

Herausforderungen in der stationären (rehabilitativen) Versorgung psychisch erkrankter Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund

Eine qualitative Befragung von Gesundheitspersonal zu geschlechts- und generationsspezifischen Unterschieden

Yüce Yilmaz-Aslan, Yvonne Josupeit, Tugba Aksakal, Oliver Razum & Patrick Brzoska

Zusammenfassung

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind häufiger von bestimmten psychischen Erkrankungen betroffen als die Mehrheitsbevölkerung. In der Versorgung begegnen sie verschiedenen Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren. Erkenntnisse darüber, wie sich diese Barrieren geschlechtsspezifisch sowie zwischen Migrantengenerationen darstellen, sind wichtig, um die Versorgung zielgerichtet mittels geeigneter diversitätssensibler Strategien zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden 14 Behandelnde in zwei stationären Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen mittels qualitativer Leitfadeninterviews zu generations- und geschlechtsspezifischen Herausforderungen sowie zu Optimierungspotenzialen in der stationären (rehabilitativen) Versorgung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund befragt. Die Studienergebnisse weisen auf unterschiedliche Geschlechts- und Generationsunterschiede hin und zeigen an diesem Beispiel, dass auch die Gruppe der Personen mit türkischem Migrationshintergrund als Teilgruppe der Bevölkerung mit Migrationshintergrund selbst sehr heterogen sein kann. So sehen sich zum Beispiel ältere Frauen mit türkischem Migrationshintergrund bedingt durch die Geschlechterrollen und wahrgenommenen familiären Verpflichtungen Herausforderungen in der Versorgung gegenüber. Dieser Heterogenität muss auch im Versorgungsprozess Rechnung getragen werden. Eine Möglichkeit dafür stellen diversitätssensible Versorgungsstrategien dar.

1 Hintergrund

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund stellen mit fast drei Millionen eine der größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland dar (Statistisches Bundesamt, 2018). Sie unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Gesundheit sowohl von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund als auch im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund. Die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund ist insgesamt eingeschränkt. Alles in allem weisen die verfügbaren Studien allerdings darauf hin, dass neben einer höheren Prävalenz einiger chronischer Erkrankungen auch bestimmte psychische Erkrankungen bei dieser Bevölkerungsgruppe häufiger vorkommen (Bühning, 2010). So zeigt eine Auswertung von Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998/1999, dass Personen, die im Ausland geboren sind, im Vergleich zu in Deutschland geborenen Menschen eine höhere Lebenszeitprävalenz von somatoformen und affektiven Störungen haben (Odds Ratio: 1,7; 95%-CI: 1,1-2,6 bzw. Odds Ratio: 1,4; 95%-CI: 1,0-2,3; jeweils adjustiert für den Einfluss des Geschlechts, Alters und der sozialen Schicht) (Bermejo et al., 2010). Die innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund festgestellten Geschlechterunterschiede mit höheren Prävalenzen somatoformer und affektiver Störungen bei Frauen bzw. substanzbezogener Störungen bei Männern entsprechen weitestgehend den Geschlechterunterschieden in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Bermejo et al., 2010; Bromand et al., 2012).

Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt die Gutenberg Health Study, die für türkische Mi-

grantinnen und Migranten der ersten Generation höhere Häufigkeiten von Depression (adjustiertes Odds Ratio: 2,40; 95%-CI: 1,40-4,13), Angstzuständen (adjustiertes Odds Ratio: 2,62; 95%-CI: 1,48-4,64) und Suizidalität (adjustiertes Odds Ratio: 3,02; 95%-CI: 1,80-5,04) im Vergleich zu deutschen Staatsangehörigen feststellte. Die genannten Unterschiede waren unabhängig von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status. Menschen mit türkischem Migrationshintergrund der zweiten Generation wiesen im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund keine höhere Prävalenz psychischer Erkrankung auf (Beutel et al., 2016). Studien aus anderen europäischen Ländern kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Lindert et al., 2009).

Die im Durchschnitt höhere Häufigkeit psychischer Störungen wird unter anderem auf migrationsbedingte Anpassungs- oder Identifikationsprobleme (Tunçer, 1995; Kirkcaldy et al., 2006; Fassaert et al., 2011), ein geringeres Maß an Selbstfürsorge (Möske et al., 2008) sowie Sprachbarrieren zurückgeführt (Fassaert et al., 2011).

Trotz der höheren Prävalenz bestimmter psychischer Störungen nehmen Menschen mit Migrationshintergrund psychotherapeutische Angebote seltener in Anspruch (Koch et al., 2008; Möske et al., 2012). Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren können dafür verantwortlich sein, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund Versorgungsleistungen nicht gemäß ihres Bedarfs nutzen. Diese Barrieren entstehen einerseits durch eine geringe Health Literacy und eingeschränkte Kenntnisse der deutschen Sprache (Schwarz et al., 2015). Andererseits werden Versorgungseinrichtungen den (kulturellen) Bedürfnissen und Erwartungen von Personen mit Migrationshintergrund oft nicht ausreichend gerecht. Missverständnisse und Konflikte in der Versorgung können die Folge sein (Möske et al., 2012). Viele Studien deuten darauf hin, dass insbesondere Personen mit türkischem Migrationshintergrund auf Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren stoßen (Brzoska & Razum, 2015).

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund äußern psychische Erkrankungen häufig über körperliche Beschwerden (Franz et al., 2007; Kizilhan, 2008; Assion, 2007; Hax-Schoppenhorst et al., 2010; Borra, 2011). Als Strategien für die Bewältigung psychischer Erkrankungen spielen dabei stärker als bei anderen Bevölkerungsgruppen die Hinwendung zum Glauben, Fluchtverhalten oder Verleugnung eine Rolle, während aktive Bewältigungsstrategien unterrepräsentiert sind (Kizilhan, 2008; Glier & Erim, 2007; Steffen & Koch, 1995). Charakteristisch sind darüber hinaus aus me-

dizinischer Sicht problematische Krankheitsvorstellungen in Form geringer internaler Kontrollüberzeugungen sowie fatalistischer und religiöser Kausalattributionen (Franz et al., 2007; Leavey et al., 2007; Yilmaz-Aslan et al., 2014). Die geringe Überzeugung in Bezug auf den eigenen Einfluss auf die Erkrankung sowie der Glaube an magisch-religiöse Kräfte als Krankheitsursachen können in der Folge auch zu einer passiven Behandlungshaltung führen (Haasen et al., 2006; Franz et al., 2007; Göbber et al., 2010). Entsprechend hoch sind die Erwartungen an die Ärztinnen und Ärzte. Das trägt auch dazu bei, dass türkischstämmige Patientinnen und Patienten, die sich in Behandlung befinden, häufiger Medikamente einnehmen, während Patientinnen und Patienten der Mehrheitsbevölkerung häufiger Ruhe, Entspannung, Gespräche oder Sport nutzen (Franz et al., 2007; Kizilhan, 2009).

Die oben genannten Aspekte können auch Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben. Türkischstämmige Patientinnen und Patienten zeigen im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung eine geringere Eigeninitiative und eine geringere Veränderungs- und Therapiemotivation (Göbber et al., 2010). Dass Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund einen geringeren Behandlungserfolg aufweisen als andere Patientengruppen kann durch eine höhere Prävalenz von Einflussfaktoren erklärt werden, die den Behandlungserfolg negativ beeinflussen können (Möske et al., 2011). Zu diesen Faktoren zählen der Grad der körperlichen Beschwerden bei Aufnahme, Alter, Behandlungsdauer, Therapiemotivation oder Rentenwunsch (Stock-Gissendanner et al., 2012). So sind Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund im Durchschnitt vergleichsweise jünger, haben ein geringeres Bildungsniveau, eine höhere Arbeitslosenquote, eine kürzere Behandlungsdauer und eine höhere psychopathologische Gesamtbelastung (Möske et al., 2008, 2011; Schouler-Ocak et al., 2010).

Wie oben dargelegt, kann sich die Prävalenz psychischer Störungen zwischen Männern und Frauen sowie zwischen der ersten und zweiten Generation unterscheiden. Bisher ist nur wenig darüber bekannt, wie sich Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren geschlechtsspezifisch und zwischen Migrantengenerationen darstellen. Erkenntnisse hierüber sind wichtig, um Barrieren in der Versorgung psychisch Erkrankter zielgerichtet mittels geeigneter Strategien abzubauen.

Ziel der vorliegenden qualitativen Untersuchung ist es vor diesem Hintergrund, die generations- und geschlechtsspezifischen Her-

Tabelle 1

Themenbereiche
des Interviewleitfadens

Psychische Erkrankungen	Krankheitsbewältigung	Behandlungserfolg
<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsbilder • Symptome • Ursachen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewältigungsstrategien • Krankheitskonzepte/-theorien • Religions- und kulturspezifische Besonderheiten • Generationsunterschiede • Geschlechterspezifische Unterschiede 	<ul style="list-style-type: none"> • Inanspruchnahmeverhalten • Therapeut-Patienten-Beziehung/ Kommunikation • Compliance • Ressourcen und Hindernisse • Soziale Unterstützung • Behandlungserfolg

ausforderungen und Optimierungspotenziale in der stationären (rehabilitativen) Versorgung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund aus Sicht von Behandelnden zu untersuchen.

2 Methoden

Zur Untersuchung der Fragestellung wurden Konstruktinterviews mit Behandelnden durchgeführt, um subjektive Erfahrungen und Sichtweisen zur Thematik zielgerichtet und effektiv beleuchten zu können (König, 2005; Gläser & Laudel, 2010). Der Leitfaden wurde auf Grundlage von Ergebnissen früherer Studien entwickelt, mit einer Forschungsgruppe diskutiert und anschließend einem Prä-Test unterzogen. Die Themenbereiche des Leitfadens sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Die Befragten waren 14 Behandelnde (Psychologinnen und Psychologen sowie andere Therapeutinnen und Therapeuten) aus zwei Kliniken in Nordrhein-Westfalen (ein Krankenhaus und eine stationäre rehabilitative Einrichtung). Vier der 14 Befragten hatten selbst einen (türkischen) Migrationshintergrund. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden

von Kontaktpersonen der Kliniken für die Befragungen rekrutiert. Die Interviews dauerten durchschnittlich ca. 45 Minuten, wurden mittels Tonaufnahmen erfasst und anschließend für die Datenauswertung transkribiert. Die Verschriftlichung des erhobenen Materials wurde dabei ausschließlich in anonymisierter Form vorgenommen. Das Interviewmaterial wurde mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Textstellen wurden dabei mit Hilfe eines Kategoriensystems herausgefiltert, das auf Basis des Leitfadens deduktiv entwickelt und im Forschungsprozess vor dem Hintergrund der Ergebnisse induktiv angepasst wurde.

3 Ergebnisse

Zu zentralen generations- und geschlechtsspezifischen Herausforderungen und Optimierungspotenzialen in der stationären (rehabilitativen) Versorgung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund aus Sicht von Behandelnden ließen sich folgende Themenbereiche identifizieren:

Tabelle 2

Soziodemografische
Charakteristika
der Expertinnen
und Experten

Interviewperson	Versorgungsbereich	Geschlecht	Türkischer Migrationshintergrund	Berufserfahrung in Jahren
IP1	Reha	Weiblich	nein	9
IP2	Akut	Männlich	nein	4
IP3	Reha	Männlich	nein	6
IP4	Reha	Weiblich	ja	2
IP5	Akut	Weiblich	ja	16
IP6	Reha	Männlich	nein	13
IP7	Akut	Männlich	nein	20
IP8	Reha	Weiblich	nein	5
IP9	Akut	Weiblich	ja	8
IP10	Reha	Weiblich	nein	21
IP11	Reha	Weiblich	ja	23
IP12	Akut	Weiblich	nein	3
IP13	Akut	Männlich	nein	2
IP14	Akut	Männlich	nein	7

3.1 Inanspruchnahmeverhalten

Bezüglich der Inanspruchnahme von Therapien äußerten die Befragten den Eindruck, dass Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund tendenziell eine längere Krankheitsgeschichte aufweisen: *„Da habe ich keine Zahlen zu, aber gefühlt, glaube ich, (...) dass die Zeit zwischen Erstsymptomatik (...) und Annahme einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung (...) länger ist als bei Deutschen (...)“* (IP4).

Die Vorstellungen und der Umgang mit Erkrankungen der Personen mit türkischem Migrationshintergrund beeinflussten ebenfalls die Inanspruchnahme. Die Patientengruppe bevorzugte dabei medikamentöse Behandlungen, weil sie die angebotenen Therapien nicht nachvollziehen könne: *„Und die Patienten haben (...) kein Verständnis dafür, warum sie Ergotherapie, Psychotherapie machen sollten. Geben sie mir doch Medikamente und dann ist alles wieder o.k. Sie sind sehr medikamentenfixiert“* (IP6).

Laut den Befragten zeigten sich dabei Unterschiede zwischen den verschiedenen Generationen der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. So besäßen jüngere Patientinnen und Patienten mehr Kenntnisse über psychische Zusammenhänge. Im Gegensatz dazu könnten Ältere die Therapien und Erkrankungen oft schwerer nachvollziehen: *„Also es gibt da natürlich jüngere Menschen, die auch ein bisschen offener sind, wissen auch ein bisschen darüber Bescheid, über Psyche, Psychosomatik und Entwicklungen (...). Während die Älteren da doch eher sehr ablehnend auch sind und die Hintergründe gar nicht so gut erfassen können und wollen“* (IP11). In den Interviews wird deutlich, dass junge Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund keine oder wenige Unterschiede zu Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund aufwiesen: *„Und bei jüngeren Patienten, die jetzt mehr hier so aufgewachsen sind und ganz oder mehr deutsch sozialisiert sind, ist es eigentlich kein Unterschied und auch kaum ein Unterschied (...) zu den deutschen Patienten (...)“* (IP2).

Es wird berichtet, dass jüngere Patientinnen und Patienten eher psychologische Hilfe suchten, da psychische Erkrankungen unter jüngeren Menschen nicht mehr ein solch großes Tabuthema darstellten wie bei der älteren Generation: *„Ich könnte mir denken, dass es auch ein ... Punkt ist, der von der Generation abhängig ist. Es gibt sicherlich eine hohe Dunkelziffer, könnte ich mir vorstellen ..., aber grundsätzlich könnte ich mir denken, dass die jüngeren Generationen eher sich auf dem Weg Hilfe holen, als es die älteren tun. Aber das ist bei den Deutschen auch nicht anders“* (IP13).

Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede nehmen die Behandelnden eine starke Therapieabneigung bei Männern wahr. Türkische Frauen seien eher bereit, Empfehlungen zu folgen (IP2). Die Inanspruchnahme von Therapieangeboten, die in ihrer Wirkungsweise besonders schwer nachzuvollziehen sind, sei besonders gering: *„... wie z.B. Ergotherapie, da muss man schon ein bisschen komplex denken. Warum muss ich denn hier sein, so ein Mal-Tuch malen, damit es mir besser geht? Das ist in der Tat schon recht schwierig zu verstehen“* (IP2).

3.2 Therapeut-Patienten-Beziehung/ Kommunikation

Aus Sicht der Interviewpartnerinnen und -partner ergeben sich vielfältige Anforderungen an Behandelnde für eine gelungene therapeutische Beziehung und Kommunikation. So sei es bei der Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund wichtig, ihre Krankheitsvorstellungen zu berücksichtigen. Beispielsweise müsse dabei in der Regel zunächst auf die somatischen Beschwerden eingegangen werden: *„Ich muss sie da abholen, wo sie gerade sind. Und das wäre jetzt bei den Magenschmerzen (...). Auch, wenn ich das anders für mich machen würde da, habe ich das zu respektieren so“* (IP5).

Auch gegengeschlechtliche Therapien, bei denen beispielsweise ein männlicher Therapeut mit einer Patientin arbeitet, funktionieren nach Ansicht der Befragten gut, solange genug Vertrauen vorhanden sei (IP11). Nach den Beobachtungen der Behandelnden könne aufgrund dessen nur selten keine Therapie durchgeführt werden (IP7). Auch männliche Patienten hätten kaum Schwierigkeiten, sich einer weiblichen Therapeutin gegenüber zu äußern. Männern falle es dagegen generell schwer, einen Zugang zu ihren Gefühlen zu finden, der therapeutische Beziehungsaufbau dauere meist länger – das sei jedoch sowohl bei Menschen mit wie ohne Migrationshintergrund der Fall.

Sprachliche Barrieren

Einige Befragte weisen auf Probleme in der Verständigung mit der Elterngeneration während der Behandlung hin: *„Oftmals hat man dann das Problem, dass einer von den Elternteilen oder auch beide nur schlecht deutsch sprechen und dass dann manchmal die Patienten, also unsere Patienten, übersetzen, was es nicht einfach macht, so [betont]. Es spricht nur ein Elternteil leidlich deutsch und zu den anderen muss übersetzt werden, und dann ist der andere aber eigentlich das Problem, das Problemteil sozusagen in dem Netz. Und das ist nicht*

ganz einfach und da hängt auch viel an der Sprache“ (IP10).

Beispielsweise könne es dadurch zu fehlendem Verständnis für die Erkrankung und für Therapien kommen, was mit der Gefahr einhergehe, dass Behandlungskonzepte nicht angenommen würden: *„Was echt ein Problem ist, sind Sprachbarrieren, das merke ich. Einige Migranten können ja wirklich gut Deutsch und mit denen kann man dann auch gut arbeiten, aber wenn dann die Sprachbarriere wirklich groß ist, ist es einfach schwierig, psychotherapeutische Konzepte durchzuführen, weil einfach das Verständnis fehlt“ (IP1).*

Auch die Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern stelle sich manchmal problematisch dar, da Hemmungen aufgebaut (IP11) und Dolmetscherinnen und Dolmetscher oftmals als primäres Ansprechpartnerinnen und -partner gesehen würden (IP2). Hierdurch könne die Effektivität der Behandlung beeinträchtigt werden (IP12). Außerdem benötigten die Therapeutinnen und Therapeuten für die Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern viel Konzentration (IP13).

„Also, ich denke mal mit Dolmetschern ist es manchmal schwieriger. (...) Wenn man das im direkten Kontakt macht, merkt man, dass es dem Patienten nachher besser geht (...). Das ist mit Dolmetschern leider schwierig, oft schwierig, weil es (...) dann weniger so eine Entlastung [ist], sondern eher so ein Abchecken ‚Was braucht die Patientin, was braucht der Patient?‘“ Das ist dann häufig schwieriger“ (IP2).

3.3 Krankheitsbewältigung und Compliance

Die familiären Belange und dadurch entstehende Pflichten seien auch unter einem generationsspezifischen Blickwinkel von Bedeutung. Die generationsspezifischen Unterschiede manifestierten sich laut den Befragten auch deutlich im Umgang mit der Behandlung. Bei älteren Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau wird eine starke Abhängigkeit von ihren Ehepartnern beobachtet: *„(...) die, also im mittleren Alter (...) vierzig aufwärts, oder ältere, die sind oft in Abhängigkeiten von den Männern. Oder fühlen sich in Abhängigkeiten, sind auch oft von der Bildung nicht so hochstehend, vom Bildungsniveau“ (IP1).* Die älteren Patientinnen nähmen dabei eine passivere Patientenrolle ein und äußerten häufig den Wunsch nach einer Therapie selbst nicht (IP1). Zudem richteten sie sich stark nach dem aus ihrer Sicht sozial Erwünschten und nach dem Verhalten anderer, währenddessen aus Sicht der Befragten bei den jüngeren Patientinnen eine höhere Eigenständigkeit zu beobachten sei (IP8). Diese seien offener und ließen

sich eher auf neue Behandlungen ein, was die Befragten auf die bessere Sprachkompetenz zurückführen (IP8). Ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied bestehe darin, dass Patientinnen eher das Bedürfnis haben, die Erwartungen zu erfüllen, als die Männer: *„Also, dem Gegenüber gefallen zu wollen, nicht auffallen zu wollen, ist bei Frauen ausgeprägter. Natürlich gibt es auch solche Männer, aber denen ist das oft auch gar nicht wichtig“ (IP1).* Es fehle Patientinnen auch oftmals an der Krankheitseinsicht, weil sie die Gründe für Belastungen, wie beispielsweise familiäre Aufgaben, als naturgegeben ansähen (IP1). Therapiekonzepte, wie Selbstfürsorge, scheinen aus Sicht der Befragten aufgrund von Druck seitens der Familie weniger zu greifen:

„Also, wenn ich jetzt eine türkische Frau habe, die völlig überlastet ist und daraufhin eine Depression entwickelt, und es gibt sozusagen so Psychotherapiekonzepte, die im Aufbau von positiven Aktivitäten entstehen (...), also Selbstfürsorge, die greifen da weniger gut, weil dort dann der Druck (...) aus der Familie und das Funktionieren-Müssen größer ist (...)“ (IP6).

Auch Männer sähen ihre Probleme oft nicht ein, weil sie sich stark genug fühlten, um Erkrankungen selbst zu bewältigen (IP7). Aggressionen seien dabei in der Therapie mögliche Formen der Abwehr, welche Interviewpartner wahrnehmen (IP6).

Im Behandlungsverlauf und bei der Krankheitsbewältigung von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund lassen sich sowohl spezifische Ressourcen als auch Hindernisse erkennen. Religion spiele nach Aussage der Interviewpartnerinnen und -partner bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund eine größere Rolle als bei vielen anderen Patientengruppen (IP12). Dabei werde Religion auf der einen Seite als eine Ressource dargestellt. Beispielsweise wird genannt, dass Religion vor Alkoholmissbrauch schütze (IP7) oder dass der Glaube als Schutzfaktor hinsichtlich Suizids diene: *„(...) was das für einen Einfluss auf die Behandlung hat (...) ist, dass türkische Menschen weniger zu Suizidalität neigen, weil die Religion das verbietet. Das kann natürlich auf eine Therapie einen positiven Einfluss haben“ (IP12).*

Als unterstützenden Faktor im Behandlungsverlauf sehen die Befragten sogenannte „Selbstschutzipulse“, welche die Patientinnen und Patienten aufwiesen und die davor schützten, illegale Drogen zu konsumieren oder zu verwahrlosen: *„Das geschieht auch vor allem, weil die türkischen Patienten öfters die Finger von ganz harten Sachen lassen und weniger dadurch in Verwahrlosung geraten. Ich nenne es ‚Selbstschutzipulse‘“ (IP7).*

Die Befragten benennen allerdings auch Barrieren im Behandlungsverlauf. Ein Hindernis, welches die Behandelnden betreffe, sei der Mangel an Kultursensibilität: „Also, da ich die Kultur ja nicht so kenne und die Religion (...) nur vielleicht rein theoretisch so ein bisschen, muss ich da viel mehr nachfragen. Also, ich muss mir Sachen viel genauer beschreiben lassen“ (IP3).

Auf Seiten der Patientinnen und Patienten wird häufig ein ungenügendes Therapieverständnis beobachtet: „Aber ich finde, [sie] können nicht wirklich nachvollziehen, warum sie an Therapien teilnehmen. Das ist wenig vorstellbar, wenig greifbar (...), wenn es um schwer nachvollziehbare Therapieinhalte geht, wie z.B. Ergotherapie, da muss man schon ein bisschen komplex denken. (...) dann denken die: ‚Ich leide hier, und dann sagen die mir: ‚Basteln Sie‘. Also, geht’s noch?‘“ (IP6).

Krankheitsbild und Symptome

Den Befragten zufolge sei das Auftreten der verschiedenen Krankheitsbilder generations- und geschlechtsspezifisch unterschiedlich. Eine somatoforme Schmerzsymptomatik trete bei Patientinnen und Patienten im höheren Alter häufiger auf als bei Jüngeren. Zudem zeigten ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufiger ein verbitterteres Verhalten als jüngere: „Und, aber die Älteren sind eher noch auch verbittert oder haben, glaube ich, auch eher noch diese Schmerzstörungen“ (IP1).

Während Depressionen häufiger bei Frauen als bei Männern mit türkischem Migrationshintergrund zu beobachten seien, seien Suchtproblematiken bei ihnen von geringerer Relevanz als bei Männern: „Also ich arbeite ja im Drogenbereich, vor allem. Da sehen wir fast keine türkischen Frauen mit Drogenproblemen. Aber türkische Männer...“ (IP2).

Jüngere Generationen scheinen tendenziell häufiger von neurotischen Erkrankungen betroffen zu sein als ältere Menschen. Diese wiederum weisen eine Häufung an schizophrenen Erkrankungen auf (IP5). Aufgefallen ist einer der Befragten, dass diese Erkrankten häufig Menschen der unteren Bildungsschicht waren, womit schlechtere Deutschkenntnisse einhergingen. Diese Aspekte werden aber nicht explizit als Ursache für die beobachteten Unterschiede in den Krankheitsbildern genannt (IP2).

Behandlungserfolg

Einige Befragte schätzen den Behandlungserfolg von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund als durchschnittlich geringer ein, weil diese die Therapieangebote weniger nachvollziehen könnten

und daher eine geringere Motivation aufweisen: „(...) aber diese Therapien oder [In]anspruchnahme von Therapien ist insgesamt so irgendwie mittelmäßig erfolgreich, weil eben, die können sich nicht vorstellen, warum mache ich was. Was ja für Physiotherapie beispielsweise anders ist, (...) weil das ist Bewegung. Das ist vorstellbar und dann natürlich, Motivation ist größer“ (IP6).

