charakterisieren: „(...) *hier toleriert man Alkoholismus und in Russland toleriert man Alkohol (...)*“. So ließen sich bei den Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion zwei Grundmuster der Erklärungsmodelle für Alkoholabhängigkeit beobachten. Der, zum Teil auch exzessive, Konsum von Alkohol gilt zunächst als der Norm entsprechend und wird gewissermaßen als „Charakterschwäche“ toleriert. Im Vergleich zu den einheimischen Deutschen währt diese Phase der Toleranz deutlich länger. Ansprechpartner bei etwaigen Problemen ist das informelle Umfeld, das auf Diskreditierung verzichtet. Hilfe von außen, insbesondere von medizinischer Seite, wird abgelehnt. Ist jedoch die Grenze zur Alkoholabhängigkeit als Krankheit, markiert durch körperlichen Verfall und Verwahrlosung, überschritten, so begegnet die Gesellschaft dem Betroffenen nicht länger mit Toleranz und unterstützendem Verhalten, sondern vielmehr mit Ausgrenzung und Verachtung. Das Wort „Alkoholiker“ ist für Aussiedler scheinbar eine schlimme Beschimpfung (Heidebrecht 1998). Dies wurde auch durch die Leitfadeninterviews belegt, in denen dargelegt wurde, dass „Alkoholiker“ zu sein mit Asozialität und Schande assoziiert wurde. Ist der Zustand der Alkoholabhängigkeit als anerkannte Krankheit eingetreten, stehen für die Betroffenen häufig die körperlichen Symptome im Vordergrund. Meist erwarten sie eine „medizinische“ Behandlung in Form von Tabletten, Spritzen oder Infusionen. Psychotherapeutische Methoden, die eine aktive Mitarbeit des Patienten erfordern, werden dagegen eher abgelehnt. Die Leitfadeninterviews machten außerdem deutlich, dass die Patienten oft eine andere Erwartung an die Rolle des Arztes haben, da in der Sowjetunion die Beziehung von Arzt zu Patient hierarchischer geordnet sei als

in Deutschland. In Anbetracht dieser Differenzen erscheint es einleuchtend, dass Probleme in der Interaktion zwischen Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion und einheimischem therapeutischen Personal entstehen können. Unmut und Frustration auf beiden Seiten können die Folge sein. So wird die Passivität der Patienten sowie ihr Widerstand gegen die Preisgabe persönlicher Hintergründe häufig als mangelnde Compliance interpretiert. Auf der anderen Seite werden auch die Erwartungen, die der Patient an eine effiziente Therapie stellt, oftmals nicht erfüllt.

Die vorliegende Studie eröffnet Perspektiven zu Forschungsfragen, die es in Zukunft zu bearbeiten gilt. Nichtsdestoweniger lassen sich auch zu diesem Zeitpunkt einige wichtige Schlussfolgerungen für die praktische Arbeit des Arztes, des Therapeuten und des Pflegers sowie für die Gesundheitspolitik ziehen. Vorrangig müssen Erkenntnisse über Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen in die präventive Arbeit integriert werden, um auf diese Weise Zugangsbarrieren von Migranten zum deutschen Suchthilfesystem abzubauen. Dabei sollte insbesondere das Thema des Kontrollverlustes durch Drogenkonsum thematisiert und die Möglichkeiten einer medizinischen Intervention erläutert werden. Außerdem ist das Misstrauen zu berücksichtigen, das Aussiedler auf Grund der Rolle der Psychiatrie in der ehemaligen Sowjetunion gegenüber psychiatrischen Institutionen haben. Aufklärung über hiesige Therapieoptionen und Arbeitsweisen erscheinen in diesem Kontext von besonderer Wichtigkeit. Notwendig ist es ferner, Ärzte und Therapeuten über die Existenz unterschiedlicher Erklärungsmodelle und damit verbundene Verhaltensweisen zu informieren. Im Zuge der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten aus der ehemaligen Sowjetunion sollte das Erklärungsmodell des Betroffenen für seine Krankheit mit Respekt behandelt werden. Schrittweise können so (eventuell übersteigerte) Erwartungen an eine medikamentöse Behandlung abgebaut und alternative Therapieoptionen aufgezeigt werden, ohne den Patienten zu enttäuschen und somit Widerstände zu wecken.

Die vorliegende Arbeit verbindet sich mit der Hoffnung, dass die Befunde dazu beitragen, bei einer speziellen Gruppe von Patienten bzw. Klienten, nämlich den Aussiedlern aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, eine höhere Patientenzufriedenheit und größere Compliance zu erzielen und damit die ärztlichen Behandlungserfolge zu verbessern.