Bei Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund sei der Behandlungserfolg vor allem davon abhängig, wie gut die neuen Strukturen in den Alltag der Patientinnen übertragen werden könnten: „Und bei Frauen, dass sie das Gelernte mit in die Familie übernehmen, zu Hause etwas weitermachen. Wenn das eine Schwierigkeit ist, werden sie das natürlich nicht umsetzen können. Das ist eher, welche Geschlechterrollen gelebt werden, und dann wird jede Aktivität gebremst werden, wenn sie wieder zu Hause sind“ (IP1).

Die Rolle sozialer Unterstützung

Aus Sicht der Befragten stelle sich dabei insbesondere die familiäre Unterstützung als Ressource dar: „Man kann zumindest sagen: ‚Es ist so und so‘, und man würde Bekannte und Verwandte im familiären Kreis haben. Die würden nicht alle gleichzeitig abhauen, was ich bei deutschen Patienten oft mitkriege“ (IP6). Allerdings wird auch in Bezug auf die familiären Hilfestrukturen angemerkt, dass intergenerationale Konflikte entstehen können, wenn die Kinder der 1. Generation ihrer Rolle als „Unterstützer“ nicht nachkommen können oder wollen: „Kann natürlich auch sein, dass sie [die Kinder] sich da nicht drauf einlassen, weil die schon anders in die Gesellschaft integriert sind“ (IP1).

Die Unterstützung, die Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund erfahren, wird von manchen Befragten als „sekundärer Krankheitsgewinn“ beschrieben (IP14) und spiele außerdem im Hinblick auf das Einhalten von Therapieempfehlungen zu Hause eine wichtige Rolle (IP4). Wenn die soziale Unterstützung zu stark ausfalle, könne es außerdem zur Symptomunterstützung kommen (IP5).

Die soziale Unterstützung könne sich aber auch als Hindernis im Versorgungsprozess darstellen. Da die Familie einen höheren Stellenwert hätte, habe diese auch mehr Einfluss und es könne zu Konflikten kommen, wenn Familienangehörige andere Therapiekonzepte bevorzugen oder Therapie ablehnen: „Es ist häufig so, dass die Ressource ‚Familie‘ die Therapie auch behindert. Die Therapeuten wollen dann die und die Therapie machen, während die Familie dann die und die Therapie besser findet“ (IP7).

Einen Grund für eine mögliche Ablehnung von Therapien stellt aus Sicht der Befragten die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen dar. Durch das enge soziale Netzwerk könne es auch dazu kommen, dass professionelle Hilfe erst sehr spät in Anspruch genommen werde (IP8) oder dass Angehörige zu stark beansprucht würden (IP14). Kulturelle Vorschriften bezüglich des sozialen Gefüges könnten zudem als einengend empfunden werden (IP3, IP9, IP10, IP12). Dieses sei insbesondere bei Frauen der Fall, während Männer zum Beispiel durch Besuche in Teestuben Kontakte nach außen pflegten. *„Oftmals fühlen sich türkische Patientinnen mehr gefangen in ihren ganzen Verhältnissen und Lebensbedingungen“* (IP1, Z. 69-73). *„Sie sind in der Familie und das ist die Welt, und diese Welt ist auch oftmals nicht heile“* (IP3). So hätten Frauen im Vergleich zu Männern weniger außerfamiliäre soziale Kontakte und somit weniger Unterstützung außerhalb der Familie (IP4). In der Familie seien sie zudem oftmals mit Erwartungen im Hinblick auf ihre Rolle als Versorgerin konfrontiert (IP11).

Die familiären Belange und dadurch entstehenden Pflichten als Herausforderung sind auch unter einem generationsspezifischen Blickwinkel von Bedeutung. So bestehe die Problematik, dass sich vor allem der älteste Sohn um seine Familie kümmern müsse (IP1) und dadurch in seiner Freiheit sowie auch möglicherweise in dem Beginn einer Therapie bei psychischen Erkrankungen eingeschränkt sei. *„Es kann sein, dass der Mann dann auch irgendwo darunter leidet, dass er als der älteste Sohn das meinetwegen tun muss, sich kümmern muss, dass die Freiheit dann gar nicht besteht, es zu ändern“* (IP1).

Kulturelle Besonderheiten

Die Befragten nehmen ein kulturelles Spannungsfeld zwischen jungen türkischen Migrantinnen und Migranten mit Herkunft aus ländlichen und stark religiös geprägten Gebieten der Türkei und ihren Freunden ohne Migrationshintergrund wahr (IP9). Die Verknüpfung beider Kulturen würde aus Sicht der Befragten selten erfolgreich umgesetzt, was die Krankheitsbewältigung negativ beeinflussen könne: *„(...) aber das sind dann schon, ich sag mal, besondere Patienten, denen es gelungen ist, sozusagen für sie persönlich das Gute aus beiden Kulturen zu ziehen. Das sind schon..., das sind wenige, denen das gelingt“* (IP13).

4 Diskussion

Menschen mit türkischem Migrationshintergrund können auf Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Versorgung stoßen. Diese ergeben sich zum einen durch Probleme mit der deutschen Sprache. Zum anderen spielen auch Missverständnisse und Konflikte in der Versorgung eine Rolle, die dadurch entstehen, dass Versorgungseinrichtungen den (kulturellen) Bedürfnissen und Bedarfen dieser Bevölkerungsgruppe nicht ausreichend Rechnung tragen (Brzoska & Razum, 2015; Bermejo et al., 2012). Einblicke in generations- und geschlechtsspezifische Herausforderungen und Optimierungspotenziale im Zusammenhang mit der Versorgung psychisch Erkrankter erlauben es, migrationssensible Strategien zielgerichtet einzusetzen, mit dem Ziel, Barrieren im Zugang und Verlauf der Versorgung abzubauen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen frühere Studien und unterstreichen, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung eine geringere Bereitschaft zeigen, psychotherapeutische Unterstützung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen in Anspruch zu nehmen (Mewes et al., 2010) und stattdessen eine medikamentöse Behandlungen bevorzugen (Franz et al., 2007; Kizilhan, 2009). Die Befunde legen die Vermutung nahe, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten, Behandlungsvorstellungen sowie das Wissen über psychische Zusammenhänge und Therapien bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zwischen den Generationen unterscheiden kann. Die jüngere Generation verfüge beim Thema „psychische Behandlung“ auch über mehr Informationen als die ältere.

Familiäre Belange und dadurch entstehende Pflichten spielen besonders für ältere Patientinnen eine große Rolle und können die Inanspruchnahme vor allem der stationären Versorgung einschränken. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Studien, die sich mit den Zugangsbarrieren in der Rehabilitation beschäftigen (Brzoska et al., 2010).

Frauen nehmen nach Wahrnehmung der befragten Behandelnden im Vergleich zu Männern zudem eher eine passive Patientenrolle in der Behandlung ein. Frühere Untersuchungen haben auf die passive Rolle von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in der Behandlung hingewiesen (Göbber et al., 2010; Franz et al., 2007). Die vorliegende Untersuchung zeigt allerdings, dass dies womöglich nicht beide Geschlechter glei-

chermaßen betrifft und macht die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung deutlich.

Der Behandlungserfolg von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ist den Ergebnissen zufolge u.a. aufgrund der fehlgehende Therapiemotivation im Durchschnitt geringer. Auch frühere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Göbber et al., 2010; Brzoska & Razum, 2015). Für den geringeren Behandlungserfolg können einerseits Verständigungsschwierigkeiten bedingt durch Probleme mit der deutschen Sprache verantwortlich sein. Andererseits können aber auch (kulturelle und religiöse) Bedürfnisse und Bedarfe, zum Beispiel im Hinblick auf Krankheits- und Behandlungsvorstellungen, zu Kommunikationsproblemen, Missverständnisse und Konflikten in der Versorgung führen, wenn sie von Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend aufgegriffen werden (Brzoska & Razum, 2015; Yilmaz-Aslan et al., 2014). Vor allem bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund kommt hinzu, dass die zugeschriebene Geschlechtsrolle in der Familie und die wahrgenommenen Familienpflichten die Umsetzung des Gelernten im häuslichen Umfeld erschweren und damit den Behandlungserfolg gefährden können.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sehr heterogen ist. Diese Heterogenität muss im Gesundheitssystem beachtet werden, um dieser Bevölkerungsgruppe eine nutzerorientierte Versorgung zu ermöglichen. Ein alleiniger Fokus auf migrations- und kulturbedingte Herausforderungen ist daher nicht ausreichend, sofern er nicht den intragruppenspezifischen Unterschieden bedingt durch Alter, Geschlecht und weiterer Diversitätsmerkmale ausreichend Rechnung trägt. Notwendig ist es stattdessen, mittels diversitätssensibler Versorgungsstrategien Rahmenbedingungen zu schaffen, die es erlauben, die Vielfalt der Bevölkerung insgesamt sowie die Wechselwirkungen einzelner Diversitätsmerkmale in der Versorgung zu berücksichtigen (Brzoska & Razum, 2017). Stärken der vorliegenden Untersuchungen liegen in der Kombination eines deduktiven und induktiven Vorgehens bei der Analyse, durch das eine umfassende Erfassung der Herausforderungen und Optimierungspotenziale in der Versorgung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund aus Perspektive von Gesundheitspersonal möglich war. Es sind allerdings auch einige Limitationen zu berücksichtigen. Die Befragung gibt lediglich die subjektiven Eindrücke einer begrenzten Zahl von Behandelnden wieder. Die Ergebnis-

se sind daher im Kontext bisher verfügbarer Studien zu interpretieren, die Gesundheitspersonal und/oder Versorgungsnutzerinnen und Versorgungsnutzer befragten, um dem Anspruch einer Multiperspektivität gerecht werden zu können. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist ferner dadurch begrenzt, dass die Befragungen lediglich in zwei Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurden. Vor dem Hintergrund, dass sich die Bevölkerungsprofile zwischen den Bundesländern unterscheiden (Statistisches Bundesamt, 2018), ist nicht auszuschließen, dass sich die Herausforderungen, denen Versorgungseinrichtungen in anderen Bundesländern begegnen, teilweise anders darstellen. Hierauf weisen auch die Ergebnisse anderer Untersuchungen im Bereich der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund hin (Aksakal et al., 2017). Ferner bezieht sich die vorliegende Untersuchung nur auf Personen mit türkischem Migrationshintergrund und psychischen Erkrankungen. Zukünftige Untersuchungen müssen daher klären, ob die Ergebnisse auch auf Bevölkerungsgruppen mit anderen Migrationshintergründen und Indikationen sowie auf die Versorgungssituation in anderen Bundesländern übertragbar sind.

5 Fazit

Die Befragung des Gesundheitspersonals zeigt am Beispiel von Geschlechts- und Generationsunterschieden, dass auch die Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund als Teilgruppe der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in sich sehr heterogen ist. Diese Heterogenität muss im Versorgungsprozess berücksichtigt werden. Eine Möglichkeit dafür stellen diversitätssensible Versorgungsstrategien dar. Sie tragen nicht nur der Rolle von Migration, Kultur und Religion Rechnung, sondern berücksichtigen, dass auch andere Merkmale gesellschaftlicher Vielfalt wie Geschlecht, Alter und sozialer Status mit bestimmten Bedürfnissen in der Versorgung einhergehen und – wie im Rahmen dieses Beitrags am Beispiel der geschlechts- und generationsspezifischen Unterschiede in den Anforderungen bei der Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund aufgezeigt – auch untereinander in Wechselwirkung stehen können.

Literatur

Aksakal, T., Langbrandtner, J., Yilmaz-Aslan et al. (2017). *Versorgungserwartungen von Menschen*

- mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der medizinischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Abschlussbericht. Universität Bielefeld, TU Chemnitz, Universität Lübeck.
- Assion, H. J. (2007). Welche Bedeutung hat die Kultur in der Krise? *Faszination Seele*, 2, 4-7.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L. & Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrie Praxis*, 37 (5), 225-232.
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L. & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55, 944-953.
- Beutel, M. E., Jünger, C., Klein, E. M. et al. (2016). Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants – results from the Gutenberg health study. *BMC Psychiatr*, 16, 288.
- Borra, R. (2011). Depressive disorder among Turkish women in the Netherlands: A qualitative study of idioms of distress. *Transcultural Psychiatry*, 48, 660-674.
- Bromand, Z., Temur-Erman, S., Yesil, R. et al. (2012). Mental health of Turkish women in Germany: resilience and risk factors. *Eur Psychiatry*, 27 (Suppl 2), 17-S2.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2015). Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58, 553-559.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2017). Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 56, 299-304.
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., et al. (2010). *Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Forschungsbericht 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Bühning, P. (2010). Psychotherapeutische Versorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 11, 487-489.
- Fassaert, T. de, W., Tuinebreijer, W., Knipscheer, J. et al. (2011). Acculturation and psychological distress among non-Western Muslim migrants – a population-based survey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 57, 132-143.
- Franz, M., Lujic, C., Koch, E. et al. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen. *Psychiatrische Praxis*, 34, 332-338.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS – Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glier, B. & Erim, Y. (2007). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 231-244), Heidelberg: Springer.
- Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M. et al. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58 (3), 181-187.
- Haasen, C., Blätter, A., Yagdiran, O. & Reimer, H. (2006). Subjektive Krankheitsursachen bei Patienten mit einer psychotischen Erkrankung. *Psychiatrische Praxis*, 33, 30-33.
- Hax-Schoppenhorst, T. & Jünger, S. (2010). *Seelische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A. et al. (2006). Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 873-883.
- Kizilhan, J. (2008). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 29, 352-366.
- Kizilhan, J. (2009). Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. *Psychotherapeut*, 54, 281-288.
- Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R. & Schouler-Ocak, M. (2008). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Nervenarzt*, 79, 328-339.
- König, E. (2005). Das Konstruktinterview. In: E. König & G. Volmer (Hrsg.), *Systemisch denken und handeln: Personale Systemtheorie in Erwachsenenbildung und Organisationsberatung* (S. 83-117), Weinheim, Basel: Beltz.
- Leavey, G., Guvenir, T., Haase-Casanovas, S. & Dein, S. (2007). Finding help: Turkish-speaking refugees and migrants with a history of psychosis. *Transcultural Psychiatry*, 44, 258-274.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S., Priebe, S. et al. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 69 (2), 246-257.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601-613), Wiesbaden: VS-Verlag, Springer.
- Mewes, R., Rief, W., Martin, A. et al. (2010). Somatoforme Symptome, Angst und Depression bei Migranten aus der Türkei, aus Osteuropa und aus der ehemaligen Sowjetunion. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 165-171.

- Möske, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2012). Cross-cultural opening in German outpatient mental health care service – Explorative study of structural and procedural aspects. *Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20 (5), 434-446; doi:10.1002/cpp.1785
- Möske, M., Pradel, S. & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 465-474.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U. & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 176-182.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H., Hauth, I. et al. (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in Psychiatrischen Institutsambulanzen. *Psychiatrische Praxis*, 37, 384-390.
- Schwarz, B., Markin, K., Salman, R. & Gutenbrunner, C. (2015). Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 5, 361-424.
- Statistisches Bundesamt (2018). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2016* (Fachserie 1, Reihe 2.2). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steffen, K. & Koch, E. (1995). Modell stationärer Versorgung von türkischen Patienten in einem Psychiatrischen Krankenhaus. In: E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration* (S. 194-198), Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Stock-Gissendanner, S., Ngassa Djomo, K. & Schmidt-Ott, G. (2012). Ethnisch-kulturelle Vielfalt und psychosomatische Rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt*, 1, 29-31.
- Tunçer, Ö. (1995). Psychiatrische Auswertung einer Patientengruppe aus Migranten und Remigranten. In: E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration* (S. 117-120), Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Bluhm, M. et al. (2014). Illness perceptions in Turkish migrants with diabetes: a qualitative study. *Chronic Illness*, 10, 107-121.

Dr. Yüce Yilmaz-Aslan

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 3 Epidemiologie & International Public Health
D-33501 Bielefeld
yuece.yilmaz-aslan@uni-bielefeld.de

NACHRICHT

Süchtige Glücksspieler können rationales Entscheiden lernen

Pathologische Glücksspieler sind auf ihren Kick im Spiel fixiert: Es aktiviert jedesmal ihr Belohnungssystem. Sind sie also zwangsläufig außerstande, sich gegen das Spiel zu entscheiden? Dr. Bernd Sobottka kommt in einer neurobiologisch-psychologischen Studie zu einem erfreulichen Ergebnis: Spielsüchtige können durchaus – wenn auch unter Schwierigkeiten – kompetentes Entscheidungsverhalten lernen.

„Die Befunde belegen, dass pathologische Glücksspieler grundsätzlich und auch unter spezifischen glücksspielassoziierten Experimentalbedingungen die Fähigkeit besitzen, die Konsequenzen ihres Verhaltens in Entscheidungsprozessen adäquat zu berücksichtigen“. Eine Impulskontrolle ist ebenso möglich wie eine Verhaltenshemmung. Vor diesem Hintergrund verspricht eine Therapie durchaus Erfolg: am ehesten dann, wenn Betroffene Verhaltensweisen trainieren, die ihrem Belohnungssystem zugute kommen und damit das Glücksspiel quasi ersetzen.

Kein anderes Wirtschaftssegment wächst in Deutschland so stark wie der Glücksspielmarkt. Er setzte allein im legalen Bereich 2002 mehr als 27 Milliarden Euro um und stieg 2017 auf über 46 Milliarden Euro. Etwa zwei Drittel dieser Beträge liefen durch Geldspielautomaten. Zum noch stärker wachsenden illegalen Glücksspielmarkt – z.B. via online – liegen keine verlässlichen Daten vor.

Zur Zahl von süchtigen und problematischen Spielern kamen mehrere Befragungen zu Ergebnissen, die um ein Prozent der Bevölkerung liegen.

Bernd Sobottka:
Entscheidungsverhalten bei pathologischen Glücksspielern.
Pabst, 165 Seiten
Paperback ISBN 978-3-89967-367-8

Bernd Sobottka, Holger Feindel (Hrsg.): *rausch, Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 1-2016. Themenschwerpunkt: Pathologisches Glücksspiel und pathologischer PC-/Internet-Gebrauch*

Assessmentverfahren für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit nicht-deutschsprachigem bzw. Migrationshintergrund

Matthias Lukasczik*, Katja Ehrmann*, Sabine Erbstöber & Heiner Vogel

Zusammenfassung

Das Fehlen fremdsprachiger diagnostischer Instrumente kann eine Barriere für die angemessene Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation sein. Ziel des vorgestellten Projektes war es daher, vorhandene Assessments für die Reha-Diagnostik zusammenzustellen und zu systematisieren sowie Entwicklungsbedarfe aufzuzeigen. Hierfür wurden in einer Literaturrecherche sowie einer bundesweiten Online-Befragung vorhandene bzw. in der Praxis genutzte Verfahren gesammelt und Bedarfe identifiziert. Im Ergebnis konnten zahlreiche fremdsprachige Assessmentinstrumente zu verschiedenen rehabilitationsrelevanten Fragestellungen identifiziert werden, die bei Rehabilitanden mit fehlenden oder unzureichenden Deutschkenntnissen eingesetzt werden könnten. Gleichzeitig sind diese für Praktiker teils schwer zugänglich bzw. es fehlt eine systematische Übersicht. Möglichkeiten, einen vereinfachten Zugang zu diesen Instrumenten zu erhalten, etwa in Form einer Online-Datenbank, werden diskutiert.

Einführung/Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation kommt der Diagnostik ein hoher Stellenwert zu (DRV Bund, 2009). Rehabilitationsspezifische Fragestellungen, die mit ihr beantwortet werden sollen, beziehen sich u.a. auf die Indikationsstellung, die Festlegung von Reha-Zielen, die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bzw. Erfassung möglicher Beeinträchtigungen in Funktionsfähigkeit und Aktivitäten und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen. Weitere Fragestellungen fokussieren auf relevante Kontextfaktoren wie etwa psychische Belastungen und Komorbiditäten oder berufsbezogene Problemlagen sowie auf die Verlaufskontrolle und Messung rehabilitationsrelevanter

ter Outcomes (Baumeister, 2016; DRV Bund, 2009; Rüscher et al., 2018). Hierbei sollen idealerweise standardisierte und validierte Assessments zum Einsatz kommen.

Eine der Herausforderungen, mit denen die medizinische Rehabilitation und damit auch die Rehabilitationsdiagnostik konfrontiert sind, ist die angemessene Versorgung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden¹ mit Migrationshintergrund, d.h. Menschen, „die selbst oder deren Eltern aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind“ (Brzoska & Razum, 2018, S. 267). Diese Personengruppe nimmt medizinische Rehabilitationsleistungen seltener in Anspruch als Personen ohne Migrationshintergrund und ist im Mittel unzufriedener mit der Rehabilitation (Brzoska & Razum, 2015). Analysen von Routinedaten dokumentieren schlechtere Rehabilitationsergebnisse u.a. bei Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund, verglichen mit Rehabilitanden ohne Migrationshintergrund (Brause et al., 2012; Brzoska & Razum, 2018; Brzoska et al., 2012; Zollmann et al., 2016).

Eine wesentliche Versorgungsbarriere stellen sprachliche bzw. Verständigungsschwierigkeiten dar, mit denen Praktiker/Kliniker in Rehabilitationseinrichtungen konfrontiert sind (Brzoska & Razum, 2017, 2018). Damit gehen auch Probleme einher, was die diagnostische Erfassung relevanter Informationen etwa in der Anamnese oder Verlaufsbewertung betrifft. Es fehlt bislang eine für den Sektor der medizinischen Rehabilitation nutzbare Zusammenstellung geeigneter Assessments (vorrangig Fragebogenverfahren), die für die Diagnostik bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund eingesetzt werden können. Im optimalen Fall sollten diese Verfahren über eine bloße Übersetzung vorhandener Tests hinausgehen und stattdessen kulturelle und linguistische Äqui-

¹ Im Folgenden werden Personen- und Berufsbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen Form verwendet. Gemeint sind damit selbstverständlich alle Geschlechter.

valente darstellen, um mögliche soziokulturelle oder sprachliche Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

In Deutschland gibt es hierzu verschiedene Ansätze, die allerdings nicht spezifisch auf das Setting der medizinischen Rehabilitation ausgerichtet sind. So existiert seit 2007 der Arbeitskreis „Fremdsprachige Diagnostik“ in der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)². Dieser Arbeitskreis hat sich zum Ziel gesetzt, fremdsprachige Tests und sprachfreie Verfahren zur (neuro)psychologischen Diagnostik zu sammeln. Damit soll die Diagnostik bei Patienten mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen unterstützt werden. Mittelfristig sollen Qualitätskriterien und Leitlinien für die fremdsprachige Diagnostik erarbeitet und eine Liste von zertifizierten fremdsprachigen Gutachtern erstellt werden. Für den Bereich psychische Gesundheit im deutschsprachigen Raum haben Heim und Maercker (2017) in einer Übersichtsarbeit Methoden zur kulturellen Anpassung evidenzbasierter Diagnose- und Interventionsverfahren und Implikationen für die Praxis beschrieben. Des Weiteren sind in einem aktuellen Diagnostik-Handbuch Hinweise zu Verfahren und Vorgehensweisen bei Migranten zusammengestellt, es umfasst Kapitel zu pädagogisch-psychologischen Fragestellungen bei Kindern und Jugendlichen, zur klinischen und Persönlichkeits- sowie zur berufsbezogenen Diagnostik (Maehler et al., 2018).

Spezifisch für den Kontext der medizinischen Rehabilitation (allerdings ohne Fokus auf das Thema Diagnostik) wurde im Forschungsprojekt „MiMi-Reha“ des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover (Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantenInnen zur medizinischen Reha im Rahmen des Konzepts „Gesundheit mit Migranten für Migranten in Europa [MiMi]“) versucht, Barrieren beim Reha-Zugang für Migranten zu verringern und hierzu Mediatoren auszubilden und den Einsatz von muttersprachlichen Info-Veranstaltungen zu entwickeln und erproben (Klinik für Rehabilitationsmedizin der MHH & Ethnomedizinisches Zentrum Hannover e.V., 2017).

Das Ziel der hier vorgestellten Arbeit war eine erste Zusammenstellung und Systematisierung fremdsprachiger Assessment-Verfahren, die im Kontext der medizinischen Rehabilitation für Rehabilitanden mit nicht deutschsprachigem Hintergrund genutzt werden können (Erhebung von Kontextfaktoren,

Reha-Verlaufsmessung, Outcomemessung, Prognoseeinschätzung).

Hierbei sollten auch Entwicklungsbedarfe für Assessments in der medizinischen Rehabilitation abgeleitet und Vorschläge für die Umsetzung eines einfachen und niedrigschwelligen Zugangs zu den entsprechenden Instrumenten gemacht werden.

Mit dem Projekt sollten also erste Vorarbeiten geleistet werden, die im Rahmen eines künftigen umfangreicheren Vorhabens weiter ausgebaut und systematisiert sowie in die Versorgungspraxis der medizinischen Rehabilitation transferiert werden können.

Methoden

Es wurden zum einen Experten aus Forschung und Praxis kontaktiert und Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtungen, Therapeuten und Organisationen befragt, die sich mit der Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund/Migranten und Flüchtlingen beschäftigen. Zum anderen wurde eine systematische nationale Literaturrecherche zum Umgang mit sprachlichen Barrieren in der medizinischen Rehabilitation inkl. der Recherche nicht-deutschsprachiger Assessments, die im deutschsprachigen Raum Einsatz finden bzw. eingesetzt werden (können), durchgeführt.

Schriftliche Befragung: Recherche möglicher Ansprechpartner und Ergebnisdokumentation

Über einen Zeitraum von zwei Monaten (August bis September 2017) wurde zunächst eine umfangreiche Liste von Organisationen, Forschern, Gutachtern, Kliniken und Praktikern zusammengestellt, die im Bereich Migration tätig sind. Im Rahmen der Literaturrecherche (s.u.) sowie über Forschungsnetzwerke wurden außerdem Forschungsprojekte und Publikationen gesichtet, deren Autoren als Ansprechpartner in Frage kamen. Zusätzlich wurden Mailinglisten und Verteiler identifiziert, mit deren Hilfe eine große Zahl von weiteren potenziellen Kontaktpartnern angesprochen werden konnten.

Die so identifizierten Ansprechpartner wurden schriftlich kontaktiert. Das Anschreiben enthielt neben einer kurzen Darstellung der Projektinhalte und -zielsetzungen einen Link zu einem für das Projekt erstellten Kurzfragebogen, der als Word- oder pdf-Version heruntergeladen werden konnte. Mit dem Fragebogen wurde erhoben, welche fremdsprachigen Tests/Fragebögen/Assessments den jeweiligen

² http://www.gnp.de/_de/uu-AK-Fremdsprachige-Diagnostik.php

Organisationen, Institutionen oder Personen bekannt sind bzw. von ihnen verwendet werden. Der Fragebogen sollte per E-Mail (oder postalisch bzw. per Fax) an die Projektmitarbeiter zurückgeschickt werden.

Die Befragung inklusive Link zum Fragebogen wurde außerdem über verschiedene relevante Mailinglisten bzw. Verteiler verschickt (u.a. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW), Newsletter „Psychologie Aktuell“).

Um ein möglichst großes Spektrum an (potenziell) relevanten Instrumenten identifizieren zu können, erfolgte bei den dargestellten Arbeitsschritten keine Beschränkung auf bestimmte Reha-Indikationen. Gleichmaßen erfolgte keine Eingrenzung auf bestimmte Sprachen.

Bereits im Rahmen der Recherche der möglichen Kontakte wurden zudem Ansprechpartner identifiziert, die telefonisch befragt wurden. Auch als Reaktion auf das Anschreiben ergaben sich Telefoninterviews. Insgesamt wurden anschließend ergänzend neun ausführliche Telefoninterviews geführt.

Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde im Sinne eines Scoping Review (Colquhoun et al., 2014; Dijkers, 2015) durchgeführt, d.h. es wurden wissenschaftliche Publikationen aller Evidenzgrade recherchiert sowie nicht primär wissenschaftliche Publikationen wie Leitfäden, Empfehlungen oder Broschüren. Ziel war es, einen ersten allgemeinen Überblick zu einem komplexen Forschungs- bzw. Anwendungsfeld zu erlangen.

In den Datenbanken PubMed und PSYCINFO wurde zu den folgenden Suchbegriffen recherchiert (Einzelbegriffe inkl. Trunkierungen sowie Kombinationen der Suchbegriffe): „fremdsprachige Assessments“, „fremdsprachige Fragebögen“, „Fragebögen + Migranten“, „Assessments + Migranten“ und „Migranten + Rehabilitation“. Zudem wurden die Literaturverzeichnisse bereits gefundener Publikationen („Citation Tracking“) und weitere Arbeiten von Autoren mit relevanten Publikationen gesichtet. Darüber hinaus wurde eine Handsuche über Google Scholar durchgeführt. Neben der Primärliteratur wurden außerdem im Rahmen einer Internetrecherche Broschüren, Informationsmaterialien und webbasierte Angebote (Datenbanken) sowie Internetpräsenzen von Fachgesellschaften und Fachverlagen gesichtet. Zudem wurden die frei zugänglichen

Datenbanken des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation ZPID (elektronisches Testarchiv), Trier, und der Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS) des Leibniz-Instituts für Sozialwissenschaften (gesis) in Mannheim nach verfügbaren Instrumenten in verschiedenen Fremdsprachen durchsucht.

Ergebnisse

Schriftliche Befragung

Auf insgesamt 657 Anfragen gingen 60 Antworten (Rücklauf: 9,1%) ein. 66 E-Mails kamen als „nicht zustellbar“ zurück. Diese wurden auf Fehler in der Adresse bzw. den Grund für die Nichtzustellbarkeit überprüft und gegebenenfalls erneut gesendet. Des Weiteren gingen 16 „Out of Office“-Benachrichtigungen ein. Ein erneuter Versand der E-Mails erfolgte den Angaben zur Abwesenheit entsprechend für den Zeitraum der Rückkehr an den Arbeitsplatz der jeweiligen Empfänger.

Insgesamt wurden 33 Verfahren konkret benannt. Der Tabelle 1 sind die Ergebnisse der Befragung zu entnehmen.

Die ermittelten Verfahren sind nicht immer spezifischen Phasen bzw. Fragestellungen in der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen. Viele der Instrumente lassen sich zur Verlaufsmessung (prä-post-Vergleiche), Outcomemessung und/oder Prognosestellung einsetzen. In der Tabelle sind zusätzliche Informationen darüber zu finden, ob die jeweilige Version validiert (v) ist, publiziert (p) ist oder sich noch in der Forschungsphase (Forsch) befindet.

Eine Übersicht zu den von den Befragten gewünschten Verfahren in den jeweiligen Sprachen (Bedarf) ist Tabelle 2 zu entnehmen. Als ein Hinweis auf die Relevanz ist angegeben, wie oft das jeweilige Verfahren genannt wurde.

Im Freitextfeld des Fragebogens wurden Wünsche und Bedarfe zu Instrumenten in den in Tabelle 3 aufgeführten Bereichen geäußert.

Für kognitive Testverfahren sind nach Angaben der Befragungsteilnehmer vor allem die Instruktionen in Fremdsprachen hilfreich, die den Patienten dann vorgelegt werden könnten. Es wurde außerdem der Wunsch geäußert, grundsätzlich für jedes Störungsbild störungsspezifische Fragebögen für jegliche Sprachen (Englisch, Französisch, Arabisch, Persisch, Türkisch...) verwenden zu können. Demgegenüber wurden fremdsprachige Bögen für allgemeine, störungsübergreifend einsetzbare Verfahren als besonders bedeutsam benannt.

Instrument	Zielvariable(n)	Sprache(n)
A-DS (Allg. Depressionsskala)	Depression	Polnisch, Russisch, Türkisch
AUDIT (Alcohol Use Disorders Test)	Alkoholmissbrauch	Polnisch, Russisch, Türkisch
BDI (Beck Depression Inventory)	Depressionsschwere	Albanisch, Englisch, Französisch, Türkisch, Spanisch
Bf-S (Befindlichkeitskala)	Befinden	einfache Sprache (Volksprache), Französisch
BLR (Beschwerdeliste)	Körperliche und allgemeine Beeinträchtigungen	einfache Sprache (Volksprache), Französisch
BSFC (Burden Scale for Family Caregivers)	Belastung von Angehörigen	Dänisch, Englisch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Niederländisch, Norwegisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Schwedisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Ukrainisch, Ungarisch
BSI (Brief Symptom Inventory)	Psychische Störungen	Albanisch, Englisch, Kroatisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch
BVB 2000 (Bochumer Veränderungsfragebogen, nicht validiert)	Therapiebedingte Veränderungen	Türkisch
CCCC-Fragebogen (cannot quit, chasing, craving, and consequences)	Glücksspielsucht	Polnisch, Russisch, Türkisch
EASY – Nonverbaler Demenztest	Demenz	nonverbal (Instruktionen deutsch)
Elternbrief: Start der Berufsorientierung	Berufsorientierung	Türkisch
ETI (Essener Trauma-Inventar)	Traumatische Belastung	Englisch, Farsi, Polnisch, Serbokroatisch, Russisch, Türkisch
FTND (Test für Nikotinabhängigkeit)	Nikotinabhängigkeit	Polnisch, Russisch
GSV (Glücksspielskalen)	Glücksspielsucht	Polnisch, Russisch, Türkisch
HAPA Scales (Health Action Process Approach)	Gesundheitsverhalten	
– Physical Activity		Chinesisch, Englisch, Spanisch
– Fruit and Vegetable Intake		Chinesisch, Englisch, Persisch, Portugiesisch, Spanisch
– Dental Flossing		Chinesisch, Englisch, Persisch, Polnisch
– Hand-Hygiene		Chinesisch, Englisch
– Sunscreen Use		Chinesisch, Englisch
HASE (Hamburger ADHS-Skalen für Erwachsene)	ADHS	einzelne Skalen auf Polnisch, Russisch, Türkisch
HEALTH-49 (Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis)	Psychosoziale Gesundheit	Englisch, Polnisch, Russisch, Türkisch
ISR (ICD-10 Symptom Ranking)	Psychische Störungen	Türkisch (validiert)
MDBF (Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen)	Befindlichkeit	einfache Sprache (Volksprache) Französisch
MMST (Mini-Mental-Status-Test)	Kognitive Beeinträchtigung	Türkisch

(Forts. nächste Seite)

Tabelle 1

Ergebnisse
der Befragung zu
verwendeten Instrumenten

(Tabelle 1 Forts.)

Instrument	Zielvariable(n)	Sprache(n)
NEO-inventare (Neurotizismus-Extraversion-Offenheit-Persönlichkeits-Inventar)	Persönlichkeitsfaktoren	Arabisch Kuwait (Forsch), Arabisch Irak (Forsch), Brasilianisch-Portugiesisch (p), Bulgarisch (p), Chinesisch (v), Dänisch (p), Englisch (p), Estnisch (v), Finnisch (p, Forsch), Flämisches/Niederländisch (p), Französisch (pv), Französisch-Kanadisch (p, Forsch), Griechisch (IE), Hebräisch (p), Indisch Hindi (IE), Indisch Marathi (v), Indisch Telegu (v), Indonesisch (v), Iranisch Farsi (IE), Isländisch (v), Italienisch (v), Japanisch (p), Koreanisch (p), Kroatisch (p), Litauisch (p), Malayisch (v), Norwegisch (p), Philippinisch (v), Polnisch (p, Forsch), Portugiesisch (p), Russisch (v), Schwedisch (p), Serbisch (v), Shona (v), Spanisch (p), Slowenisch (v), Südafrikanisch Afrikaans (v), Südafrikanisch Xhosa (v), Thailändisch (Forsch), Tschechisch (p), Türkisch (p), Ungarisch (v)
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)	Psychische Belastung, insb. Angst und Depression	Englisch
PSST (Persönlichkeits-Stil-Störungsinventar)	Persönlichkeitsstörungen	Polnisch, Russisch, Türkisch
SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)	Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen	Afrikaans, Albanisch, Amharisch, Arabisch, Aseri, Baskisch, BSL (British Sign Language), Bulgarisch, Katalanisch, Chicha, Chinesisch, Chinesisch (einfach), Dänisch, Dari, Niederländisch, Englisch (Australisch, UK, USA), Estnisch, Farsi, Finnisch, Französisch, Gälisch, Gallego, Georgisch, Griechisch, Grönländisch, Gujarati, Hausa, Hebräisch, Hindi, Hmong, Isländisch, Igbo, Indonesisch, Irisch, Italienisch, Japanisch, Kamnada, Khmer, Koreanisch, Kreolisch (Haiti), Kroatisch, Kurdisch, Lettisch, Litauisch, Mazedonisch, Malaysisch, Malayalam, Maltesisch, Mongolisch, Nepali, Norwegisch (Bokmål, Nynorsk), NSL (Norwegian Sign Language), Paschtu, Polnisch, Portugiesisch (Brasilien, Portugal), Pandschabi, Rumänisch, Russisch, Samisch, Schwedisch, Serbisch, Singhalese, Slowakisch, Slowenisch, Somali, Spanisch, Spanisch (Rio de la Plata), Swahili, Tamil, Thailändisch, Tschechisch, Türkisch, Ukrainisch, Ungarisch, Urdu, Vietnamesisch, Walisisch, Xhosa, Yoruba, Zulu
SEK-27/ERSQ-17 (Fragebogen zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen/Emotion Regulation Skills Questionnaire)	Emotionale Kompetenzen/ Emotionsregulation	Dänisch, Englisch, Japanisch, Koreanisch, Niederländisch, Spanisch, Türkisch
SF-36 (36-Item Short Form Survey)	Gesundheit	einfache Sprache (Volksprache), Französisch
SIMBO-C (Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation)	Bedarf MBOR	Türkisch (hauseigen)
tip doc-Anamnesebögen	Allgemeine Erstanamnese	30 Sprachen
tip doc-home/prof.	Beschwerden, Untersuchung, Behandlung	9 Sprachen
tip doc-Psychiatrie	Psychiatrische Erstanamnese	14 Sprachen
WAI (Work Ability Index)	Arbeitsfähigkeit	Türkisch (hauseigen)
WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)	Status von Gesundheit und Behinderung	Englisch, Serbisch
Würzburger Screening	Identifikation beruflicher Problemlagen	Türkisch (hauseigen)

Instrument	Zielvariable(n)	Gewünschte Sprache(n)	Häufigkeit Nennung
ADHS-Checkliste	ADHS	k.A.	1
AVEM (Fragebogen zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern)	Arbeitsrelevante Verhaltens- und Erlebensmuster	Arabisch, Russisch, Polnisch, Englisch	2
BDI (I und II) (Beck Depression Inventar)	Depressionsschwere	Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Arabisch, Französisch, Polnisch, Kurdisch, südeuropäische Sprachen, Serbokroatisch, Russisch, Türkisch	7
BPI (Borderline-Persönlichkeitsinventar)	Persönlichkeitsstörung	Türkisch	1
BSI (Brief Symptom Inventory)	Psychische Störungen	Arabisch, Französisch	1
CBCL/6-18R (Child Behavior Checklist)	Verhaltensauffälligkeiten	Arabisch, Französisch, Kurdisch, Türkisch	1
CERAD (Neuropsychologische Testbatterie des Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)	Kognitive Einschränkungen, M. Alzheimer	Türkisch	1
D2 (d2 Test of Attention – Instruktionen)	Aufmerksamkeit	Arabisch, Kurdisch, Serbo-Kroatisch, Türkisch	1
DIAMO (Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation)	Arbeitsmotivation	Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Russisch, Türkisch	1
DIKJ (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche)	Depression	Arabisch, Französisch, Kurdisch, Türkisch	1
FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar)	Persönlichkeits-eigenschaften	Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Russisch, Türkisch	1
Gesundheitsfragebogen für psychotherapeutische Praxen	Gesundheit	Arabisch, Italienisch, Türkisch	1
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Angst und Depression	Arabisch, Englisch, Russisch, Polnisch	1
HAQ (Health Assessment Questionnaire)	Gesundheit	k.A.	1
HASE (Hamburger ADHS-Skalen für Erwachsene)	ADHS	k.A.	1
HAWIE/WIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test)	Intelligenz	Türkisch	1
IES (Impact of Event Scale)	Schwierigkeiten bei kritischen Lebensereignissen	Arabisch, Französisch	1
PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)	Traumatisierung	Albanisch, Armenisch, Arabisch, Dari, Englisch, Farsi, Französisch, Serbisch	1
PHOIKI (Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche)	Phobie	Arabisch, Französisch, Kurdisch, Türkisch	1
SCL-90 (Symptom-Checklist)	Psychopathologie	Albanisch, Armenisch, Arabisch, Dari, Englisch, Farsi, Französisch, Serbisch, Spanisch, Portugiesisch, Russisch, Türkisch	3
SESA (Skalen zur Erfassung der Selbstakzeptanz)	Selbstakzeptanz	Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Russisch, Türkisch	1
SKID I und II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV)	Psychische Störungen	Albanisch, Armenisch, Arabisch, Dari, Englisch, Farsi, Französisch, Serbisch	3
TMT (Trail-Making-Test) – Instruktionen	Aufgabenwechsel, Aufmerksamkeit	Arabisch, Kurdisch, Serbo-Kroatisch, Türkisch	1
VLMT (Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest)	Verbales Gedächtnis	Arabisch, Kurdisch, Serbo-Kroatisch, Türkisch	1
WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0)	Status von Gesundheit und Behinderung	Südeuropäische Sprachen (n.n.b.), Türkisch	1
YSR/11-18R (Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist für Jugendliche)	Verhaltensauffälligkeiten	Arabisch, Französisch, Kurdisch, Türkisch	1

Tabelle 2

Ergebnisse der Befragung zu Bedarfen bzw. gewünschten Instrumenten

Tabelle 3

Wünsche und Bedarfe
zu Instrumenten
(Freitextangaben)

- Angststörungen
- Beschwerdevalidierung
- Demenzdiagnostik
- Enuresis/Enkopresis
- Fragebögen zum gesellschaftlichen Leben
- Intelligenzdiagnostik
- Krisenintervention
- Neurokognitive Diagnostik
- Testung Psychose
- Traumabearbeitung
- Zielplanung/-erreichung
- Zufriedenheit

Literaturrecherche

Es wurden wissenschaftliche Primärpublikationen sowie Projektberichte und -beschreibungen, ferner Diskussionsbeiträge und Pressemitteilungen gefunden, die sich mit der Problematik der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation beschäftigen. In diesen werden verschiedene Perspektiven und Ansätze zu den Problematiken Sprachbarrieren, Traumafolgen und kulturelle Differenzen beschrieben (Brzoska et al., 2010; Gissendanner et al., 2011; Karl-Trummer et al., 2006; Koch & Petermann, 2011; Razum & Brzoska, 2016; Schwarz et al., 2015; Werner, 2015).

Ein Handbuch von Machleidt und Heinz (2011) zum Thema „Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie – Migration und psychische Gesundheit“ beschäftigt sich u.a. mit interkultureller psychologischer Testdiagnostik. Mehrere der gefundenen wissenschaftlichen Publikationen befassen sich außerdem mit der Übersetzung und Anwendung von Diagnoseinstrumenten. Es wird betont,

dass Instrumente mit ihren entsprechenden Gütekriterien (Reliabilität und Validität) in einer Ausgangssprache konstruiert wurden und dementsprechend auch nur in dieser Gültigkeit haben (Martin et al., 2007). Assessments, die in einer anderen Sprache zum Einsatz kommen, müssten nach wissenschaftlichen Kriterien übersetzt werden (Sperber, 2004) und dann anhand der Gütekriterien geprüft werden (Strickland, 2001). Richtlinien und Methoden zur Übersetzung von Fragebögen finden sich beispielsweise bei Mahler et al. (2009) sowie Maeesriwongul und Dixon (2004). Ein aktueller Schwerpunkt der Forschung liegt insbesondere auf der Diagnose und Behandlung von Demenz bei (türkischen) Migranten (Flüh, 2014; Kalbe et al., 2010; Reisdorf, 2008; Strotzka, 2015).

Identifiziert wurden im Rahmen der Literaturrecherche zudem verschiedene Online-Verfahren, die für die Psychodiagnostik Geflüchteter eingesetzt werden können. Ein solches Verfahren ist die Kompetenzanalyse „CAIDANCE-R“ („Career“ + „Guidance“ für „-R“ = „Refugee“), ein psychologisches Diagnostikverfahren für Flüchtlinge in den Sprachen Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch und Persisch, das dazu dienen soll „individuelle, für den Arbeitsmarkt relevante Kompetenzen“ zu erfassen. Es wird auf Basis von Kompetenzen und Interessen ein Personenprofil erstellt (<http://www.hr-diagnostics.de/de/loesungen/anwendungsfaelle/caidance-r-kompetenzanalyse-fuer-fluechtlinge/>).

Auf der Homepage der Gesellschaft für psychologische Eignungsdiagnostik und Unternehmensberatung mbH werden auch Berufstests für Migranten und Flüchtlinge angeboten

(Forts. S. 73)

Tabelle 4

Übersicht
zu den Kategorien
fremdsprachiger
Instrumente
(Datenbanken
ZPID und ZIS)

Testkategorie	Unterkategorien
Berufs- und arbeitspsychologische Tests	<ul style="list-style-type: none"> • Bewältigungsstrategien • Arbeit und Beruf • Einstellungstests, inklusive verkehrspsychologischer Tests, berufsbezogener Einstellungstests sowie arbeitspsychologischer Verfahren • Berufs- und arbeitspsychologische Tests • Interessentests
Klinische Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Psychologie • Klinische Psychodiagnostik • Klinische Verfahren • Gesundheitspsychologische Tests • Gesundheit • Verfahren zur Erfassung sensomotorischer Fähigkeiten • Intelligenz- und Gedächtnistests
Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitation
Sozialisation	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Gruppen • Sozialisation und Familie
Kultur, Religion, Bildung, Politik	<ul style="list-style-type: none"> • Kultur, Religion, Bildung • Politische Einstellungen und Verhalten • Soziale Probleme
Individuum und Persönlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Individuum/Persönlichkeit • Persönlichkeitstests









(Forts. von S. 68)

Testkategorie	Anzahl Tests	Anzahl Sprachen	Durchschnittliche Anzahl Sprachen
Berufs- und arbeitspsychologische Tests	10	32	7,2
Individuum und Persönlichkeit	13	43	11,6
Klinische Verfahren	455	68	6,5
Kultur, Religion, Moral, Bildung, Politik	5	8	3,0
Rehabilitation	18	37	7,7
Sozialisation	3	30	11,3
Gesamt	504	75	6,7

Tabelle 5

Übersicht Anzahl fremdsprachiger Instrumente pro Kategorie (Datenbanken ZPID und ZIS)

(<https://www.ge-pedu.de/berufstest-fuer-migranten>). Die Testverfahren wurden spezifisch für die Arbeit mit Migranten in den Sprachen Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Persisch, Russisch und Tigrinisch entwickelt. Die Gesellschaft bietet verschiedene Tests an (Berufsinteressen und Kompetenzen Check [BI-KOC]; Berufsinteressencheck [BIC]; nonverbaler kognitiver Leistungstest [TB KGL NV]).

Auch aus den Datenbanken des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation ZPID (elektronisches Testarchiv) und der Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen des Leibniz-Instituts für Sozialwissenschaften (ZIS) konnten Verfahren zusammengestellt werden. Insgesamt wurden 504 Tests in 75 Sprachen identifiziert. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die inhaltlichen Kategorien, denen diese Instrumente zugeordnet werden können.

In Tabelle 5 ist dargestellt, wie viele Tests jeweils in den sechs Kategorien („Berufs- und arbeitspsychologische Tests“, „Individuum und Persönlichkeit“, „Klinische Verfahren“, „Kultur, Religion, Moral, Bildung und Politik“, „Rehabilitation“, und „Sozialisation“) gefunden wurden. Auch die Anzahl der Sprachen je Kategorie und die durchschnittliche Anzahl der Sprachen pro Test in den jeweiligen Kategorien sind jeweils aufgeführt. Eine Liste der Tests, die in zusätzlichen Sprachen außer Deutsch und Englisch vorliegen, ist auf Anfrage bei den Autoren erhältlich.

Ergänzende Expertenbefragung

Durch die Befragung von Experten ($N = 9$) wurden u.a. auch Kontakte zu weiteren Forschenden, Hinweise auf Publikationen und vereinzelte Übersetzungen von Skalen und Tests gewonnen. Insgesamt hielten alle Befragten das vorliegende Projekt für wichtig und notwendig. Es gab weitreichende Überschneidungen hinsichtlich der Anregungen zum weiteren Vorgehen sowie den Einschätzungen zu Problemlagen und Bedarfen.

So bestehen nach Auskunft eines Fachverlags die größten Herausforderungen bei Personen, die arabische Ziffern und lateinische Buchstaben nicht kennen oder nicht von links nach rechts lesen. Selbst bei sprachfreien Tests träten mitunter große Schwierigkeiten auf, da die Instruktion meist nur in Deutsch zur Verfügung stehe und somit häufig bereits die Anleitung zur Testdurchführung (Aufgabenverständnis) nicht verstanden werde. Da auch im Verlag vermehrt Test-Anfragen eingingen, bestätigte dies den wachsenden Bedarf an fremdsprachigen Assessments weiter. Insbesondere in den Bereichen Arbeits- und Leistungsmotivationstests, Berufseignungs- bzw. Berufsinteressentests und Stressverarbeitungstests seien jedoch bisher keine Materialien vorhanden.

Eine weitere Expertenstimme äußerte sich kritisch zu dem wissenschaftlichen Anspruch, jedes Fragebogeninstrument für jedes Land, insbesondere in Europa, neu validieren zu müssen. So sei dies bei Ländern, die dem deutschen Kulturkreis sehr ähnlich sind (z.B. Frankreich, Dänemark) nur bedingt notwendig. Sobald aber Tabus bzw. Tabuformulierungen aufträten, müssten unter anderem Items neu formuliert, gestrichen oder geändert werden. Eine Validierung sei dann unumgänglich. Laut Einschätzung des befragten Experten würde aber ein kurzer Pre-Test ausreichen, um mögliche kritische Items aufzudecken. Fragebögen seien von Natur aus kulturellnormativ und sollten Differenzen aufzeigen, kritisch sei daher nicht das Instrument per se, sondern die Frage, wie die Ergebnisse bzw. Befunde dann interpretiert werden.

Ein weiteres wichtiges Thema, das von Seiten der befragten Experten angesprochen wurde, war die Frage, ob Fremd- oder Selbstbeurteilungsverfahren besser für spezifische Konstrukte geeignet sind. Der Einsatz sollte vom Konstrukt selbst abhängig gemacht werden. Ein möglicher Bias, der beim Beurteiler auftritt, sei durch Schulung und Training besser zu korrigieren bzw. zu vermeiden als dies bei der Selbstbeurteilung der Fall wäre. Aller-

dings sei es wichtig zu beachten, dass die Kompetenz des Beurteilers und die Anerkennung der Kultur des/der Befragten immer der kritische Punkt für die korrekte Verwendung eines Instrumentes seien.

Insofern seien Schulungen und Trainings wichtig. Auch bei sprachfreien Fragebögen oder Leistungstests müssten die Instruktionen bzw. Anleitungen korrekt in der entsprechenden Sprache vorgelesen werden können. Hier sieht eine türkischsprachige Therapeutin, die seit vielen Jahren in Deutschland lebt und u.a. als Dolmetscherin und Gutachterin arbeitet, ein großes Problem. Laut ihren Angaben sei es außerordentlich schwer, jede Interaktion und Übersetzung hochstandardisiert zu führen. Genauer bedeute dies beispielsweise, dass auch geschulte und erfahrene Beurteiler und Übersetzer nie zu 100 Prozent über die Jahre und eine Vielzahl von Personen hinweg die gleiche Wortwahl für verschiedene Tests und deren Instruktionen verwendeten. Auch Instruktionen und Anleitungen für sprachfreie Verfahren müssten in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, damit eine genormte Nutzung gewährleistet werden könne.

Diskussion und Ausblick

Das vorgestellte Projekt hatte zum Ziel, einen ersten Überblick über verfügbare bzw. relevante diagnostische Verfahren zu geben, die in der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Reha-Diagnostik bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund eingesetzt werden können.

Sowohl die zahlreichen individuellen Rückmeldungen, als auch die 60 Rückläufe reflektieren, dass die Befragung auf relativ hohe Resonanz stieß. Innerhalb eines kurzen Zeitraums war es möglich, eine vielversprechende Übersicht von Instrumenten, die bereits in der Praxis zum Einsatz kommen, zusammenzustellen. Darüber hinaus wurden konkrete Wünsche und Bedarfe von Anwendern hinsichtlich Assessments dokumentiert.

Über die Datenbankrecherche war es möglich, eine große Anzahl an bereits verfügbaren und (potenziell) geeigneten weiteren Verfahren für den Kontext der medizinischen Rehabilitation zu identifizieren. In einem nächsten Schritt sollte eine weitergehende und differenziertere Systematisierung der Instrumente und deren Anwendungsbereiche vorgenommen werden. Dazu gehören auch Informationen zu Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten der Verfahren.

Hierfür bietet sich eine erweiterbare/wachsende Online-Datenbank an, in der die Verfahren in den verschiedenen Sprachen tabellarisch

gelistet und abrufbar sind. Es wäre auch denkbar anzugeben, welche psychometrischen Gütekriterien die Verfahren aufweisen, um dem Nutzer die Entscheidung über den Einsatz zu erleichtern. Die Datenbank sollte außerdem Links zu den Verfahren erhalten, über die Anwender die Verfahren (kostenfrei oder gegen Lizenzgebühren) beziehen können. Die Online-Datenbank sollte idealerweise an eine bestehende, etablierte Internetpräsenz angebunden werden.

Mittelfristig könnte dann erarbeitet und mit Experten genauer abgestimmt werden, welche Bereiche der Diagnostik, welche Indikationen und welche Sprachen die größte Relevanz für den alltäglichen praktischen Handlungsbedarf in der Rehabilitation aufweisen. So kann aufgearbeitet werden, welche Fragebögen bzw. Assessments noch zu validieren oder gar zu übersetzen sind. Eine erweiterte systematische Literaturrecherche über internationale Datenbanken zu publizierten Verfahren wäre eine sinnvolle Ergänzung, die o.g. Datenbank müsste dann auf dieser Basis entsprechend angepasst werden.

Als aufschlussreich erwiesen sich weiterhin die ergänzenden Expertengespräche, in welchen die Relevanz des Vorhabens rückgemeldet wurde. Es wurden wichtige Anregungen zur Verwendung verschiedener Verfahren wie auch damit verbundenen Schwierigkeiten, vor allem im Hinblick auf die Kultursensibilität von diagnostischen Verfahren, gegeben. Problemlagen und Lösungsansätze wurden diskutiert. So wurde beispielsweise verdeutlicht, wie der Einsatz von Dolmetschern durch standardisierte Diagnostikinstrumente weiter unterstützt und optimiert werden kann.

Sinnvoll erscheint der Vorschlag einer engmaschigen Zusammenarbeit mit deutsch kulturalisierten Mitgliedern des Versorgungssystems, um eine bessere Integration der Patienten in den Rehabilitationsprozess und im Weiteren eine bessere Prognose für die Wiederaufnahme bzw. den Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu unterstützen (Kobelt et al., 2011). Um allerdings eine fundierte und informationsgestützte Behandlungsplanung und -kontrolle zu gewährleisten, sind kultursensible Assessment-Instrumente und Informationsmaterialien in verschiedenen Fremdsprachen unbedingt notwendig (Kobelt et al., 2011).

Ein weiterer Ansatzpunkt kann die Initiierung von Übersetzungs- und Validierungsprojekten für Assessments in solchen Bereichen sein, in denen Praktiker und/oder Experten besondere Bedarfe und Defizite sehen. Denkbar wären hier auch Kooperationen mit Fachorganisationen und Fachverlagen.

Mit dem Ziel, das Spektrum an geeigneten Assessments auszubauen, können Vorschläge zur Übersetzung und Validierung konzipiert und entsprechende Kooperationen initiiert werden. Beispielsweise haben die Organisationen „Tür an Tür“ und „MigraNet IQ Landesnetzwerk Bayern“ eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit Deutsch als Fremdsprache, Deutsch als Zweitsprache, sprachsensibler und migrationspezifischer Beratung sowie einfacher/leichter/verständlicher Sprache fachlich auseinandersetzt und sich zu diesen Themen regelmäßig austauscht. In bisherigen Projekten wurden bereits Fragebögen und Erklärvideos in verschiedene Sprachen übersetzt.

Insgesamt sollte sich das grundsätzliche Vorgehen im Rahmen der Reha-Diagnostik an den Verfahren für deutschsprachige Rehabilitanden orientieren und entsprechend in verschiedenen Sprachen umgesetzt werden. Detaillierte Ausführungen zu verschiedenen Aspekten der Diagnostik und Indikationsstellung sind beispielsweise dem Handbuch „Psychologie in der medizinischen Rehabilitation“ von Bengel und Mittag (2016) zu entnehmen. Für eine orientierende Diagnostik, das Erstgespräch oder im Rahmen der Exploration/Anamnese bieten sich qualitative oder halbstrukturierte Verfahren an. Mösko und Kollegen (2018) schlagen hier beispielsweise das „Cultural Formulation Interview“ aus dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) vor. Mit diesem Interview lassen sich Krankheits hintergrund und -vorstellungen des Patienten erfassen (Mösko et al., 2018).

Für die vergleichende Bewertung der Ausgangssituation, des Verlaufs und des Rehabilitationsergebnisses bzw. konkrete Outcome-Variablen eignen sich vor allem standardisierte Verfahren. Sie existieren häufig in unterschiedlichen Sprachen, wie die vorliegende Untersuchung zeigt. Problematisch ist dabei aber nicht selten die Qualität des verwendeten Instrumentes bzw. der Grad der wissenschaftlichen Ausarbeitung der entsprechenden Übersetzung (wenn etwa eine „hauseigene“ Übersetzung in einer Einrichtung verwendet wird, die u.U. nicht validiert oder normiert ist). Die Interpretation entsprechender Testergebnisse ist umso leichter möglich, je besser Validität und Normierung für die entsprechende Übersetzung durch geeignete Untersuchungen abgesichert sind.

Der Zugang zu bereits vorhandenen Instrumenten in verschiedenen Sprachen ist für Praktiker häufig erschwert. Gemessen an der im Projekt deutlich gewordenen Fülle von grundsätzlich existierenden Instrumenten werden in der Rehabilitation, so zeigte die Übersicht,

nur wenige verwendet. Auch frei zugängliche Assessments und Fragebögen werden nur sporadisch genutzt, obwohl Bedarf dafür geäußert wird. Zeitliche Einschränkungen und das Fehlen von übersichtlichen Informationen dürften die Zugangsmöglichkeiten erschweren.

Insgesamt bedarf der Umgang mit den soziokulturellen und sprachlichen Besonderheiten bei Rehabilitanden mit Migrationshintergrund einer umfassenden weiteren Aufbereitung, welche aufgrund des zunehmenden Bedarfs auch dringlich anzuraten ist. Das vorgestellte Projekt kann hierzu einen Beitrag leisten.

Literatur

- Baumeister, H. (2016). Diagnostik und Indikationsstellung bei psychischen Belastungen und Störungen. In: J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S. 39-49). Berlin: Springer.
- Brause, M., Reutin, B., Razum, O. & Schott, T. (2012). Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. *Die Rehabilitation*, 51, 282-288.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2015). Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58, 553-559.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2017). Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 56, 299-304.
- Brzoska, P. & Razum, O. (2018). Migration. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Hrsg.), *Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (S. 267-271). Berlin: Springer.
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B. et al. (2010). *Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Projektabschlussbericht. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f402-rehabilitation-migrationshintergrund.pdf?__blob=publicationFile
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J. & Razum, O. (2012). Die Nutzung von Routinedaten in der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen. *Das Gesundheitswesen*, 74, 371-378.

- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K. et al. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 1291-1294.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Berlin. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207036/publicationFile/2127/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf
- Dijkers, M. (2015). What is a scoping review? *KT Update*, 4, 1. http://ktdrr.org/products/update/v4n1/dijkers_ktupdate_v4n1_12-15.pdf
- Flüh, H. C. (2014). *Testverfahren zur Demenzdiagnostik beim Patienten mit Migrationshintergrund*. Dissertation. Freie Universität Berlin. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000015772/dissertation_hflueh.pdf.
- Gissendanner, S. S., Ngassa Djomo, K. & Schmidt-Ott, G. (2011). Ethnisch-kulturelle Vielfalt und psycho-somatische Rehabilitation: Transkulturelle Kompetenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 2709-2712.
- Heim, E. & Maercker, A. (2017). Kulturelle Anpassung in Diagnostik und Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 16, 4-10.
- Kalbe, E., Ozankan, S., Özbek, J. et al. (2010). EASY: ein Screening zur Erfassung kognitiver Dysfunktionen und Demenz bei türkischen Migranten. Vortrag, Neurowoche 2010, Mannheim.
- Karl-Trummer, U., Krajic, K., Novak-Zezula, S. & Pelikan, J.M. (2006). *Das „Migrantenfreundliche Krankenhaus“: Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Europäischen Projekt*. 2. Gemeinsame Konferenz der deutschsprachigen Netzwerke gesundheitsfördernder Krankenhäuser – „Das gesundheitsfördernde Krankenhaus – Krankenhaus mit Zukunft“. Berlin: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover & Ethno-medizinisches Zentrum e.V. (2017). *MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantInnen zur medizinischen Rehabilitation auf Basis der MiMi-Kampagnentechnologie*. Abschlussbericht. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Mimi_REHA_Abschlussbericht.pdf
- Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 475-481.
- Koch, U. & Petermann, F. (2011). Innovationen in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 401-403.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.) (2011). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. Elsevier.
- Mahler, C., Jank, S., Reuschenbach, B. & Szecsenyi, J. (2009). Komm, lass uns doch schnell mal den Fragebogen übersetzen. Richtlinien zur Übersetzung und Implementierung englischsprachiger Assessment-Instrumente. *Pflegewissenschaft*, 11, 5-12.
- Maneesriwongul, W. & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 175-186.
- Martin, J. S., Vincenzi, C. & Spirig, R. (2007). Prinzipien und Methoden einer wissenschaftlich akkuraten Übersetzungspraxis von Instrumenten für Forschung und direkte Pflege. *Pflege*, 20, 157-163.
- Möske, M., Handtke, O. & Schulz, H. (2018). Interkulturelle Öffnung in der Rehabilitation – die Hamburger Perspektive. *Die Rehabilitation*, 57, 11-13.
- Nowik, D., Kreth, J., L.-M. Reißmann et al. (2018). Evaluation einer kultursensiblen, muttersprachlichen Informationskampagne für Menschen mit Migrationshintergrund. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 104, 194-200.
- Razum, O. & Brzoska, P. (2016). Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation. *WISO Direkt*, 6, 1-4.
- Reisdorf, S. (2008). Für die Pflege demenzkranker Migranten fehlt angepasste Hilfe. *Ärzte-Zeitung*, 04.12.2008. https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/articel/521368/pflege-demenz-kranker-migranten-fehlt-angepasste-hilfe.html
- Rüsch, M., Dorn, M. & Bengel, J. (2018). Psychosoziale Belastungen und psychische Komorbidität. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Hrsg.), *Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (S. 146-152). Berlin: Springer.
- Schwarz, B., Markin, K., Salman, R. & Gutenbrunner, C. (2015). Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 54, 362-368.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126, S124-S128.
- Strickland, O. L. (2001). An instrument's conceptual base: its link to theory. *Journal of Nursing Measurement*, 9, 3-4.
- Strotzka, S. (2015). Kognitives Assessment für Migrantinnen und Migranten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 10-14.

Werner, S. (2015). Mit neuen Reha-Konzepten Zuwanderer besser erreichen. Bericht zum Reha-Kolloquium 2015 in Augsburg. Portal für Physiotherapeuten. *pt_online* vom 06.10.2015. <https://www.physiotherapeuten.de/mit-neuen-reha-konzepten-zuwanderer-besser-erreichen/>

Zollmann, P., Pimmer, V., Rose, A. D. & Erbstößer, S. (2016). Psychosomatische Rehabilitation bei

deutschen und ausländischen Versicherten der Rentenversicherung im Vergleich. *Die Rehabilitation*, 55, 357-368.

Förderung

Dieses Projekt wurde finanziell gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Dr. Matthias Lukaszik

Universität Würzburg
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie, Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaften
am Institut für Klinische Epidemiologie
und Biometrie
Klinikstraße 3
D-97070 Würzburg
matthias.lukaszik@uni-wuerzburg.de

NACHRICHT

Migranten gehen seltener zum Arzt und leben länger

Mehr als 20 Prozent der Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Sie leben länger als die übrige Bevölkerung: Die Lebenserwartung ist für Migrantinnen um 1,7 Jahre und für Migranten um 2,6 Jahre höher. Prof. Dr. Angela Gosch (Hochschule München) berichtet über die gesundheitliche Lage von eingewanderten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern im Sammelband „Kultur, Psyche und Gesundheit – Psychologie im Kontext der Globalisierung“, hrsg. von Olaf Morgenroth und Angela Kindervater.

Der Migrationsprozess macht sicherlich nicht per se grundsätzlich krank; dennoch muss er in allen Fällen als „kritisches Lebensereignis gesehen werden, das Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösestrategien eines Individuums überfordern kann“. Dennoch nehmen Migranten das Gesundheitssystem deutlich weniger in Anspruch als die Allgemeinbevölkerung. Vor diesem Hintergrund überrascht die hohe Lebenserwartung zusätzlich.

Die Todesursachen weichen deutlich voneinander ab: Während unter Deutschen Herz-Kreislauf-bedingte Todesfälle am häufigsten sind, versterben Migranten vermehrt an Tumoren bzw. Krebsleiden. Tiefgreifende psychosoziale Probleme stehen hinter zwei ande-

ren Statistiken: In der deutschen Gesamtbevölkerung sterben etwa drei von tausend Neugeborenen, bei Migranten fast acht. Und: Suizide sind bei jungen Türkinnen zweimal häufiger als bei jungen deutschen Frauen.

Einheimische Erwachsene und Kinder berichten häufiger von chronischen Erkrankungen; für körperliche Schmerzen dagegen finden sich deutlich höhere Zahlen z.B. bei Erwachsenen türkischer Herkunft. Das Risiko, an HIV oder Tuberkulose zu erkranken, ist bei migrierten Menschen erhöht, bei anderen Infektionskrankheiten sind keine Unterschiede zu finden.

Menschen mit Migrationshintergrund haben ein tendenziell höheres Risiko, an psychischen Störungen zu

erkranken, darunter vor allem Depressionen, Angst- und somatoforme Störungen. Vor allem nach schwer belastenden Flucht- und Vertreibungsereignissen leiden viele Migranten unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Auffällig ist, dass Migranten deutlich weniger Gesundheitsangebote in Deutschland in Anspruch nehmen, sowohl ambulant als auch rehabilitativ. Überrepräsentiert sind sie dagegen in psychiatrischen Institutsambulanzen wie der Forensik und der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen.

Gosch weist auf kulturelle Barrieren im deutschen Gesundheitssystem hin und plädiert für dessen interkulturelle Öffnung. Allen Einwohnern sollte die Entwicklung einer Gesundheitskompetenz ermöglicht werden, auch migrationspezifische Behandlungsangebote können zu einer Verbesserung der Situation beitragen.

Angela Gosch: Gesundheit und Migration. In: Olaf Morgenroth & Angela Kindervater (Hrsg.), *Kultur, Psyche und Gesundheit. Psychologie im Kontext der Globalisierung* (S. 179-203). Pabst 2019. ISBN 978-3-95853-489-6, eBook ISBN 978-3-95853-490-2

Zur Psychodynamik konservativer Heimat-Bilder¹

Rainer Gross

Heimat – das Wort ist heute in aller Munde: Ein politisch umkämpfter Begriff, ein Assoziations-Generator: Heimat ist ja nur ein Wort in einer längeren Reihe, in einer Signifikantenreihe, die am „Kältepol“ beginnt mit den Ausdrücken Nation, Vaterland – Heimat steht dann vielleicht in der Mitte – am anderen „wärmeren“ Pol finden wir dann die Adjektiva heimisch, daheim, zuhause – bis zum Ausfransen ins allgemeine Gefühl von aufgehoben sein, dazugehören.

Eine eigene Definition des Begriffes möchte ich gar nicht erst versuchen – es gibt hunderte widersprüchliche wissenschaftliche und noch mehr populäre Definitionen und Zitate. Eine von sehr vielen AutorInnen oft verwendete Definition für Heimat wäre: „Heimat ist dort, wo ich mich nicht erklären muss.“ (Herder, 1793). Die Definition passt gut zu dem, was ich Ihnen heute erzählen will: Wo ich mich nicht erklären muss, dort muss ich eigentlich nicht sprechen, kann von einem wortlosen Verstehen, von einem Einverständnis ohne Konflikte bzw. jenseits der Konflikte ausgehen. Hier klingt an, dass „Heimat“ wohl für alle von uns primär Erinnerungen, Emotionen und Affekte bedeutet und nicht so sehr einen rational-intellektuellen Diskurs.

Psychodynamik von Heimat-Gefühlen

Bei der 1:1-Anwendung psychoanalytischer Konzepte auf kulturelle Phänomene bzw. von individuellen Symptomen auf kollektive Pathologien ist prinzipiell Skepsis geboten: So warnte schon Jürgen Habermas 1982 vor einer „gesellschaftstheoretischen Überdehnung psychoanalytischer Begriffe“ und auch Alexander Mitscherlich (1975, S. 174) betonte, dass „der Weg von der Analyse des Einzelfalls zum Verständnis kollektiven Verhaltens immer einen Sprung“ (a.a.O., S. 25) enthalten müsse.

Und auch schon Freud selbst hatte gewarnt: „Es wird uns nicht leicht, die Begriffe der Einzelpsy-

chologie auf die Psychologie der Massen zu übertragen“ (Freud, 1939/1999, S. 241).

Reimut Reiche (2011) bezweifelte die Erklärungskraft der psychoanalytischen „Weltformeln“ und warnte vor einem „Aufschäumen der psychoanalytischen Zeitdiagnostik“: Diese Kulturdiagnosen der Analytiker dienten seiner Meinung nach vor allem zu deren Selbstvergewisserung, wobei sie im Unterschied zu den soziologischen Diagnosen „fast immer etwas zu beklagen, einzufordern oder zu mahnen“ hätten. Denn – so Reiche – die Analytiker würden „in der Kultur analytische Sonntagsbeschäftigung ausleben, worauf sie im klinischen Alltag verzichten müssten, wo sie den Patienten ja weder ermahnen noch mit ihm gemeinsam über die bösen Zeiten klagen dürften...“ (a.a.O., S. 1092).

Vorsicht ist also geboten, wobei ich hier und heute nicht vorhabe, Ihnen psychoanalytische Fern-Diagnosen oder gar Welt-Formeln zur Attraktivität von Populisten oder zur Erklärung rassistischer Gewalt zu liefern. Vorstellen möchte ich Ihnen allerdings einige Konzepte, die zumindest mir als Werkzeuge, als „Tools“ zum besseren Verständnis aktueller gesellschaftlicher Phänomene geholfen haben. Denn bei allem (schon inflatorischen) Überfließen des Heimat-Diskurses in den letzten Jahren kann man ja manchmal den Eindruck gewinnen, dass wenige Positionen immer wieder nur geringfügig variiert werden. Daher hoffe ich, Ihnen vielleicht mit psychodynamischen Überlegungen zum Thema zumindest ein bisschen neue „Nahrung für das Gehirn“ anbieten zu können („Food for the mind“ – Bion).

Klassische Beispiele aus der Geschichte psychoanalytischer Kulturtheorie (nicht nur von Analytikern!)

1948 bis 1950 veröffentlichte Theodor Adorno (unter Mitarbeit u.a. der Psychoanalytikerin Else Frenkel-Brunswik) seine klassisch gewor-

¹ Vorlesung am 16.10.2018 am Institut für Zeitgeschichte der Universität Wien.

denen „Studien zum autoritären Charakter“ (in der von Max Horkheimer herausgegebenen Serie: „Studies on prejudice“).

Im Vorwort skizziert Adorno das Ziel dieser Arbeit: Die Charakterstruktur, die Persönlichkeit jener Individuen solle erforscht werden, die für faschistische Propaganda besonders anfällig seien: „Im Mittelpunkt des Interesses steht das potentiell faschistische Individuum – dessen Struktur es empfänglich für antidemokratische Propaganda macht“ (Adorno, 1950/1973, S. 2).

Und weiter: „Wenn es ein potentiell faschistisches Individuum gibt, wie sieht es aus? Wie kommt antidemokratisches Denken zustande?“ (ebd.)

Und schon Adorno kam zum Schluss, „dass die Empfänglichkeit des Individuums für solche Ideologien in erster Linie von seinen psychologischen Bedürfnissen abhängt“ (a.a.O., S. 3). Oder dasselbe nochmals von der „Gegenseite“: „Überdies wird immer deutlicher, dass sich die Menschen sehr oft nicht im Sinne ihrer materiellen Interessen verhalten – selbst dann nicht, wenn ihnen klar ist, wo diese Interessen liegen“ (a.a.O., S. 11). [Also schon vor siebzig Jahren formuliert: Wähler entscheiden oft primär nach ihren emotionalen Bedürfnissen und weniger nach ihren materiellen Interessen! Und ein wichtiges emotionales Bedürfnis war und ist jenes nach Zugehörigkeit, nach Aufgehobensein – nach Heimat. In diesem psychosozialen Feld verhält sich niemand rein rational.]

Für Adorno wird Psychologie „als Medium gesellschaftlicher Erkenntnis erst relevant angesichts irrationalen Verhaltens von Einzelnen und vor allem von Gruppen“ (Adorno, 1965, S. 86).

Und eben im sozialen Leben der Probanden fiel schon 1950 auf: „Wenn die Menschen die soziale Welt beurteilen sollen, treten genuin irrationale Züge hervor“ (Adorno, 1950, S. 11).

Die Erforschung dieses „autoritären Charakters“ (vor allem mittels ausgefeilter Fragebogen, die Frenkel-Brunswik entwickelt hatte) war für Adorno auch Anlass zur Hoffnung auf politischer Ebene: „(...) unsere Überzeugung, dass der Suche nach den psychischen Determinanten der Ideologie die Hoffnung zugrunde liegt, dass die Menschen vernünftiger werden können“ (a.a.O., S. 15).

Ambiguitäts-Intoleranz und der Gegensatz von „Ganzheit“ und „Totalität“

Die Psychoanalytiker verwendeten den Ausdruck „Charakter“ kaum, viel eher „Persönlichkeit“ bzw. später „Selbst“ – oder aber „Identität“: Der bis heute prominenteste psychoanalytische Identitäts-Theoretiker ist Erik

Erikson. Er war für die Studenten von 1968 und danach einer der wenigen von ihnen verehrten Psychoanalytiker (weil politisch in den USA ausgesprochen liberal und auch gegen den Vietnam-Krieg). Seine bahnbrechenden Werke zur Identität verfasste er bereits in den Fünfzigerjahren und 1953 nahm er – gemeinsam mit der oben erwähnten Else Frenkel-Brunswik – an einer Tagung zum Thema „Totalitarismus“ teil. Sie war hochkarätig besetzt – es nahmen u.a. teil Marie Jahoda, Hannah Arendt, George Kennan und David Riesman.

Das Thema von Eriksons Beitrag war eine (für mich) noch heute interessante Gegenüberstellung einer gesunden „Ganzheit“ (wholeness) und einer pathologischen Totalität (totality). Das war damals interessant im Kontext des Kalten Krieges, scheint mir aber auch für unsere heutigen politischen Diskussionen und das verstärkte „Lagerdenken“ durchaus anwendbar:

Während Ganzheit für ihn „eine fruchtbare Zusammenkunft von verschiedenen Teilen und Organisationen“ bedeutete – mit Hinweisen auf „wholeheartedness, wholemindedness, wholesomeness etc.“ und diese Ganzheit eine organische Gegenseitigkeit der verschiedenen Funktionen und Teile mit offenen und flüssigen Grenzen bedeutete, beschrieb er als Gegensatz dazu Totalität als eine „Gestalt“, in der die absolute Grenzziehung betont wird: Und in dieser „totalen Gestalt“ „darf bei den willkürlich gewählten Grenzen nichts außerhalb bleiben, was hineingehört, und nichts kann innen geduldet werden, was nach draußen gehört. Totalität ist ebenso absolut exklusiv wie inklusiv“ (Erikson, 1954, S. 162).

Also absolut klare Grenzziehungen zwischen innen und außen, zugehörig und nicht zugehörig, letztlich oft auch zwischen Gut und Böse. Etwas verkürzt also: Wir/die Guten sind drinnen, sie/die Bösen sind draußen – psychische Außengrenzen schließen! Dies ist das Konzept von Heimat als Festung.

Erikson betonte die Anwendbarkeit seines Konstrukts auch auf Gruppen oder gar Staaten: Er warnte vor den Resultaten, den eintretenden Folgen, wenn eine „Ganzheit“ nicht gefunden werden kann oder wenn sie beim Individuum wieder verlorenght:

„Wenn ein Mensch aufgrund von zufälligen oder entwicklungsbedingten Veränderungen seine wesentliche Ganzheit verliert, dann baut er sich selbst und die Welt um, indem er Zuflucht sucht in etwas, was wir Totalismus nennen können. Man sollte aber davon absehen, das ausschließlich als einen regressiven oder infantilen Mechanismus zu betrachten. Es ist ein alternativer, wenn auch primitiverer Modus

des Umgangs mit Erfahrungen und hat so einen vorübergehenden Wert zur Anpassung und zum Überleben“ (a.a.O., S. 162).

Zumindest für die Individuen sieht Erikson also einen solchen Abwehrmechanismus, eine solche regressive Anpassung durchaus noch im Bereich der normalen Psychologie.

Aber diese „Totality“ ist bei Erikson doch ein Zeichen für einen Verlust des „Urvertrauens“ (basic trust): Dieses Urvertrauen steht bei ihm für die erste, die grundlegende Erfahrung von Ganzheit. Sie impliziert für das Kleinkind, dass es sein Inneres und Äußeres als „interrelated goodness“ erfahren kann. Im Gegensatz dazu ist das „Ur-Misstrauen“ (basic mistrust) die Summe all jener diffusen Erfahrungen, die nicht erfolgreich integriert werden können. In diesem Zusammenhang spricht er auch von der Erfahrung einer „totalen Wut“ mit Phantasien totaler Dominanz (so wie das Kleinkind phantasiert: „Ich hau’ sie alle nieder...“):

„Und solche Phantasien und eine solche Wut – sie leben im Individuum weiter und werden in extremen Zuständen und Situationen wiederbelebt“ (a.a.O., S. 163).

„Extremsituationen“ aber betreffen vor allem in dramatischen politischen oder ökonomischen Krisen nicht nur einzelne Individuen:

„In Gebieten, die von zu plötzlichen (too sudden) Veränderungen historischer und ökonomischer Art betroffen sind, trägt dies zu einer Bereitschaft für totalitäre und autoritäre Wahnideen der Ganzheit bei, zur Bereitschaft für die Akzeptanz eines Führers oder einer Ideologie, die eine simple Erklärung gibt und eine Ablenkung der angestauten Wut auf Außenfeinde“ (a.a.O., S. 165).

Hier kommt Erikson’s Beschreibung verblüffend nahe an die Charakteristik der „autoritären Persönlichkeit“ von Adorno et al. (1950) heran.

Die Analytikerin Else Frenkel-Brunswik (1953) beschrieb einen für sie und Adorno zentralen Mechanismus dieser autoritären Persönlichkeit: Nämlich die Unfähigkeit, Ambivalenz, Widersprüchlichkeit und Ambiguität zu ertragen – „Ambiguitäts-Intoleranz“. Sie versteht darunter die mangelnde Fähigkeit zum Aushalten von Widersprüchen, Unsicherheiten, Zwischentönen, Zweifeln und Konflikten – und die dementsprechende Neigung zum schnellen Wiederherstellen von „Eindeutigkeit“ und Klarheit: Wir gegen sie, Wahr gegen Falsch, Gut gegen Böse. Das ist beileibe kein Privileg von Rechts-

extremisten: „Zwischentöne sind nur Krampf im Klassenkampf“ schrieb kein Geringerer als Bertolt Brecht. Frenkel-Brunswik beschrieb auch die strukturelle psychische Schwäche, wenn eine rigide, „gepanzerte“ Persönlichkeitsstruktur die innere Unsicherheit verdecken soll:

„Hier wird eine rigide kognitive ‚Überstruktur‘, in der alles Dunkle und Komplexe soweit wie möglich vermieden wird, auf eine durch Konflikte zerrissene emotionale Sub-Struktur aufgesetzt“ (Frenkel-Brunswik, 1953/1954, S. 186).

Das emotionale, das unbewusste Fundament des heroischen Denkmals ist also brüchig...

Eine solche psychische Struktur beeinträchtigt auch die kognitive Funktion bei der Bewältigung speziell neuer Situationen: Das führt zu einem streng „binären Denken“, zu Entweder-Oder-Lösungen, zu vereinfachenden Dichotomisierungen und Stereotypen, zur mechanischen Wiederholung von Hypothesen und zum vorzeitigen „Abschluss“. Angestrebt werden Ordnung, Symmetrie und Regelmäßigkeit, die dann auch moralisch als „gut“ empfunden werden.

Die Autorin betont, dass ein solches Denken zwar in stabilen Situationen und Lebensumständen gut funktionieren könne. Wenn aber Differenzierung oder Anpassung an veränderte Umstände gefordert werden – dann wird eine solche ambiguitätsintolerante Person schnell unter Druck geraten und leicht dekompensieren.²

Für alle ambiguitätsintoleranten und ordnungsliebenden „autoritären Charaktere“ nach Definition von Adorno mussten dann die revolutionären Studenten von 1968 und speziell die kulturelle Revolution der Folgejahre mit ihrer Liberalisierung fast aller Lebensbereiche extrem bedrohlich wirken – daher ja auch in den letzten Jahren immer wieder die Beschwörung des Ungeistes der Achtundsechziger etc.³

Einer der damaligen Achtundsechziger veröffentlichte 1977 ein beeindruckendes, überbordendes und hochgradig ambiguitätstolerantes Buch zum Thema des autoritären Charakters oder – wie es bei ihm heißt – des „faschistischen Mannes“: Ich spreche von Klaus Theweleits „Männerphantasien“ – damals ein absoluter Theorie-Bestseller (eine etwas chaotische und

² Nebeneffekt: Wenn ich selbst Ambiguität, Ambivalenz und Konflikte schwer aushalte – dann werde ich auch geneigt sein, all jene zu bekämpfen oder zumindest zu verachten, die komplexe Erklärungsansätze sowohl kognitiv beherrschen als auch emotional aushalten können. → Misstrauen gegen Experten, Eliten-Feindlichkeit etc.

³ Bsp.: Viktor Orban versprach zuletzt, die „Achtundsechziger-Eliten“ auszuschalten... Oliviero Angelini listete in „Migration und Demokratie“ mehrere solche Versuche auf, die er als „stille Gegen-Revolution“ bezeichnet.

ausufernde Dissertation von mehr als tausend Seiten).

Theweleits Ausgangspunkt war die Textanalyse der Tagebücher und Romane von Rechtsradikalen der 1920er Jahre (Freikorps-Kämpfer) und von Nationalsozialisten.

In seiner Arbeit betonte er die Wichtigkeit von Körper-Metaphern und von Bildern und für viele LeserInnen seines Buches blieben eindrucksvolle Bilder zurück wie z.B. das vom gespaltenen Frauenbild dieser Männer in die „weiße und rote Frau“, die Mutter/Madonna und die Hure... In heroischer Pose musste der echte Deutsche Mauern errichten gegen die drohende rote Flut... [heute ist es die Migranten-Flut!]

Theweleit bezog sich auf den marxistischen Psychoanalytiker Wilhelm Reich und dessen „*Massenpsychologie des Faschismus*“, noch mehr aber auf Gilles Deleuze und Félix Guattari und ihren „Anti-Ödipus“:

Theweleit beschreibt die verzweifelten Versuche des „soldatischen Mannes“, seinen „Körperpanzer“ aufrechtzuerhalten und seine eigene Sehnsucht nach Verschmelzung, Entgrenzung und auch nach Schwäche und Abhängigkeit nur bei den Anderen zu finden und dort zu bekämpfen – bei den Kommunisten, den Juden und den Frauen.

Ähnlich wie schon Frenkel-Brunswik beschrieb auch Theweleit eine Überstruktur, die deshalb rigid sein musste, weil darunter eine durch unbewusste Konflikte zerrissene Substruktur lag.

Auch in der Psychoanalyse: „Stille Revolution“ in den 1970er Jahren

Theweleit bezog sich 1977 weniger auf Sigmund Freud und schon gar nicht auf dessen „orthodoxe“ Nachfolger und deren Konzepte zur Gesellschaft. Allerdings erwähnt er einen Analytiker, dessen Werk die Achtundsechziger nicht rezipierten – und der außerhalb der therapeutischen Community auch heute den meisten nur durch seinen Namen bekannt ist: Michael Balint.⁴ Ausgerechnet 1968 veröffentlichte Balint sein vielleicht wichtigstes Buch: „*Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*“. In diesem Werk begründet er die immense Wichtigkeit einer frühen, prä-ödipalen Beziehungsebene, die er den „Bereich der Grundstörung“ nennt:

„Die Hauptmerkmale der Ebene der Grundstörung sind

- a) dass alle in ihr sich abspielenden Vorgänge zu einer ausschließlichen 2-Personen-Beziehung gehören – es gibt dabei keine dritte Person,
- b) dass diese 2-Personen-Beziehung sehr eigenartig und gänzlich verschieden ist von den wohlbekanntesten menschlichen Beziehungen auf der ödipalen Stufe,
- c) dass die auf dieser frühen Ebene wirksame Dynamik nicht die Form eines Konfliktes hat,
- d) dass die Erwachsenensprache oft unbrauchbar und irreführend ist, wenn sie Vorgänge auf dieser Ebene beschreiben will, da die Worte nicht mehr ihre konventionelle Bedeutung haben“ (Balint, 1968, S. 26).

Sie erinnern sich an den Gegensatz des Urvertrauens zum Ur-Misstrauen bei Erik Erikson – auch Balint geht es hier um eine frühe, vor-konfliktliche dyadische Beziehung und von ihr geformte Beziehungs-Landschaft: Seit damals traten diese prä-ödipale Ebene und ihre „frühen Störungen“ immer mehr ins Zentrum der Psychoanalyse: Hier geht es jetzt nicht um die Angst vorm strafenden ödipalen Vater, die Psychodynamik hat hier „vielmehr die Form eines Fehlers in der Grundstruktur, einer Störung, eines Mangels, der nach Ausgleich verlangt“ (a.a.O., S. 40).

Es geht hier also um Mangel, Störung, traumatisches Erleben: Ein Grundgefühl von „ich fühle mich in mir selbst nicht zuhause“ – ein Erleben von Entfremdung als Gegensatz zum Heimisch-Fühlen. Und deshalb überwiegt die Sehnsucht nach Aufhebung dieses Mangels statt Erleben des Konfliktes. Balints Buch ist ein frühes Beispiel des wohl wichtigsten Paradigmenwechsels in der Psychoanalyse des 20. Jahrhunderts: Weg von der Priorität des Vaters und des ödipalen Konflikts hin zur zentralen Stellung der prä-ödipalen Ebene und damit auch zur Zentrierung auf die Beziehung des Kleinkinds zur Mutter: Auf diese frühe, symbiotische, dyadische Beziehung vor jedem Konflikt, vor der Einwirkung eines Dritten, vor der Vertreibung aus dem infantil-narzisstischen Paradies. Die allermeisten PatientInnen und auch AnalytikerInnen konnten sich in diesen Beschreibungen des prinzipiellen Mangels und der Sehnsucht nach dem verlorenen Idealzustand wiederfinden. Allerdings würden im Gegensatz zu Balint heute die meisten Analytiker darauf beharren, dass es nicht darum ginge, von dieser frühen Ebene im Sinne der Reifung fortzuschreiten zur ödipalen Ebene, dass es für den Erwachsenen nicht um ein Entweder/Oder

⁴ Ihnen werden sofort die „Balint-Gruppen“ einfallen, aber er hat neben dieser klinischen Spezialform der Supervision auch wichtige theoretische Beiträge geliefert.

ginge: Menschen sind nicht entweder „reife Persönlichkeiten“ auf ödipalem Niveau oder „unreife Frühgestörte“, die im Prä-Ödipalen steckengeblieben sind.

Vielmehr oszillieren wir alle ein Leben lang, wir schwanken hin und her zwischen diesen beiden Ebenen. Und das ist auch gut so: Wenn jemand nämlich den Zugang zur frühen, infantilen, symbiotischen Ebene verloren hat – vielleicht nicht einmal die Sehnsucht nach diesem Paradies kennt – dann ist er wahrscheinlich als Erwachsener funktionsfähig und symptomfrei, jedoch nicht sonderlich lebendig. Denn diese prä-ödipale Ebene ist eben nicht nur unreif und potentiell gefährlich, sie ist auch der Nährboden für fast alle unsere intensiven emotionalen Erlebnisse – von Schrecken, aber auch von Glück: Es sind jene Momente, in denen (meist nur für Sekunden) die Grenze zwischen unserem Selbst und der Welt verschwindet – sei dies im Orgasmus, in spirituell-mystischen Erlebnissen, manchmal in der Begegnung mit großen Kunstwerken – und eben auch im politischen Kontext meist als Erlebnis einer tiefen emotionalen Zugehörigkeit zu einer Gruppe, einer Partei, einer Masse. Dies alles sind keine rationalen Phänomene, solche Erlebnisse sind oft auch sprachlich nur schwer erfassbar – u.a. deshalb ist (z.B. für Drew Westen, 2012) „*das politische Gehirn ein emotionales Gehirn*“.

Phantasien von Einheit, von Reinheit – und ihre schrecklichen Folgen Oder: Die Sehnsucht nach Heimat als Sehnsucht nach einem idealen prä-ambivalenten Zustand

Die soeben geschilderte Sehnsucht nach dem verlorenen Paradies, nach Zugehörigkeit, nach Abwesenheit von Konflikten und Bedrohungen: Solche Wünsche, solche Ängste prägen auch den emotional so überhitzten Diskurs der letzten Jahre zum Thema Nr. 1 „Migration“.

Wir mussten eine massive Renaissance des „Nationalstaats“ erleben und eine fast schon wahnhaft anmutende Angst, dass die allzu vielen „eindringenden“ Fremden das Land schon in Besitz genommen hätten. Immer wieder wird das Bild der Flut, der Flutwelle, des Flüchtlings-Tsunamis verwendet – und allein schon dieses Bild impliziert das Szenario einer schrecklichen Naturkatastrophe. Eben solche Bilder aber prägen die emotionale Tonart des gesamten Flüchtlings-Diskurses viel mehr als die Fakten. Denn – so wusste schon Sigmund Freud:

„Das Denken in Bildern ist also ein nur sehr unvollkommenes Bewusstsein. Es steht auch ir-

gendwie den unbewussten Vorgängen näher als das Denken in Worten...“ (Freud 1921/1999, S. 248).

Nach einer Untersuchung von Elmar Brähler (zitiert nach Bohleber, 2016, S. 770) stimmten 2016 in Deutschland mehr als fünfzig Prozent der Befragten der Aussage zu, dass sie sich angesichts der zahlreichen Muslime schon „*wie ein Fremder im eigenen Land*“ fühlen würden. Es ist eine fast schon paranoide Form eines Verlustgefühls: Verloren ist das Gefühl der fraglosen Einheit, der eindeutigen Zugehörigkeit zur heimatlichen Gemeinschaft um mich herum, die mich schützt und nährt – aber eben nur als Deutschen, als Österreicher nähren soll.

Zu diesem Bild, zu dieser Figur des „Fremden im eigenen Land“ später in einem „Fallbeispiel“ mehr.

Der deutsche Psychoanalytiker Werner Bohleber beschrieb diese Sehnsucht nach dem Zustand davor, als die Flüchtlinge noch nicht da waren und die Nation noch Einheit und Reinheit bewahren konnte, als „untergründig wirkende Reinheits- und Einheitsphantasien, als uniformierten xenophoben, ja xenophagen (also fremden-fressenden) uniformierenden Nationalismus“ (a.a.O., S. 771).

Alles muss dem Ideal der Eigengruppe „gleichgemacht“ werden, muss assimiliert werden.⁵ Und bei einer solchen psychischen Grundstimmung kann eine Minderheit (und sei es eine winzige Minderheit von einigen wenigen Flüchtlingen) schon diese Zugehörigkeit zum „idealen Objekt“, zum einheitlichen, ethnisch reinen Volkskörper bedrohen. Im Extremfall kann schon ein einziger Fremder das fragile Gleichgewicht dieser narzisstischen (Größen-) Vorstellung gefährden: Die Vision eines Universums ganz ohne Andere („*vision of an otherless universe*“ nach Peter Geschiere, 2009). Deshalb kann die Ankunft von fünf Migranten in einer Kleinstadt einen mittleren Volksaufstand auslösen.

Der indisch-amerikanische Anthropologe Arjun Appadurai spricht von der „*Angst vor Unvollständigkeit*“: Die Unsicherheit (verstärkt durch die als unkontrollierbar erlebte Globalisierung) bewirkt ein Reinheitsphantasma (siehe oben): Die Mehrheit sieht sich durch Minoritäten gefährdet in ihrem Bestreben, ihren Status zu perfektionieren, zu einer makellos *reinen* Ethnie zu werden. Dabei ist laut Appadurai „*die Minderheit nur ein Symptom, das prinzipielle Prob-*

⁵ Assimilieren = gleich machen, ähnlich machen. Wir sehen also hier ein narzisstisches Ideal von Vereinheitlichung, von Homogenisierung durch Reinigung – notfalls auch gewaltsam...

lem ist die Differenz an sich!“ (Appadurai, zitiert nach Bohleber, 2016, S. 772).⁶

Nochmals dazu Peter Geschiere: Die heute so verbreitete Suche nach Zugehörigkeit und Heimat sei nur die Kehrseite der Bedrohung durch intensivierete Globalisierung: Ersehnt werde eine „autochthone Identität“ und als Folge davon beobachten wir den paranoiden Drang nach Einheit, nach Reinigung, die endlose Suche nach den letzten verborgenen Feinden im Inneren. Dies sei die Basis der neuen Fundamentalismen – der geschlossenen Bilder von Zugehörigkeit und Heimat. Das wären also die „inneren Mauern“ in den Köpfen der verängstigten „autochthonen“ Einwohner.

Und eben diese Bilder, diese kollektiven Phantasien von Reinheit und Einheit können politisch so leicht instrumentalisiert werden, sind für so viele Menschen so attraktiv, weil hier ein immenses Angebot in Richtung Narzissmus gemacht wird:

Kurzer Ausflug in die analytische Geschichte: Schon 1921 überlegte sich Sigmund Freud in „*Massenpsychologie und Ich-Analyse*“, warum die instinktive Abwehr und das Misstrauen gegenüber dem „nahestehenden Fremden“ bei der Massenbildung plötzlich wegfällt, warum sich die Individuen benehmen, „als wären sie gleichförmig“. Freud sieht hier die Ersetzung des Ich-Ideals durch das Ich-Ideal des Massenführers und die Identifizierung mit der Gruppe: Der individuelle Narzissmus wird abgelöst vom Gruppen-Narzissmus.

Heutige Konzepte zur Massenpsychologie allerdings beschreiben in Gruppen, speziell in Großgruppen, eine noch viel tiefere Regression als die von Freud damals beschriebene: Bei den Phantasien der Gruppe geht es weniger um den Führer als um die Gruppe selbst. Sie ist der illusionäre Ersatz für das erste verlorene Objekt, für die Mutter der kindlichen Frühzeit. Die Gruppenphantasien kreisen also weniger um den Vater als Führer, vielmehr um die Phantasie eines idealen, prä-ambivalenten symbiotischen Paradieses.

In diesem Hochgefühl, in diesem Glück als Teil eines großen Ganzen muss die geringste Abweichung, muss jede minimale Differenz als unerträglich erlebt werden! Sie muss daher ausgestoßen/projiziert/ausgegrenzt werden. Gerade beim narzisstischen Ideal des Zustands absoluter Reinheit bilden Paranoia und Gewalt die dunkle Kehrseite. Was hier geleugnet wird, ist letztlich die Unaufhebbarkeit der Differenz,

der Ambivalenz im menschlichen Leben. Was idealisiert wird, ist eben jener frühe Zustand vor jeder Ambivalenz, vor jedem bewussten Erleben eines Konflikts. Vielleicht müssen hier die Grenzen nach außen deshalb so grimmig verteidigt werden, weil innen, intrapsychisch die Grenze zwischen Mutter und Kind, zwischen Subjekt und Objekt noch so wenig stabil ist, kaum noch ausgeprägt werden konnte. Diese innere Grenze aber ist wichtig, um sich selbst auch ein bisschen von außen beobachten zu können, um dadurch später Konflikte bewusst erleben und aushalten zu können.

Natürlich kann diese Beschreibung einer Psychodynamik nicht alles erklären, kann beileibe nicht monokausal die politischen Verwerfungen der letzten Jahre abbilden: Trotzdem aber scheinen mir diese Überlegungen zur Massenpsychologie wichtige Hinweise zu bieten für die Schnittstelle zwischen individuellen und kollektiven Prozessen und Pathologien.

Politische Nostalgie: Der „Glanz der Vergangenheit“ im reaktionären Denken

Der Aufschwung der politischen Rechten in den letzten Jahren geht einher mit einem Verlust an Utopie-Fähigkeit: Die Sehnsucht geht derzeit viel öfter nach rückwärts (Retrotopie) als nach vorne. Der New Yorker Mark Lilla schrieb einen vielzitierten Essay zu dieser Verklärung der Vergangenheit, zum rückwärtsgewandten Denken: „*Der Glanz der Vergangenheit. Über den Geist der Reaktion*“ (original 2016, deutsch 2018). Lilla beschreibt die Denkhaltung des Reaktionärs als Fixierung auf die Vergangenheit – weil dieser die Gegenwart als ein fremdes Land empfindet.

Seine innere Heimat liegt in der Vergangenheit – Nostalgie ist ja nur das Fremdwort für Heimweh.

Ich zitiere jetzt ausführlich, weil ich hier genau das kollektiv-politische Äquivalent zu jener Sehnsucht nach dem verlorenen Paradies finde, deren Ausprägung beim Individuum ich oben beschrieb. Mark Lilla:

„Das Glaubensbekenntnis des Reaktionärs lautet post hoc, propter hoc – alles, was danach kommt, ist durch das Davor bedingt. Seine Geschichte beginnt mit einem glücklichen, wohlgeordneten Staat, in dem die Menschen ihren Platz kennen und in Harmonie zusammenleben, weil sie sich der Tradition und ihrem Gott unterwerfen. Plötzlich aber kommen von außen Ideen auf, deren Vertreter Intellektuelle sind. Sie stellen die Harmonie in Frage und der Wille der

⁶ Vgl. dazu aus dem Bereich der Individualpsychologie Otto Kernbergs Konzept der labilen Identität und der unsicheren Ich/Objekt-Abgrenzung beim Borderline-Level von Persönlichkeitsorganisation.

Herrschenden, die Ordnung aufrechtzuerhalten, wird geschwächt. Im Zentrum jeder reaktionären Geschichte steht der Verrat der Eliten. In der Folge senkt sich ein falsches Bewusstsein über die Gesellschaft, das diese willig auf die Selbstzerstörung zusteuern lässt. Nur jene, die die Erinnerung an das Alte bewahrt haben, erkennen, was passiert. Und allein von ihrem Widerstand hängt es ab, ob die Gesellschaft zur Umkehr fähig ist oder auf ihren Untergang zusteuert. Heute sind es die politischen Islamisten, die europäischen Nationalisten und die amerikanischen Rechten, die ihren ideologischen Kindern diese Geschichte erzählen“ (Lilla, 2018, S. 20).

Aus diesem Blickwinkel ist für mich z.B. auch der Hass der Rechten auf Angela Merkel leichter zu verstehen – hat sie nicht Verrat begangen an ihrem Volk, indem sie die Migranten geradezu eingeladen hat? Und je verunsicherter die Menschen, desto stärker wird die Tendenz zur Nostalgie: Dazu Mark Lilla weiter:

„Jede größere soziale Wandlung hinterlässt ein neues [Paradies], das dann wieder zum Objekt historischer Nostalgie werden kann. Und die Reaktionäre unserer Zeit haben entdeckt, dass Nostalgie eine machtvolle politische Motivation ist, noch stärker als die Hoffnung. Hoffnungen können enttäuscht werden, Nostalgie aber ist unwiderlegbar“ (a.a.O., S. 21).

So blickt der Nostalgiker voller Sehnsucht zurück – nach dem Motto von Joachim Meyerhoff „Wann wird es endlich wieder so, wie es nie war?“ – allerdings völlig ohne dessen Ironie. Diese Richtung von Retrotopie prägt dann die Slogans wie „Take back control“ beim Brexit oder „Make America great again“.

Wenn in diesem Blick zurück aber die Wut vorherrscht, dann beschreiben wir dies als Ressentiment. Dieser Begriff wird ja derzeit oft verwendet (vgl. Mishra, 2017). Aus psychodynamischer Sicht können wir Ressentiment beschreiben als eine hochkomplexe Abwehrorganisation zur Bewältigung von Angst und Verwirrung: Wenn so intensive negative Emotionen wie Beschämung, Hilflosigkeit, Gefühle der Verachtung bewältigt werden müssen, dann kann es zu dieser „zweizeitigen“ Abwehrform kommen: Es beginnt mit einer (oft sehr lange zurückliegenden) subjektiv erlebten Kränkung oder Beschämung, der man damals ohnmächtig und schwach gegenüberstand. Diese Kränkung wirkt vorerst still nach innen, die Umwelt merkt davon nichts: Aber dies ist der Kern einer oft jahrzehntelang stumm brütenden Wut (evtl. verbunden mit unbewusstem Neid), die nach Jahren bis Jahrzehnten

der stillen „Gegenverachtung“ gegenüber dem Kränkenden dann plötzlich explodieren kann: Lange Jahre fühlte man sich zwar ökonomisch und politisch unterlegen, dafür aber moralisch überlegen. Im Sinne von: Sie glauben, dass sie mit uns alles machen können – aber sie werden schon sehen... Wenn dann dieses Potential von Wut durch geschickte Demagogen – oder durch eine massive Destabilisierung der politischen Situation – aktiviert wird, dann explodiert diese Zeitbombe. Wenn solche Explosionen von Verbitterung und Wut kollektiv erfolgen, dann kann dies im Extremfall zu Ereignissen führen wie z.B. im Sommer 2018 in Chemnitz. (Bei Erklärungsversuchen für die rassistische Gewalt der letzten Jahrzehnte in den „neuen Bundesländern“ führten ja westdeutsche Kommentatoren jeweils das unselige Erbe der DDR an, die Ostdeutschen aber sahen die Kränkung und daraus resultierende Wut in den Ereignissen nach der Wende 1989.) Und dazu noch ein weiteres Stichwort zur Psychodynamik kollektiver Identitäten – nicht von einem Psychoanalytiker, sondern vom Soziologen Norbert Elias: In „Die Gesellschaft der Individuen“ betont Elias 1987, dass es keine gelingende Identitätsbildung für das Subjekt geben könne, die sich nur auf die Ausprägung einer individuellen Identität des Subjekts beschränke (bzw. auf die „Ich-Schicht“ bei Elias): Jeder und jede von uns brauche auch eine „Wir-Schicht“, ein haltendes Gefühl von Zugehörigkeit, Zusammengehörigkeit und letztlich Heimatgefühl gemeinsam mit anderen in einer Gruppe, einem Kollektiv – also eine kulturelle Identität.⁷

Diese Gegenüberstellung von Ich- und Wir-Schicht wäre ein interessanter Ausgangspunkt, um z.B. die Konsequenzen linker und rechter aktueller Identitäts-Politiken zu untersuchen: Linke Identitätspolitik führt schlimmstenfalls zur Aufsplitterung des „Wir“ in immer kleinere Gruppen, die dann alle – fast wie die Individuen – letztlich auf ihrer Einzigartigkeit bestehen – daher dann Differenz vor Solidarität!

Demgegenüber steht die rechte Identitätspolitik mit ihrer emotional so wirksamen Beschwörung des ganz großen Kollektivs, des Volkes oder der Nation als „Wir-Schicht“. (Dieses ganz große nationale „Wir“ funktioniert dann auch als emotionaler Anker der konservativen Kritik am übersteigerten „Ich“ des Neoliberalismus.)

Solche Appelle an die Größe der Nation wirken machtvoll in Europa und in den USA: Hier wie dort fühlen sich genug Menschen als

⁷ Stichwort kulturelle Identität: In ihrem Plädoyer für einen „aufgeklärten Patriotismus“ wies zuletzt Thea Dorn darauf hin, dass „es im Deutschen ein viel schöneres Wort für kulturelle Identität gibt: Es lautet Heimat“ (Dorn, 2018, S. 113).

„*Strangers in their own land*“. So der Titel eines beeindruckenden Buches von Arlie Russell Hochschild.

Die emeritierte Soziologin aus Berkeley wollte das Denken und Fühlen jener Menschen begreifen, die von ihrer eigenen linksliberalen Haltung ökonomisch und politisch am weitesten entfernt waren:

Für ihr Projekt der „teilnehmenden Beobachtung“ suchte sie jene Bezirke der USA aus, in denen Obama bei seinem zweitem Wahlsieg am wenigsten Stimmen bekommen hatte: So landete sie in den bitterarmen ländlichen Counties von Louisiana. In vielen Gesprächen über hunderte von Stunden – sie arbeitete über Jahre hinweg mit ihren Interview-PartnerInnen – versuchte sie, ihr eigenes „politisches Alarmsystem“ möglichst auszuschalten und möglichst unvoreingenommen den Erzählungen dieser Menschen zuzuhören:

Laut Hochschild muss man, um diese Menschen zu verstehen, ihre „Deep-Stories“ begreifen: Wir alle haben solche „Deep-Stories“, die uns erzählen, wer wir sind und was unsere Werte sind. Diese Geschichten müssen nicht faktisch wahr sein, „*but they have to feel true. They are the stories we tell ourselves to capture our hopes, pride, disappointments, fears and anxieties*“ (Hochschild, 2016, S. 135).

Und immer wieder hörte Hochschild eine solche Erzählung, nämlich die Geschichte von der Warteschlange:

Viele ihrer Interviewpartner berichteten in den Gesprächen vom Bild der langen Warteschlange, in der sie schon seit Jahren gemeinsam mit ihren Familien stehen würden: Nichts gehe voran, sie würden der Verwirklichung ihrer Träume nicht näherkommen. Dann aber plötzlich würden sich andere vorne in die Warteschlange hineindrängen (nämlich Frauen, Schwarze, Immigranten) und diese würden von den liberalen Politikern noch unterstützt und begrüßt.⁸

Und diese Menschen fühlen sich von den urbanen demokratischen Eliten missverstanden und oft verachtet als dumm und rassistisch: Siehe das berühmte Zitat von Hillary Clinton im Wahlkampf 2016 von den Trump-Wählern als einem „*Basket of deplorables*“, also einem Korb voller erbärmlicher Versager. Wenn dann reaktionäre Politiker der Tea-Party oder später Donald Trump diesen Menschen versichern, dass sie ihre Erbitterung nachfühlen können – und wenn sie dies mit einem Appell an patriotische Gefühle legieren im Sinne von „*America first*“ oder auch „*You are America*“ – dann kommt es zum Phänomen, dass Millionen Amerikaner

ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse nach Anerkennung über ihre ökonomischen Interessen stellen. (Anmerkung: Und dies wohl vorwiegend unbewusst!) Laut Hochschild:

„*People might vote against their economic needs, but they are actually voting to serve their emotional needs*“ (a.a.O., S. 15 f.).

Also: Ja, das Sein bestimmt das Bewusstsein – aber eben auch das emotionale Sein, nicht nur das ökonomische!

Und weil Wahlen auf der affektiv-emotionalen Ebene entschieden werden, weil Donald Trump eben die Hoffnungen und Ängste dieser oft verarmten konservativen weißen, heterosexuellen amerikanischen Arbeiterklasse erreichen konnte und Hillary Clinton nicht – deshalb wurde er Präsident und nicht sie.⁹

Emotionen und Konflikt in der Politik: Konvergenz der Konzepte?

Die belgische Philosophin Chantal Mouffe plädiert in „*Agonistik*“ 2014 für einen „agonistischen Wettstreit“ in der Politik: Sie warnt vor allzu viel Konsens-Orientierung in der Politik. Dies führe nämlich zur Ununterscheidbarkeit der Positionen und infolge zur Politik-Verdrossenheit der WählerInnen.

Stattdessen plädiert Mouffe dafür, die Positionen konflikthaft gegeneinander zu stellen und zu akzeptieren, dass wir speziell bei grundlegenden Fragen niemals zur endgültigen politischen Einigung kommen können.¹⁰ Mouffe ist überzeugt, dass es eine „*vollkommene Verwirklichung politischer Identitäten niemals geben wird*“ (Mouffe, 2015, S. 62).

Diese Konflikt-Theorie aus der Sphäre der politischen Philosophie kommt mit ihrer Betonung der prinzipiellen Unauflösbarkeit des Konfliktes nahe an die psychoanalytische Position: Denn auch wir Analytiker sind überzeugt davon, dass Konflikte (intrapsychisch und interpersonell) immer nur durch neue und hoffentlich lebbarere Kompromisse entschärft werden können, jedoch ein Leben lang nie verschwinden. Das völlig konfliktfreie reife Subjekt muss ein Mythos bleiben.

Chantal Mouffe plädiert auch heftig für eine Einbeziehung der Affekte in die Politik:

⁹ Hochschilds Buch hat zumindest mir geholfen, dies etwas besser zu begreifen.

¹⁰ Im Gegenteil z.B. zu Jürgen Habermas mit seinem optimistischen Konzept des herrschaftsfreien Diskurses: Wenn sich nur vernünftige Menschen lang genug unterhalten würden...

⁸ Präsident Obama winkt denen noch und lächelt freundlich...
→ wieder der Verrat der Eliten.

„Ich bestehe auf der Wichtigkeit der Affekte. Linke Politik neigt dazu, zu rationalistisch zu sein. Aber auch Leidenschaft ist eine politische Kategorie. Nicht das beste Programm macht das Rennen, sondern das Wecken von Affekten“ (Mouffe, 2018).

Ähnlich argumentierte schon in den Dreißigerjahren Ernst Bloch, der beklagte, dass die Nationalsozialisten zwar betrugend sprechen würden, aber zu den Menschen – während die Sozialisten die Wahrheit sprächen, aber nur von Sachen... (Bloch, 1937).

In den letzten zwanzig Jahren betonten ja auch immer mehr Sozialwissenschaftler die Wichtigkeit der Emotionen in allen Lebensbereichen: Dieser „affective turn“ brachte auch zahlreiche Arbeiten zur Wirkmacht der Emotionen in der Politik hervor (siehe dazu Greco & Stenner, 2008). Der amerikanische Psychoanalytiker und Politik-Berater (Spin-Doctor) Drew Westen legte in dem Buch *„Das politische Gehirn“* sowohl psychodynamische als auch vor allem neuro-wissenschaftliche Belege für die weitgehend unbewusste Motivation unserer politischen Entscheidungen vor. Er berief sich dabei auch auf George Lakoff: Dieser Linguist beschäftigt sich seit Jahrzehnten mit den irrationalen Aspekten des politischen Denkens und Handelns. Und hatte schon 1996 (in *„Moral Politics“*) die Liberalen davor gewarnt, die Wichtigkeit der Emotionen zu unterschätzen: Entscheidend sei das „Framing“, isolierte Worte hätten kaum Bedeutung, Bedeutung würde erst durch den Kontext, durch die Stellung des Wortes in einem „mental framework“ generiert. Solche Frames prägen als System von Metaphern und Überzeugungen unser gesamtes Fühlen und Denken. Und: Obwohl Lakoff kein Analytiker ist, betont er: All diese Prozesse verlaufen überwiegend unbewusst! Und weil die Liberalen die Bedeutung der Metaphern und Emotionen nicht verstehen würden, warnte Lakoff (schon vor einem Vierteljahrhundert) vor einer längeren Hegemonie der Konservativen.

Nochmals zurück zur Sozial-Philosophie: Im Gegensatz zu Chantal Mouffe bezieht sich der Frankfurter Philosoph Axel Honneth explizit und positiv auf die Psychoanalyse: Honneth wurde bekannt als „Philosoph der Anerkennung“ und beschreibt als solcher auch „soziale Pathologien“: Dies sind für ihn gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die eben Anerkennung und Selbstverwirklichung der Individuen erschweren oder verhindern. Und dagegen empfiehlt Honneth die Psychoanalyse als Therapie solcher „sozialer Pathologien“ – um diese gesellschaftlichen Missstände von der individuellen Seite her anzugehen:

„Die Psychoanalyse liefert die kognitiven Ressourcen, um die Selbstverwirklichung aller zu entwickeln...“ (Honneth, in: Ehrenberg, 2011, S. 391).

Eine dieser wichtigen „kognitiven Ressourcen“ in der aktuellen psychoanalytischen Diskussion formulierte Christopher Bollas: Er erklärt seinen Analysanden die Psyche als Parlament: Unsere Seele besteht aus vielen verschiedenen „self-states, feelings and conditions“. Als psychische Demokraten sollten wir allen Ideen – auch den destruktiven – Zugang und Stimmrecht in diesem „parliament of the mind“ gewähren, auch wenn sie für uns abstoßend oder peinlich sind (Bollas, 2013, S. 112 f.). Eigentlich nicht mehr als eine „psycho-politische Formulierung“ der psychoanalytischen Grundregel.

Wenn es also gelingt, verschiedene und widersprüchliche, miteinander in Konflikt stehende Selbst-Anteile gleichzeitig im Bewusstsein zu halten – dann werden wir uns in uns selbst zuhause fühlen ohne allzu viel Bedarf nach aggressiver Abgrenzung.

Genau in diese Richtung zielt die Verbindung, die Axel Honneth immer wieder postuliert – nämlich jene zwischen der intrapsychischen Konfliktfähigkeit der Menschen und ihrer politischen Bereitschaft zur Erreichung von Kompromissen:

„Die Bürger einer Zivildemokratie sind zur Mitwirkung am konfliktreichen Prozess der öffentlichen Meinungsbildung nur dann in der Lage, wenn sie in ihrer eigenen Entwicklung die Erfahrung intrapsychischer Konflikte haben machen können, die ihnen für die Tatsache des sozialen Dissenses gewissermaßen einen Verständnishorizont verschafft“ (Honneth, 2004, S. IX).

Dieses bewusste Erleben zuerst des intrapsychischen und dadurch dann des interpersonellen Konflikts, dieses Erkennen des Eigenanteils an der Genese unserer Probleme und unseres Leidens – sie wird oft erst durch eine Psychotherapie oder Psychoanalyse in Gang gesetzt und ermöglicht. Und daher ein letztes Mal die Parallelisierung zwischen dem Individuum, dem Patienten und der Gesellschaft: Man kann (mit Hartmut Böhme, 2006, S. 306) annehmen, dass sowohl die Reife eines Ich als auch einer Kultur am Maße der Anerkennung des Unbewussten zu erkennen ist. Und das gilt auch und besonders für unsere heutige neoliberal dominierte Kultur mit ihrer Überhöhung eines autonomen, ausschließlich rational denkenden und handelnden „Homo oeconomicus“.

Logische Folge daraus für mich als Psychiater und Analytiker: Die Berufspraxis von uns

„Psycho-Experten“ ist und bleibt zwangsläufig hochgradig politisch. Dies gilt speziell für jene TherapeutInnen, die sich selbst und ihre Arbeit als absolut unpolitisch einschätzen...

Weit über jede psychotherapieinterne Diskussion hinausgehend aber stellt sich die Frage, wie jeder von uns als Individuum mit seinen inneren Konflikten, seinen Ängsten und Hoffnungen umgeht, denn das prägt auch den Umgang mit interpersonellen, mit sozialen Konflikten. Es prägt also auch den Blick auf die Ängste und die Sehnsüchte der Anderen.

Stichwort Sehnsucht: Diese Sehnsucht nach Zugehörigkeit, ja nach Heimat – sie war bei den Intellektuellen (speziell bei den kritischen Intellektuellen) lange Zeit verpönt. Das Gegenteil davon – das Erleben der Entfremdung – war geradezu ein intellektueller Adelstitel, ein Distinktionsmerkmal: Das bekannte Zitat dazu von Theodor Adorno (1951, S. 41):

„Es gehört zur Moral, nicht bei sich selbst zuhause sein“.

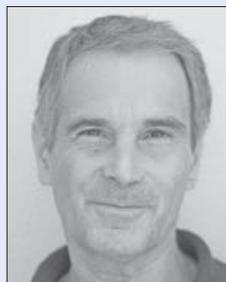
Als Folge der so massiven gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte aber spüren heute fast alle ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit, Zugehörigkeit, nach Heimat: Wie leicht dieses Bedürfnis funktionalisiert und missbraucht werden kann – das beweisen uns rechte Populisten täglich. Eine linke Politik hingegen tut sich hier schwerer: Dazu bräuchte es neue, andere Bilder und Narrative eines „WIR“, eine neues Konzept von Heimat: Bilder ohne Exklusion, Erzählungen von Inklusion – letztlich von Solidarität.

Das Finden solcher neuen Bilder, solcher Gegen-Erzählungen zum patriotischen Furor – das ist schwierig genug in der Theorie, weit schwieriger aber noch in der politischen Praxis! Es muss aber eine Aufgabe der nächsten Jahre sein und bleiben.

Literatur

- Adorno, T. W. (1950/1973). *Die autoritäre Persönlichkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Adorno, T. W. (1951). *Minima Moralia*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Adorno, T. W. (1965). *Soziologie und Psychologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Appadurai, A. (2013). *The future as a cultural fact. Essays on the global condition*. London, New York: Verso.
- Balint, M. (1970). *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original 1968).
- Bloch, E. (1937). *Kritik der Propaganda, Prag 1937. Neue Weltbühne*.
- Bohleber, W. (2016). *Was Psychoanalyse heute leistet*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bollas, Ch. (2013). *China on the mind*. London: Routledge.
- Böhme, H. (2006). Kulturwissenschaft. In: H.-M. Lohmann & J. Pfeiffer (Hrsg.), *Freud-Handbuch* (S. 304-306). Stuttgart: Metzler.
- Dorn, T. (2018). *Deutsch, nicht dumpf. Ein Leitfaden für aufgeklärte Patrioten*. München: Knaus.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1977). *Anti-Ödipus: Kapitalismus und Schizophrenie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N. (1987). *Die Gesellschaft der Individuen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ehrenberg, A. (2011). *Das Unbehagen in der Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.
- Engler, W. & Hensel, J. (2018). *Wer wir sind. Die Erfahrung ostdeutsch zu sein*. Berlin: Aufbau.
- Erikson, E. H. (1954). Wholeness and totality – a psychiatric contribution. In: C. J. Friedrich (Ed.), *Totalitarianism. Proceedings of a conference. American Academy of Arts and Sciences, March 1953* (pp. 156-170). London: Oxford University Press.
- Erikson, E. H. (1975). *Dimensionen einer neuen Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frenkel-Brunswik, E. (1953/1954). Environmental controls and the impoverishment of thought, In: C. J. Friedrich (Ed.), *Totalitarianism. Proceedings of a conference held at the American Academy of Arts and Sciences, March 1953* (pp. 171-202). London: Oxford University Press.
- Freud, S. (1921/1999). Massenpsychologie und Ich-Analyse. In: *Gesammelte Werke, Band XIII*, (S. 71-162). Frankfurt am Main: Fischer (Original 1921).
- Freud, S. (1923/1999). Das Ich und das Es. In: *Gesammelte Werke, Band XIII* (S. 235-290). Frankfurt am Main: Fischer (Original 1923).
- Freud, S. (1939/1999). Der Mann Moses und die monotheistische Religion. In: *Gesammelte Werke, Band XVI* (S. 101-247). Frankfurt am Main: Fischer.
- Gebhard, G., Geisler, O. & Schröter, S. (Hrsg.) (2007). *Heimat. Konturen und Konjunkturen eines umstrittenen Konzepts*. Bielefeld, transcript.
- Geschiere, P. (2009). *The perils of belonging. Autochthony, citizenship and exclusion in Africa and Europe*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Greco, M. & Stenner, P. (Eds.) (2008). *Emotions. A social science reader*. London: Routledge.
- Habermas, J. (1982). Alexander Mitscherlichs Sozialpsychologie. In: *Texte und Kontexte* (S. 172). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Herder, J. G. (1793). *Briefe zur Beförderung der Humanität*. Berlin: Deutsches Textarchiv.
- Hochschild, A. R. (2016). *Strangers in their own land. Anger and mourning on the American right*. New York, London: The New Press.
- Honneth, A. (2004). Vorwort. In: A. Ehrenberg (Hrsg.), *Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus.
- Lakoff, G. (1996). *Moral politics: How liberals and conservatives think*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lilla, M. (2018). *Der Glanz der Vergangenheit. Über den Geist der Reaktion*. Zürich: NZZ-Libro (Original 2016).
- Menasse, R. (2014). *Heimat ist die schönste Utopie. Reden (wir) über Europa*. Berlin: Suhrkamp.
- Mitscherlich, A. (1975). *Der Kampf um die Erinnerung*. München: Kindler.
- Mishra, P. (2017). *Zeitalter des Zorns. Eine Geschichte der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Mouffe, Ch. (2014). *Agonistik*. Berlin: Suhrkamp.
- Mouffe, Ch. (2018). *Interview mit dem „Standard“*, 06.10.2018.
- Münkler, H. (2015). *Die Deutschen und ihre Mythen*. Reinbek: Rowohlt.
- Reiche, R. (1995). Von innen nach außen? Sackgasen im Diskurs über Psychoanalyse und Gesellschaft. *Psyche*, 227-258.
- Reiche, R. (2011). Beschleunigung – als Epochenbegriff, als Zeitdiagnose und als Strukturgesetz des Kapitals. *Psyche*, 65 (11), 1089-1112.
- Schlink, B. (2000). *Heimat als Utopie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Türcke, Ch. (2015). *Heimat. Eine Rehabilitierung*. Hannover: zu Klampen.
- Theweleit, K. (1977). *Männerphantasien, 2 Bände*. Frankfurt am Main: Roter Stern.
- Volkan, V. (1999). *Blutsgrenzen. Die historischen Wurzeln und die psychologischen Mechanismen ethnischer Konflikte und ihre Bedeutung bei Friedensverhandlungen*. Bern: Scherz.
- Vorländer, H. (2018). *Interview im „Standard“*, 28.08.2018.
- Westen, D. (2012). *Das politische Gehirn*. Berlin: Suhrkamp.



Dr. Rainer Gross

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (WPV/IPA), 35 Jahre Tätigkeit in der Versorgungspsychiatrie (bis Ende 2015 Primarius/Chefarzt an der Sozialpsychiatrischen Abteilung in Hollabrunn). Aktuell tätig in freier Praxis in Wien (Psychotherapie/Psychoanalyse/Supervision) gross.ordi@gmail.com

Verändere dein Bewusstsein

Was uns die neue Psychedelik-Forschung über Sucht, Depression, Todesfurcht und Transzendenz lehrt¹

Michael Pollan

Eine neue Tür

Um die Mitte des 20. Jahrhunderts brachen zwei ungewöhnliche neue Moleküle, beides organische Substanzen mit markanter Familienähnlichkeit, über den Westen herein. Mit der Zeit veränderten sie den Lauf der Gesellschafts-, Politik- und Kulturgeschichte, ebenso wie die Lebensgeschichte von Millionen Menschen, die sie ihrem Gehirn zuführten. Wie es der Zufall wollte, fiel das Aufkommen dieser revolutionären Substanzen mit einem anderen welthistorischen Spektakel zusammen – der Explosion der Atombombe. Manche Leute setzten die beiden Ereignisse zueinander in Beziehung und hoben die kosmologische Gleichzeitigkeit hervor. Man hatte außerordentliche neue Energien auf die Welt losgelassen, und es würde nie mehr so sein wie vorher.

Das erste der beiden Moleküle (Hofmann, 2017, S. 28-36) war eine zufällige Erfindung der Wissenschaft. Lysergsäurediethylamid, landläufig unter dem Kürzel LSD bekannt, wurde 1938, kurz bevor Physikern die Kernspaltung von Uran gelang, erstmals von Albert Hofmann synthetisiert. Hofmann, der für das Schweizer Pharmaunternehmen Sandoz arbeitete, hatte nach einem kreislaufanregenden Medikament gesucht, nicht nach einer psychoaktiven Substanz. Erst als er ein paar Jahre später versehentlich eine winzige Menge der neuen Chemikalie aufnahm, begriff er, dass er etwas Gewaltiges erschaffen hatte, das zugleich beängstigend und wundersam war.

Das zweite Molekül (Wasson & Wasson, 1957) existierte schon Tausende von Jahren, doch in den Industrieländern war sich dessen niemand bewusst. Nicht von einem Chemiker hervorgebracht, sondern von einem unscheinbaren kleinen braunen Pilz, war dieses Molekül, das unter dem Namen Psilocybin Bekanntheit erlangen sollte, von den Ureinwohnern Mexikos und Mittelamerikas jahrhundertlang

als Sakrament verwendet worden. Der von den Azteken *teonanácatl* oder „Fleisch der Götter“ genannte Pilz wurde nach der spanischen Eroberung von der römisch-katholischen Kirche brutal bekämpft und in den Untergrund gedrängt. 1955, zwölf Jahre nachdem Albert Hofmann LSD entdeckt hatte, probierte R. Gordon Wasson, ein Bankier und Amateurmykologe aus Manhattan, den „*Magic Mushroom*“ in der im süd-mexikanischen Staat Oaxaca gelegenen Stadt Huautla de Jiménez aus. Zwei Jahre später veröffentlichte er im *Life-Magazin* einen fünfzehnteiligen Artikel (Wasson, 1957) über die „Pilze, die seltsame Visionen erzeugen“, und das war der Moment, als die Nachricht von einer neuen Bewusstseinsform erstmals die Öffentlichkeit erreichte (1957 war die Kenntnis von LSD noch auf die Community von Forschern und psychologischen Experten beschränkt). Die Leute begriffen das Ausmaß dessen, was geschehen war, erst Jahre später, doch im Westen hatte sich die Geschichte verändert.

Die Bedeutung dieser beiden Substanzen ist kaum zu überschätzen. Das Aufkommen von LSD lässt sich mit der Revolution in der Hirnforschung verknüpfen, die in den 1950er Jahren beginnt, als Wissenschaftler die Rolle der Neurotransmitter im Gehirn erkannten. Dass wenige Mikrogramm LSD psychoseähnliche Symptome hervorrufen konnten, regte Hirnforscher dazu an, nach der neurochemischen Grundlage psychischer Störungen zu suchen, die man bis dahin für psychologisch bedingt gehalten hatte. Zugleich fanden psychedelische Drogen Eingang in die Psychotherapie, wo sie zur Behandlung verschiedener Erkrankungen wie Alkoholismus, Angststörungen und Depressionen eingesetzt wurden. In den 1950er und frühen 1960er Jahren betrachteten viele im psychiatrischen Establishment LSD und Psilocybin als Wunderdrogen.

Das Aufkommen dieser beiden Substanzen ist auch mit dem Beginn der Gegenkultur in den

¹ © Verlag Antje Kunstmann – Mit freundlicher Genehmigung des Verlags wurde der hier publizierte Text aus dem gleichnamigen Buch von Michael Pollan mit dem Titel: *Verändere dein Bewusstsein. Was uns die neue Psychedelik-Forschung über Sucht, Depression, Todesfurcht und Transzendenz lehrt*, entnommen. Abgedruckt sind die Seiten 8-26. München, 2019.

1960er Jahren und vielleicht ganz besonders mit deren speziellen Ton und Stil verknüpft. Erstmals in der Geschichte hatte die Jugend einen eigenen Übergangsritus: den „Acid-Trip“. Statt die jungen Leute in die Erwachsenenwelt zu zwingen, wie Übergangsriten es stets getan haben, versetzte dieses sie in eine Geisteswelt, von deren Existenz nur wenige Erwachsene eine Ahnung hatten. Die Auswirkung auf die Gesellschaft war, gelinde gesagt, umwälzend.

Doch Ende der 1960er Jahre schienen die von diesen Substanzen ausgelösten gesellschaftlichen und politischen Schockwellen zu verebben. Die Schattenseite der Psychedelika rückte ins Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit – Horrortrips, psychotische Schübe, Flashbacks, Selbstmorde –, und von 1965 an verwandelte sich der Überschwang, der diese neuen Drogen begleitet hatte, in moralische Panik. So schnell wie sich die Kultur und das wissenschaftliche Establishment die Psychedelika zu eigen gemacht hatten, wandten sie sich jetzt schroff davon ab. Am Ende des Jahrzehnts wurden psychedelische Drogen – die fast überall legal gewesen waren – verboten und in den Untergrund verbannt. Wenigstens eine der beiden Bomben des 20. Jahrhunderts schien damit entschärft zu sein.

Dann geschah etwas Unerwartetes, Aufschlussreiches. Von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt, beschloss in den 1990er Jahren eine kleine Gruppe von Wissenschaftlern, Psychotherapeuten und sogenannten Psychonauten, die glaubten, der Wissenschaft und der Kultur sei etwas Wertvolles verloren gegangen, es zurückzugewinnen.

Heute, nach jahrzehntelanger Unterdrückung und Vernachlässigung, erfahren Psychedelika eine Renaissance. Eine neue Generation von Wissenschaftlern, viele von ihnen angeregt durch persönliche Erfahrungen mit diesen Substanzen, erproben ihr Potenzial zur Heilung psychischer Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Traumata und Sucht.

Andere Wissenschaftler verwenden Psychedelika in Verbindung mit bildgebenden Verfahren der Hirnareale, um die Verbindung zwischen Gehirn und Geist zu erforschen und vielleicht einige Rätsel des Bewusstseins zu lösen.

Eine gute Methode zum Verständnis eines komplexen Systems ist, es zu stören und dann zu sehen, was passiert. Wenn ein Teilchenbeschleuniger Atome zertrümmert, zwingt er sie, ihre Geheimnisse preiszugeben. Und wenn ein Neurowissenschaftler in sorgfältig abgemessenen Dosen Psychedelika verabreicht, kann er das normale Wachbewusstsein von Versuchspersonen hochgradig stören, die Strukturen

des Ichs auflösen und etwas hervorrufen, das man als mystische Erfahrung bezeichnen kann. Währenddessen können bildgebende Verfahren die Veränderungen in Hirnaktivität und Verbindungsmustern aufzeigen. Diese Arbeit liefert bereits überraschende Einblicke in die „neuronalen Korrelate“ des Selbstempfindens und spiritueller Erfahrung. Der alte Gemeinplatz aus den 1960er Jahren, dass Psychedelika einen Schlüssel zum Verständnis – und zur „Erweiterung“ – des Bewusstseins bieten, wirkt plötzlich nicht mehr so lächerlich.

„Verändere dein Bewusstsein“ ist die Geschichte dieser Renaissance. Obschon anders geplant, ist es eine sehr persönliche und zugleich eine allgemeine Geschichte. Das war vielleicht unvermeidlich. Alles, was ich über die allgemeine Geschichte der Psychedelik-Forschung erfuhr, weckte in mir den Wunsch, diese neue Landschaft des Geistes auch höchstpersönlich zu erforschen – zu erleben, wie sich die Bewusstseinsveränderungen, die diese Moleküle erzeugen, wirklich anfühlen, was ich daraus womöglich über meinen Geist lernen und was sie zu meinem Leben beisteuern könnten.

Das war für mich eine unerwartete Wende der Ereignisse. Die Geschichte der Psychedelika, die ich hier zusammengefasst habe, habe ich selbst nicht erlebt. Ich wurde 1955 geboren, in der Mitte des Jahrzehnts, in dem Psychedelika erstmals in die amerikanische Wissenschaft hineingeplatzt sind, aber erst als mein sechzigster Geburtstag allmählich in den Blick rückte, überlegte ich ernsthaft, zum ersten Mal LSD auszuprobieren. Aus dem Munde eines Babyboomers mag das unwahrscheinlich klingen, wie ein Versäumnis der Generationenpflicht. Doch ich war 1967 erst zwölf Jahre alt, so jung, dass ich mir des Sommers der Liebe oder des Acids in San Francisco nur schemenhaft bewusst war. Mit vierzehn war es mir nur möglich, nach Woodstock zu gelangen, wenn meine Eltern mich hinfuhren. Vieles von den 1960er Jahren erfuhr ich aus dem *Time-Magazin*. Als der Gedanke, LSD auszuprobieren, in meine bewusste Wahrnehmung trieb, hatte die Substanz in den Medien schon den Bogen geschlagen von psychiatrischer Wunderdroge über Sakrament der Gegenkultur zum Zerstörer jugendlicher Gehirne.

Ich muss in der Junior Highschool gewesen sein, als ein Wissenschaftler (wie sich herausstellte, fälschlicherweise) berichtete, LSD schädige die Chromosomen (Cohen, Hirschhorn & Frosch, 1967); die gesamten Medien und auch mein Lehrer in Gesundheitserziehung sorgten dafür, dass wir alles darüber erfuhren. Ein paar Jahre später startete der Fernsehmoderator Art Linkletter eine Kampagne gegen LSD, das er

dafür verantwortlich machte, dass seine Tochter aus dem Fenster einer Wohnung in den Tod gesprungen war. Angeblich hatte die Substanz auch etwas mit den Manson-Morden zu tun. Als ich Anfang der 1970er Jahre aufs College ging, schien alles, was man über LSD hörte, der Abschreckung zu dienen. Bei mir wirkte das: Ich bin stärker von der moralischen Panik geprägt, die von LSD ausgelöst wurde, als von den psychedelischen 1960ern.

Ich hatte auch einen persönlichen Grund, Psychedelika zu meiden: eine überaus angstvolle Pubertät, nach der ich (und mindestens ein Psychiater) an meinem Verstand zweifelte. Als ich aufs College kam, fühlte ich mich stabiler, doch der Gedanke, meine geistige Gesundheit mit einer psychedelischen Droge aufs Spiel zu setzen, schien noch immer eine schlechte Idee zu sein.

Jahre später, als ich Ende zwanzig und beständiger war, probierte ich zwei-, dreimal *Magic Mushrooms* aus. Ein Freund hatte mir ein Einmachglas voll getrockneter, knubbeliger Psilocybes geschenkt, und bei ein paar unvergesslichen Gelegenheiten schluckten meine Freundin (und heutige Frau) Judith und ich zwei oder drei Stück, ließen eine kurze Welle der Übelkeit über uns ergehen und verbrachten dann vier, fünf interessante Stunden zusammen, die uns vorkamen wie eine wunderbar verschnörkelte Version der vertrauten Realität.

Psychedelikfans würden das wahrscheinlich als niederdosiges „ästhetisches Erlebnis“ einstufen und nicht als vollendeten ichauflösenden Trip. Wir verabschiedeten uns jedenfalls nicht aus dem bekannten Universum und machten auch keine Erfahrung, die man als mystisch bezeichnen könnte. Aber es war wirklich interessant. Ganz besonders erinnere ich mich an die übernatürliche Lebhaftigkeit des Grüns im Wald und die Samtigkeit der hellgrünen Farne. Ich verspürte den starken Drang, splitternackt im Freien zu sein, möglichst weit weg von allem, was aus Metall oder Plastik war. Da wir allein auf dem Land waren, war all das machbar. Von einem weiteren Trip an einem Samstag im Riverside Park in Manhattan weiß ich nur noch, dass er bei Weitem nicht so angenehm und unbefangen verlief und wir zu viel Zeit dafür aufwendeten, uns zu fragen, ob die anderen Leute merkten, dass wir unter Drogen standen.

Damals wusste ich noch nicht, dass der Unterschied zwischen diesen beiden Erfahrungen mit derselben Droge etwas Wichtiges und Spezielles über Psychedelika zeigte: den entscheidenden Einfluss von „Set“ und „Setting“. Set ist die Einstellung oder Erwartung, die man mitbringt, und Setting die Umgebung, in der die

Erfahrung stattfindet. Im Gegensatz zu anderen Drogen haben Psychedelika selten zweimal die gleiche Wirkung, da sie nur verstärken, was schon im Kopf und außerhalb vorgeht.

Nach diesen beiden kurzen Trips stand das Pilzglas jahrelang unangetastet in unserer Speisekammer. Der Gedanke, einen ganzen Tag psychedelischer Erfahrung zu widmen, war inzwischen unvorstellbar. Wir arbeiteten zielstrebig an unseren Karrieren, und die Unmengen an Freizeit, die das College (oder die Arbeitslosigkeit) gewährt, waren nur noch eine Erinnerung. Inzwischen war eine ganz andere Droge verfügbar, die sich viel leichter in das Gefüge einer Manhattan-Karriere einbauen ließ: Kokain. Das schneeweiße Pulver ließ die verschrumpten braunen Pilze schäbig, unberechenbar und zu anspruchsvoll erscheinen. Als wir an einem Wochenende die Küchenschränke reinigten, stießen wir auf das vergessene Glas und warfen es zusammen mit den aufgebrauchten Gewürzen und abgelaufenen Lebensmitteln in den Müll.

Dreißig Jahre später wünschte ich, ich hätte das nicht getan. Ich würde viel dafür geben, jetzt ein Einmachglas voll *Magic Mushrooms* zu haben. Inzwischen frage ich mich, ob diese bemerkenswerten Moleküle an junge Leute vielleicht verschwendet sind und uns später im Leben, wenn der Beton unserer geistigen Gewohnheiten und unseres Alltagsverhaltens ausgehärtet ist, mehr zu bieten haben. C. G. Jung hat mal geschrieben, es seien nicht die jungen Leute, sondern Menschen in mittlerem Alter, die eine „Erfahrung des Numinosen“ zur Bewältigung der zweiten Hälfte ihres Lebens benötigen.

Als ich wohlbehalten in meinen Fünfigern angelangt war, schien das Leben in geordneten, bequemen Bahnen zu verlaufen: eine lange, glückliche Ehe und eine ebenso lange befriedigende Karriere. Wie wir alle hatte ich eine Reihe ziemlich verlässlicher Algorithmen entwickelt, um mich, ob zu Hause oder auf der Arbeit, durchs Leben zu navigieren. Vermisste ich irgendwas? Mir fiel nichts ein – das heißt, bis ich von der neuen Forschung über Psychedelika erfuhr und mich fragte, ob ich das Potenzial dieser Substanzen als Mittel zum Verständnis und zur Veränderung des Bewusstseins vielleicht nicht erkannt hatte.

Die folgenden drei Punkte überzeugten mich davon, dass es sich so verhielt:

Im Frühling 2010 (Tirney, 2010) erschien in der *New York Times* eine Titelstory mit der Überschrift „Ärzte wenden sich wieder Halluzinogenen zu“. Dort wurde berichtet, dass Forscher einigen Krebspatienten im Endstadium große Dosen Psilocybin – der Wirkstoff in *Magic*

Mushrooms – verabreicht hatten, damit sie im Angesicht des Todes mit ihrer „existenziellen Not“ fertig wurden.

Diese Experimente, die gleichzeitig an der Johns Hopkins, der UCLA und der New York University stattfanden, klangen nicht nur unwahrscheinlich, sondern verrückt. Konfrontiert mit einer Todesdiagnose, wäre das Allerletzte, was ich tun wollte, psychedelische Drogen einzunehmen – d.h. die Kontrolle über mein Denken aufzugeben und dann in diesem psychisch verletzlichen Zustand direkt in den Abgrund zu starren. Doch viele der Versuchspersonen berichteten, dass sie im Verlauf einer einzigen begleiteten psychedelischen „Reise“ ihre Sichtweise auf ihren Krebs und die Aussicht zu sterben überdacht hätten. Mehrere von ihnen sagten, sie hätten die Angst vor dem Tod völlig verloren. Die Gründe, die für diese Veränderung angeführt wurden, waren faszinierend, aber schwer nachvollziehbar. „Menschen transzendieren die primäre Identifikation mit ihrem Körper, erleben einen ichfreien Zustand“, wurde einer der Forscher zitiert. Sie „kehren mit einer neuen Perspektive und tiefgreifender Akzeptanz zurück“.

Ich heftete den Artikel ab, bis Judith und ich ein, zwei Jahre später eine Dinnerparty in einem großen Haus in den Berkeley Hills besuchten und mit einem Dutzend Leuten an einem langen Tisch saßen, an dessen anderem Ende eine Frau über ihre LSD-Trips zu sprechen begann. Sie schien ungefähr in meinem Alter zu sein und war, wie ich erfuhr, eine bekannte Psychologin. Ich war anfangs in ein anderes Gespräch vertieft, aber sobald die Phoneme L-S-D herüberdrangen, musste ich (buchstäblich) die Hand ans Ohr legen und versuchen mich einzuschalten.

Zuerst dachte ich, sie krame eine aufpolierte Anekdote aus ihrer Collegezeit hervor. Aber dem war nicht so. Schon bald wurde klar, dass der fragliche LSD-Trip erst wenige Tage oder Wochen zuvor stattgefunden hatte und tatsächlich einer ihrer ersten war. Die Stirnen der Versammelten kräuselten sich. Sie und ihr Mann, ein pensionierter Software-Entwickler, hatten den gelegentlichen Gebrauch von LSD geistig stimulierend gefunden und betrachteten ihn als wertvoll für ihre Arbeit. Insbesondere hatte die Psychologin das Gefühl, LSD verschaffe ihr ein Verständnis davon, wie kleine Kinder die Welt sehen. Die Wahrnehmungen von Kindern würden nicht durch Erwartungen und Konventionen im Dort-gewesen-das-getan-Stil der Erwachsenen vermittelt; als Erwachsene, erklärte sie, nähmen wir die Welt nicht einfach auf, wie sie sei, sondern stellten fundierte Vermutungen darüber an. Sich auf diese Vermutungen, die

auf früheren Erfahrungen beruhen, zu verlassen, erspart dem Geist Zeit und Energie, zum Beispiel wenn er herauszufinden versucht, was dieses fraktale Muster aus grünen Punkten in seinem Blickfeld sein könnte (wahrscheinlich die Blätter an einem Baum). LSD schein solch konventionalisierten, vereinfachenden Wahrnehmungsweisen außer Kraft zu setzen und unserer Erfahrung der Realität eine kindliche Unmittelbarkeit und Unbefangenheit zurückzugeben, als würden wir alles zum ersten Mal sehen (Blätter!).

Ich meldete mich zu Wort, um zu fragen, ob sie vorhabe, darüber zu schreiben, woraufhin sich die gesamte Aufmerksamkeit am Tisch mir zuwandte. Sie lachte und warf mir einen Blick zu, der offenbar sagte: Wie naiv kann man denn sein? LSD ist eine Schedule-One-Substanz, das heißt, der Staat betrachtet es als Rauschmittel ohne anerkannten medizinischen Nutzen. Natürlich wäre es für jemanden in ihrer Position töricht, in gedruckter Form anzudeuten, dass Psychedelika irgendetwas zu Philosophie oder Psychologie beisteuern, dass sie für die Erforschung der Rätsel des menschlichen Bewusstseins wirklich ein wertvolles Hilfsmittel sein könnten. Die seriöse Forschung über Psychedelika war vor ungefähr fünfzig Jahren, kurz nachdem Timothy Learys Harvard Psilocybin Project 1963 die Segel strich, aus den Universitäten verbannt worden. Anscheinend war nicht einmal Berkeley bereit, sich wieder damit zu beschäftigen, zumindest noch nicht.

Dritter Punkt: Das Tischgespräch rief mir vage ins Gedächtnis, dass mir vor ein paar Jahren jemand per E-Mail eine wissenschaftliche Arbeit über Psilocybin-Forschung geschickt hatte. Da ich damals mit etwas anderem beschäftigt gewesen war, hatte ich den Anhang nicht mal geöffnet, doch eine Schnellsuche mit dem Begriff „Psilocybin“ fischte die Arbeit sofort aus dem virtuellen Stapel abgelegter E-Mails in meinem Computer. Die Arbeit war mir von Bob Jesse, einem der Co-Autoren, zugeschickt worden, dessen Name mir nichts sagte; vielleicht hatte er etwas gelesen, das ich über psychoaktive Pflanzen geschrieben hatte, und dachte, ich könnte daran interessiert sein. Der Artikel, den dasselbe Team an der Hopkins University verfasst hatte, das Krebspatienten Psilocybin verabreichte, war in der Zeitschrift *Psychopharmacology* veröffentlicht worden. Für eine von Fachkollegen geprüfte wissenschaftliche Publikation hatte die Arbeit einen äußerst ungewöhnlichen Titel: „Psilocybin kann mystischartige Erfahrungen auslösen, die eine wesentliche und nachhaltige persönliche Bedeutung und spirituelle Aussagekraft haben“ (Griffiths, Richards, McCann & Jesse, 2006).

Das Wort „Psilocybin“ tut nichts zur Sache; es waren die Worte „mystisch“, „spirituell“ und „Bedeutung“, die auf den Seiten einer pharmakologischen Zeitschrift ins Auge sprangen. Der Titel wies auf eine interessante Grenzlinie der Forschung hin und überbrückte zwei Welten, die wir im Allgemeinen für unvereinbar halten: Wissenschaft und Spiritualität.

Jetzt stürzte ich mich fasziniert auf die Hopkins-Arbeit. Man hatte dreißig Versuchspersonen, die noch nie Psychedelika genommen hatten, eine Pille verabreicht, die entweder eine synthetische Version von Psilocybin oder ein „aktives Placebo“ – Methylphenidat oder Ritalin – enthielt, um ihnen weiszumachen, sie hätten ein Psychedelikum erhalten. Dann legten sie sich mit Schlafmaske auf ein Sofa und hörten sich im Beisein von zwei Therapeuten über Kopfhörer Musik an (die Schlafmaske und die Kopfhörer fördern eine mehr nach innen gerichtete Reise). Nach etwa dreißig Minuten begannen sich im Kopf der Probanden, die die Psilocybin-Pille erhalten hatten, außergewöhnliche Dinge abzuspielden.

Die Studie zeigte, dass eine hohe Dosis Psilocybin gefahrlos eingenommen werden konnte und zuverlässig eine mystische Erfahrung „auslöste“ – die den Schilderungen zufolge typischerweise die Auflösung des eigenen Ichs beinhaltete, gefolgt von dem Gefühl, mit der Natur oder dem Universum zu verschmelzen. Das dürfte für Leute, die psychedelische Drogen nehmen, und für die Forscher, die sich in den 1950er und 1960er Jahren damit beschäftigten, nichts Neues sein. Aber als die Arbeit 2006 veröffentlicht wurde, war es weder der modernen Wissenschaft noch mir selbst klar.

An den im Artikel dokumentierten Ergebnissen war am erstaunlichsten, dass die Probanden ihr Psilocybin-Erlebnis als eine der bedeutendsten Erfahrungen ihres Lebens einstuften, vergleichbar „mit der Geburt des ersten Kindes oder dem Tod eines Elternteils“. Zwei Drittel der Teilnehmer zählten die Sitzung zu den fünf „spirituell bedeutendsten Erfahrungen“ ihres Lebens; für ein Drittel war es die bedeutendste. Vierzehn Monate später hatte sich diese Einschätzung nur unwesentlich verändert. Die Probanden berichteten von erheblichen Verbesserungen in ihrem „persönlichen Wohlbefinden, der Lebenszufriedenheit und positiver Verhaltensänderung“, was von ihren Familienangehörigen und Freunden bestätigt wurde.

Auch wenn es damals noch niemand wusste, die Renaissance der Psychedelik-Forschung, die inzwischen im Gange ist, begann mit der Veröffentlichung dieser Arbeit. Sie führte direkt zu einer Reihe von Studien – an der Hop-

kins und mehreren anderen Universitäten –, bei denen Psilocybin zur Behandlung verschiedener Indikationen eingesetzt wurde, darunter Ängste und Depressionen bei Krebspatienten, Nikotin- und Alkoholsucht, Zwangsneurosen, Depressionen und Essstörungen.

Das Erstaunliche an diesem ganzen Forschungsstrang ist die Prämisse, dass nicht die pharmakologische Wirkung der Droge, sondern die Art der geistigen Erfahrung, die von ihr ausgelöst wird – darunter auch die zeitweilige Auflösung des eigenen Ichs –, der Schlüssel zur Veränderung im Denken der Patienten sein dürfte.

Da ich mir nicht sicher war, auch nur eine einzige „spirituell bedeutende“ Erfahrung gemacht zu haben, geschweige denn so viele, dass ich eine Rangfolge erstellen konnte, merkte ich, dass die Arbeit von 2006 meine Neugier, aber auch meine Skepsis weckte. Viele der Versuchspersonen schilderten, sie hätten Zugang zu einer alternativen Realität bekommen, einem „Jenseits“, in dem die gewohnten physikalischen Gesetze nicht gelten und verschiedene Erscheinungsformen kosmischen Bewusstseins oder einer Göttlichkeit sich als unverkennbar real präsentieren.

All das fand ich schwer hinnehmbar (konnte es nicht einfach eine durch Drogen verursachte Halluzination sein?), zugleich aber faszinierend; irgendwie wollte ich, dass es stimmte, egal was „es“ genau war. Das überraschte mich, denn ich hatte mich nie für einen sonderlich spirituellen, geschweige denn mystizistischen Menschen gehalten. Das liegt wohl teils an meiner Weltanschauung, teils an meiner Gleichgültigkeit: Ich habe nie viel Zeit damit zugebracht, spirituelle Pfade zu erkunden, und wurde auch nicht religiös erzogen. Meine vorgegebene Sichtweise ist die eines gelassenen Materialisten, der glaubt, dass Materie der Grundstoff der Welt ist und die physikalischen Gesetze, denen sie gehorcht, imstande sein sollten, alles, was geschieht, zu erklären. Ich gehe von der Annahme aus, dass die Natur alles sei, was es gibt, und tendiere zu wissenschaftlichen Erklärungen der Phänomene. Vor diesem Hintergrund bin ich auch empfänglich für die Begrenztheit der wissenschaftlich-materialistischen Perspektive und glaube, dass die Natur (der menschliche Geist inbegriffen) noch tiefe Geheimnisse birgt, gegenüber denen die Wissenschaft manchmal überheblich und ungerechtfertigt abweisend zu sein scheint.

War es möglich, dass eine einzige psychedelische Erfahrung – die auf nichts anderem beruhte als der Einnahme einer Pille oder eines Stückes Löschpapier – eine große Delle in solch eine Weltanschauung machte? Die eigene Mei-

nung über die Vergänglichkeit korrigierte? Das eigene Denken tatsächlich dauerhaft veränderte?

Der Gedanke ließ mich nicht los. Es war fast so, als bekäme man eine Tür in einem vertrauten Zimmer gezeigt – dem Zimmer des eigenen Geistes –, die einem vorher nie aufgefallen ist, als würden Menschen, zu denen man Vertrauen hat (Wissenschaftler!), einem sagen, dass auf der anderen Seite eine ganz andere Art des Denkens – des Seins! – wartet. Man musste bloß den Türknauf drehen und eintreten.

Wer wäre da nicht neugierig? Mag sein, dass ich mein Leben nicht ändern wollte, doch der Gedanke, etwas Neues darüber zu lernen und ein neues Licht auf diese alte Welt zu richten, begann meinen Geist zu beschäftigen. Vielleicht fehlte wirklich etwas in meinem Leben, etwas, das ich bloß nicht benannt hatte.

Ich wusste schon etwas über solche Türen, da ich zu einem früheren Zeitpunkt meiner Karriere über psychoaktive Pflanzen geschrieben hatte. In *Die Botanik der Begierde* habe ich mich ausführlich mit Bewusstseinsveränderung befasst, und zu meiner Überraschung stellte diese sich als universelles menschliches Verlangen heraus. Es gibt auf der Erde keine Kultur (nun ja, eine einzige²), die nicht bestimmte Pflanzen benutzt, um die Inhalte des Denkens zu verändern, ob zur Heilung, aus Gewohnheit oder als spirituelle Praxis. Dass ein so seltsames, scheinbar fehlangepasstes Verlangen neben unserem Verlangen nach Nahrung, Schönheit oder Sex – die evolutionär gesehen alle offenbar sinnvoller sind – existieren sollte, schrie nach einer Erklärung. Die einfachste war, dass diese Substanzen Schmerzen und Langeweile lindern. Doch die intensiven Gefühle und aufwendigen Tabus und Rituale, die viele dieser psychoaktiven Arten umgeben, deuten darauf hin, dass es um mehr gehen muss.

Bei uns Menschen wurden, wie ich gelernt habe, Pflanzen und Pilze, die das Potenzial haben, unser Bewusstsein radikal zu verändern, lange und weitverbreitet zur Heilung des Geistes, bei Übergangsriten und der Kommunikation mit der übernatürlichen Welt oder dem Geisterreich eingesetzt. Diese Verwendungen waren in sehr vielen Kulturen uralte und geschätzt, doch ich habe eine weitere Nutzung angedeutet: die Bereicherung der kollektiven Vorstellungswelt – der Kultur – mit den neuen Ideen und Visionen, die wenige Auserwählte von ihren „Reisen“ mitbringen.

Jetzt, da ich eine intellektuelle Wertschätzung für den potenziellen Wert dieser psycho-

² Die Inuit scheinen die Ausnahme zu sein, die die Regel bestätigt, aber nur, weil dort, wo sie leben, keine psychoaktiven Pflanzen wachsen (zumindest noch nicht).

aktiven Substanzen entwickelt hatte, könnte man denken, ich wäre begieriger gewesen, sie auszuprobieren. Ich weiß nicht genau, worauf ich gewartet habe; auf Mut vielleicht oder auf die passende Gelegenheit, die ein arbeitsreiches, überwiegend gesetzestreuendes Leben nie zu bieten schien. Aber als ich den potenziellen Nutzen, von dem ich hörte, gegen die Risiken abwog, lernte ich zu meiner Überraschung, dass Psychedelika bei Weitem nicht so gefährlich sind, um sich dermaßen davor fürchten zu müssen. Viele der allbekanntesten Gefahren sind übertrieben oder frei erfunden. Es ist beispielsweise so gut wie unmöglich, an einer Überdosis LSD oder Psilocybin zu sterben, und keine der beiden Drogen macht süchtig. Wenn Tiere die Drogen einmal probiert haben, streben sie es kein zweites Mal an, und beim Menschen beraubt sie wiederholter Gebrauch ihrer Wirkung (Nutt, 2012).³ Es stimmt, dass die furchterregenden Erfahrungen, die manche Menschen auf Psychedelika machen, bei entsprechender Disposition Psychosen auslösen können, weshalb niemand, der familiär vorbelastet ist oder eine Veranlagung zu psychischen Erkrankungen hat, diese Substanzen einnehmen sollte. Allerdings sind Einlieferungen in die Notaufnahme wegen Psychedelikakonsums äußerst selten, und viele der Fälle, die von Ärzten als Psychosen diagnostiziert werden, stellen sich als vorübergehende Panikattacken heraus (Johansen & Krebs, 2015).

Es stimmt ebenfalls, dass Menschen auf Psychedelika zu gefährlichen Dummheiten neigen: Sie betreten verkehrsreiche Straßen, fallen irgendwo herunter oder begehen in seltenen Fällen Selbstmord. „Horrortrips“ sind sehr real und können laut einer großen Umfrage unter Konsumenten psychedelischer Drogen, in der die Leute zu ihren Erlebnissen befragt wurden, eine der „schlimmsten Erfahrungen des Lebens“ sein (Carbonaro et al., 2016)⁴. Es ist jedoch wichtig, zwischen dem zu unterscheiden, was passieren kann, wenn diese Drogen unbeaufsichtigt eingenommen werden, ohne auf Set und Setting zu achten, und dem, was unter klinischen Bedingungen, nach sorgfältiger Untersuchung und unter Aufsicht, passiert. Seit der Wiederaufnahme genehmigter Psychedelik-Forschung in den 1990er Jahren bekamen knapp tausend Versuchspersonen die Substan-

³ Das ist der Grund, warum Leute, die Psychedelika „mikrodosieren“, sie nie an aufeinanderfolgenden Tagen nehmen.

⁴ Die Umfrage ergab, dass 7,6 Prozent der befragten Personen sich wegen „eines oder mehrerer psychologischer Symptome, die sie ihrer schlimmsten Psilocybin-Erfahrung zuschrieben“, in Behandlung begaben.

zen verabreicht, und kein einziger ernsthafter Zwischenfall wurde gemeldet.⁵

Um diese Zeit kam mir der Gedanke, „die Schneekugel zu schütteln“, wie ein Neurowissenschaftler die psychedelische Erfahrung beschrieb, allmählich eher verlockend als beängstigend vor, auch wenn die Angst nicht völlig verschwand.

Nach mehr als einem halben Jahrhundert einer ziemlich beständigen Gemeinschaft wird das eigene Ich – diese allgegenwärtige, unaufhörlich kommentierende, interpretierende, abstempelnde, verteidigende Stimme im Kopf – vielleicht etwas zu vertraut. Ich rede hier nicht von etwas so Tiefgehendem wie Selbsterkenntnis. Nein, nur davon, wie wir im Lauf der Zeit unsere Reaktionen auf das, was das Leben bringt, optimieren und konventionalisieren. Jeder von uns entwickelt solche vereinfachenden Wege, alltägliche Erfahrungen einzuordnen und zu verarbeiten oder Probleme zu lösen, und obwohl das zweifellos eine Anpassungsleistung ist – es hilft uns, unsere Aufgaben ohne viel Aufhebens zu erledigen –, wird es irgendwann mechanisch. Es stumpft uns ab. Die Muskeln der Aufmerksamkeit verkümmern.

Gewohnheiten sind unbestreitbar nützliche Hilfsmittel, die uns von der Notwendigkeit befreien, jedes Mal eine komplexe geistige Tätigkeit auszuführen, wenn wir vor einer neuen Aufgabe oder Situation stehen. Doch sie befreien uns auch von der Notwendigkeit, der Welt gegenüber wach zu bleiben: daran teilzunehmen, zu fühlen, zu denken und dann wohlüberlegt zu handeln (d.h., eher aus freiem Willen als unter Zwang). Um sich ins Gedächtnis zu rufen, wie sehr geistige Gewohnheiten uns blind gegenüber Erfahrungen machen, muss man bloß in ein fremdes Land reisen. Plötzlich wacht man auf! Und die Algorithmen des täglichen Lebens fangen gewissermaßen bei null an. Das ist der Grund, warum die verschiedenen Reisetmetaphern für die psychedelische Erfahrung so treffend sind. So nützlich die Effizienz des erwachsenen Geistes auch sein mag, sie macht uns blind für den gegenwärtigen Augenblick. Wir springen ständig zur nächsten Sache. Wir behandeln Erfahrungen wie ein Programm künstlicher Intelligenz (KI), denn unser Gehirn übersetzt ständig Daten aus der Gegenwart in Begriffe der Vergangenheit, sucht dort nach der maßgeblichen Erfahrung und benutzt diese, um möglichst gut einzuschätzen, wie man die Zukunft vorhersagt und bewältigt.

Eins der Dinge, das für Reise, Kunst, Natur, Arbeit und bestimmte Drogen spricht, ist die Art, wie diese Erfahrungen im günstigsten

Fall jeden geistigen Pfad in Vergangenheit und Zukunft abriegeln und uns in den Strom der Gegenwart tauchen, der wahrhaft erstaunlich ist – denn Staunen ist die Nebenwirkung des unbelasteten ersten oder jungfräulichen Blicks, dem sich das erwachsene Gehirn verschlossen hat (das ist so ineffizient!). Wenn ich meine Zeit in der nahen Zukunft verbringe, ist mein psychisches Thermostat leider Gottes größtenteils auf ein niedriges Simmern von Erwartung und allzu oft auf Sorge eingestellt. Das Gute ist, ich werde nur selten überrascht. Was wiederum zugleich das Schlechte ist.

Was ich hier zu beschreiben versuche, ist die Voreinstellung meines Bewusstseins. Sie funktioniert recht gut, erledigt alle Aufgaben, aber was, wenn sie nicht die einzige oder zwangsläufig beste Art ist, durchs Leben zu gehen? Die Prämisse der Psychedelik-Forschung ist, dass diese spezielle Gruppe von Molekülen uns Zugang zu anderen Bewusstseinsformen verschaffen kann, die uns spezielle Vorteile bringen könnten, ob therapeutischer, spiritueller oder kreativer Natur. Psychedelika sind bestimmt nicht die einzige Tür zu diesen anderen Bewusstseinsformen – ich erforsche in diesem Buch auch nicht-pharmakologische Alternativen –, doch an diesem Knopf lässt sich offenbar am leichtesten drehen.

Der Gedanke, das Repertoire unserer Bewusstseinszustände zu erweitern, ist keine völlig neue Idee – Hinduismus und Buddhismus sind davon durchdrungen, und auch in der westlichen Wissenschaft gibt es faszinierende Beispiele. William James, der wegweisende amerikanische Psychologe und Autor von *„Die Vielfalt religiöser Erfahrung“*, wagte sich schon vor mehr als einem Jahrhundert in diese Welt. Er kehrte mit der Überzeugung zurück, dass unser normales Wachbewusstsein „nur ein besonderer Typ von Bewußtsein ist, während um ihn herum, von ihm durch den dünnsten Schirm getrennt, mögliche Bewußtseinsformen liegen, die ganz andersartig sind“ (James, 2014, S. 390 f.).

Mir war klar, dass James von den ungeöffneten Türen in unserem Denken spricht. Für ihn war Lachgas der „Kontakt“, der die Tür aufstoßen und die Welt auf der anderen Seite enthüllen konnte. (Meskalin, die psychedelische Substanz, die aus dem Peyote-Kaktus gewonnen wird, stand den Forschern damals bereits zur Verfügung, doch James hatte offenbar zu große Angst, es auszuprobieren.)

„Keine Betrachtung des Universums kann abschließend sein, die diese anderen Bewußtseinsformen ganz außer Betracht lässt (a.a.O., S. 391). Auf jeden Fall, folgerte James, verböten diese anderen Zustände, deren Existenz er für

⁵ Persönliche Korrespondenz mit Matthew W. Johnson, PhD.

so real wie die Tinte auf dieser Seite hielt, „einen voreiligen Abschluß unserer Rechnung mit der Realität“ (ebd.).

Als ich diese Sätze zum ersten Mal las, begriff ich, dass James mich durchschaute: Als überzeugter Materialist und Erwachsener in einem gewissen Alter hatte ich meine Rechnung mit der Realität abgeschlossen. Vielleicht war das voreilig gewesen. Tja, hier war die Aufforderung, sie wieder aufzumachen.

Wenn das normale Wachbewusstsein nur eine von mehreren möglichen Arten ist, eine Welt zu konstruieren, dann ist es vielleicht sinnvoll, eine größere neuronale Vielfalt auszubilden. In diesem Sinne nähert sich „*Verändere dein Bewusstsein*“ dem Thema aus verschiedenen Blickwinkeln und setzt verschiedene Darstellungsformen ein: Gesellschafts- und Wissenschaftsgeschichte, Naturkunde, Memoir, Wissenschaftsjournalismus und Fallstudien von Versuchspersonen und Patienten. In der Mitte der Reise liefere ich einen Bericht von meiner eigenen Erkundung (oder vielleicht sollte ich Suche sagen) in Form einer geistigen Reisebeschreibung.

Bei der Schilderung der Geschichte der Psychedelik-Forschung in Vergangenheit und Gegenwart versuche ich nicht, umfassend zu sein. Das Thema Psychedelika als Gegenstand der Wissenschaft und der Gesellschaftsgeschichte ist zu umfangreich, um zwischen die Deckel eines einzigen Buchs zu passen. Statt zu versuchen, den Leser mit all den Menschen bekannt zu machen, die für die Psychedelik-Renaissance verantwortlich sind, konzentriert sich meine Schilderung auf eine kleine Anzahl von Pionieren, die eine bestimmte wissenschaftliche Linie vertreten, mit dem unvermeidlichen Resultat, dass die Beiträge vieler anderer nur kurz abgehandelt werden. Und im Interesse einer stringenten Erzählung habe ich mich auf bestimmte Drogen konzentriert und andere ausgeschlossen.

MDMA (auch bekannt als Ecstasy), das bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen vielversprechende Ergebnisse zeigt, kommt hier beispielsweise kaum vor. Manche Forscher zählen MDMA zu den Psychedelika, die meisten jedoch nicht, und darin folge ich ihnen. MDMA wirkt im Gehirn auf andere Weise und hat im Wesentlichen einen anderen gesellschaftlichen Hintergrund als die sogenannten klassischen Psychedelika. Von diesen konzentriere ich mich vornehmlich auf die Substanzen, denen die Wissenschaft die größte Aufmerksamkeit widmet – Psilocybin und LSD –, das heißt, dass andere Psychedelika, die ebenso interessant und wirksam, aber im Labor schwieriger zu testen sind – wie bei-

spielweise Ayahuasca –, weniger Aufmerksamkeit erhalten.

Ein letztes Wort zu Fachausdrücken. Der Klasse von Molekülen, zu der Psilocybin und LSD (sowie Meskalin, DMT und eine Handvoll andere) gehören, wurden seit ihrem Bekanntwerden viele Namen gegeben. Anfangs wurden sie Halluzinogene genannt. Doch sie haben so viele andere Eigenschaften (und richtiggehende Halluzinationen sind eher ungewöhnlich), dass die Forschung schon bald nach präziseren, aussagekräftigeren Begriffen suchte, wie ich im dritten Kapitel ausführte. Der Begriff „Psychedelika“, den ich größtenteils verwende, hat seine Nachteile (Dyck, 2008, S. 1 f.). In den 1960er Jahren bereitwillig angenommen, schleppt der Begriff den unseligen Ballast der Gegenkultur mit sich herum. In der Hoffnung, diesen Assoziationen zu entkommen und die spirituelle Dimension dieser Drogen hervorzuheben, haben einige Forscher vorgeschlagen, sie stattdessen „Entheogene“ zu nennen – was im Griechischen „das Göttliche im Innern“ heißt. Das erscheint mir zu hochgestochen. Trotz der 1960er-Jahre-Symbolik ist der 1956 geprägte Begriff „Psychedelikum“ etymologisch korrekt. Abgeleitet aus dem Griechischen, bedeutet es einfach „den Geist offenbarend“ – und genau das bringen diese außergewöhnlichen Moleküle zustande.

Literatur

- Carbonaro, Th. M. et al. (2016). Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *Journal of Psychopharmacology*, 1268-1278.
- Cohen, M. M., Hirschhorn, K. & Frosch, W. A. (1967). In vivo and in vitro chromosomal damage induced by LSD-25. *New England Journal of Medicine* 277, 20, 1043-1049. doi:10.1056/NEJM197107222850421
- Dyck, E. (2008). *Psychedelic psychiatry: LSD from clinic to campus*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U. & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology* 187, 3, 268-283. doi:10.1007/s00213-006-0457-5.
- Hofmann, A. (2017). *LSD – mein Sorgenkind. Die Entdeckung einer „Wunderdroge“*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Johansen, P.-Ø. & Krebs, T. S. (2015). Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: A population study. *Journal*

of *Psychopharmacology* 29, 3, 270-279. doi:10.1177/0269881114568039.

James, W. (2014). *Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur*. Übersetzt von E. Herms & Ch. Stahlhut. Mit einem einführnden Essay von Peter Sloterdijk. Berlin: Insel.

Nutt, D. J. (2012). *Drugs without the hot air: minimizing the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge, U.K.: UIT.

Tierney, J. (2010). Hallucinogens have doctors tuning in again. *New York Times*, 12. April 2010.

Wasson, V. P. & Wasson, R. G. (1957). *Mushrooms, Russia, and history*, Vol. 2. New York: Pantheon.

Wasson, R. G. (1957). Seeking the magic mushroom. *Life*, 13. Mai 1957, 100-120.

Michael Pollan (2019). *Verändere dein Bewusstsein. Was uns die neue Psychedelika-Forschung über Sucht, Depression, Todesfurcht und Transzendenz lehrt*
Verlag Antje Kunstmann GmbH, München,
495 Seiten, ISBN 978-3-95614-288-8, 26,- Euro



NACHRICHT

Pharmamarkt: wenig Innovation, reichlich Fehlmedikation und 1,5 Millionen Medikamentensüchtige

Aus den Forschungsabteilungen der Pharmaindustrie sind während der letzten Jahre nur vereinzelte innovative Medikamente gekommen. Andererseits pushen Konzerne häufig lukrative Fehlversorgungen in der Arzneimitteltherapie. Ärzten fehlt im Zweifel die „notwendige Distanz“ gegenüber diesen Einflüssen, Patienten fehlt das Detailwissen. Daher werden nach wie vor vielzuviele Schlafmittel, Tranquilizer, stark beruhigende Psychopharmaka und Nasensprays verordnet oder rezeptfrei genommen. Das Suchtpotential ist bekannt. Annähernd 1,5 Millionen Deutsche sind von Präparaten dieser Medikamentengruppen abhängig, berichtet Prof. Dr. Gerd Glaeske im aktuellen „Jahrbuch Sucht 2019“.

Zwei Drittel der Betroffenen sind älter als 65 Jahre – und in der Mehrheit Frauen. Die Präparate senken die Konzentrationsfähigkeit, die Aufmerksamkeit, die Bewegungsfähigkeit, die Kommunikationsfähigkeit, die Koordinationsfähigkeit und das Sehvermögen. Damit reduziert sich einerseits die gesamte Lebensqualität, und andererseits steigt das Demenz-Risiko; Konzentrationsmangel und Gangunsicherheit lassen die Betroffenen häufiger stürzen; Knochenbrüche folgen, Pflegebedürftigkeit...

Glaeske legt den ärztlichen KollegInnen die aktualisierte S3-Leitlinie zur Schlafmittelverordnung dringend ans Herz, da sie auf wissenschaftlicher Basis Irrtümer korrigiert, die zuvor vom

Pharmamarketing gern lanciert wurden. Die Leitlinie lässt keinen Zweifel daran, dass Benzodiazepine (BZ), Benzodiazepinrezeptoragonisten (BZRA), Zolpidem und Zopiclon ein hohes Suchtpotential besitzen. Eine Kurzzeittherapie von etwa vier Wochen ist mit diesen Präparaten vertretbar. Eine darüber hinausgehende Einnahme bietet jedoch für den Patienten weit mehr Risiken als Nutzen. Glaeske bietet im Jahrbuch Sucht tabellarisch detaillierte Übersichten über die Verbreitung und Risikopotentiale der einzelnen Präparate.

Die Zulassung der medizinischen Cannabinoide ist neu. Glaeske warnt: „Derzeit sind die Erkenntnisse zum

Nutzen noch immer lückenhaft. Cannabis kann nicht gegen alles helfen, es ist kein pflanzliches Wundermittel, das über allen anderen Arzneimitteln steht.“ Für denkbar hält Glaeske die neurologischen Indikationen Chronischer Schmerz, Spasmen bei Multipler Sklerose und Paraplegie, Epilepsien, Übelkeit nach Chemotherapie, Appetitlosigkeit bei HIV/AIDS. Möglicherweise könnten Cannabinoide auch bei psychischen Erkrankungen sinnvoll sein: Angststörungen, Schlafstörungen, Tourette-Syndrom, ADHS. Keine Wirksamkeit sieht Glaeske allerdings bei den oft behaupteten Indikationen Depression, Psychosen, Demenz, Glaukom, Darmerkrankungen.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: *Jahrbuch Sucht 2019*
Pabst, 264 Seiten
ISBN Hardcover 978-3-95853-483-4
ISBN eBook 978-3-95853-484-1

Thomas Köhler: *Pharmakotherapie in der Psychotherapie*
7. überarb. und erw. Aufl. 2018
Pabst, 204 Seiten
ISBN Paperback 978-3-95853-467-4
ISBN eBook 978-3-95853-468-1

Internetabhängigkeit: Viele Männer und die meisten Frauen verzichten auf Beratung und Therapie

Für internetbasierte Sucht steht ein reichhaltiges stationäres Behandlungsangebot bereit. Die Zahl an ambulant tätigen, für die Störung kompetenten Therapeuten ist allerdings in einigen Regionen bescheiden. Die Mehrheit der online-süchtigen Klientel hält sich vom Hilfesystem fern, stellen Kay Uwe Petersen und Kollegen fest. Die aktuelle Studie erschien unter dem Titel „Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten“.

Die relativ geringe Nutzung der Hilfsangebote hatte Petersen schon in einer vorausgegangenen Studie – mit Rainer Thomasius – überrascht. Dabei bleibt letztlich ungeklärt, warum vor allem Frauen einen weiten Bogen um Beratung und Therapie machen; mehr als neunzig Prozent der internetabhängigen Klienten im Hilfesystem sind Männer.

Um den Weg zur Beratung und Behandlung zu erleichtern, sollten nach Einschätzung der Autoren niederschwellige Angebote weiter ausgebaut werden: Telefonhotlines und Online-Chats sind gerade für diejenigen Betroffenen, die noch gehemmt sind, eine ide-

ale Möglichkeit, Information und eine erste Beratung einzuholen und dabei anonym zu bleiben. Ein weiterer Vorteil ist die sofortige Verfügbarkeit und die örtliche Ungebundenheit. So können die Betroffenen ein mögliches erstes Problembewusstsein sofort umsetzen und einen ersten Kontakt aufbauen, der dann zur Weitervermittlung an ein Beratungs- bzw. Behandlungsangebot vor Ort führen könnte.

Zunächst ist in der Regel meist eine Einzeltherapie indiziert, um Hemmungen und soziale Ängste abzubauen. Doch im zweiten Schritt bewährt sich meist eine Gruppentherapie. Hier können Betroffene ihre Erfahrungen, Ide-

en und Anregungen miteinander austauschen. Soziale Bedürfnisse werden befriedigt und soziale Kompetenzen erprobt.

Der exzessive Aufenthalt im Internet wird überhäufig dadurch begünstigt, dass Betroffenen eine verbindliche Tagesstruktur fehlt. Darüber hinaus stellen Petersen und Kollegen meist auch eine „Lücke“ im realen Leben fest: einen Mangel an erfüllenden Aktivitäten, sozialen Kontakten oder Erfolgserleben. „Eine zentrale Funktion der exzessiven Internetnutzung könnte der Kompensation dieses erlebten Defizits zukommen.“ Umso relevanter ist es, in der Beratung und Therapie Möglichkeiten zu erarbeiten, die Lücke im realen Leben konstruktiv zu füllen.

Kay Uwe Petersen, Sara Hanke, Linny Bieber, Axel Mühleck & Anil Batra:
Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten
Pabst, 158 Seiten
ISBN Paperback 978-3-95853-235-9
ISBN eBook 978-3-95853-236-6

Politische Psychologie: Migranten senken die durchschnittliche Intelligenz in Europa nicht

Die gemessene Intelligenz ist während des vergangenen Jahrhunderts in den westlichen Industrienationen kontinuierlich gestiegen. Doch inzwischen stagnieren oder fallen die Intelligenzquotienten im Durchschnitt. Sogenannte „Experten“ vom „rechten politischen Rand bieten eine simple „Erklärung“ feil: Die Migrantenströme hätten den Niedergang ausgelöst. Dr. Jakob Pietschnig und Kollegen (Universität Wien) widerlegen diese Annahme in einer Studie – veröffentlicht in der Fachzeitschrift „Politische Psychologie“.

Eine wohlfeile Annahme – etwa von Thilo Sarrazin – besagt, dass hauptsächlich Populationen mit niedrigeren durchschnittlichen Fähigkeiten in Länder mit intelligenterer Bevölkerung migrieren und damit den durchschnittlichen Intelligenzquotienten im Gastland senken. Verstärkt werde dieser Effekt angeblich dadurch, dass Gruppen mit niedrigerer Intelligenz eine höhere Zahl an Nachkommen zeugen.

Nach der Analyse umfangreicher empirischer Daten berichten Pietschnig und Kollegen in *Politische Psychologie*: „In einer Serie von gewichteten einfachen und multiplen Meta-Regressionen zeigten sich keine bedeutsamen Ein-

flüsse von Migration auf die Testleistung. Unsere Befunde sind konsistent mit bereits publizierten Erkenntnissen, die zeigten, dass migrationsbedingte Veränderungen von nationalen Intelligenzquotienten kurzlebig sind.“ Bei statistischen Vergleichen zwischen Kinderreichtum, Sterblichkeit und Intelligenztest-Ergebnissen sehen die Wissenschaftler widersprüchliche, unklare Tendenzen.

Die Steigerung des gemessenen Intelligenzquotienten entdeckte im vergangenen Jahrhundert James R. Flynn. Daher wird von einem „Flynn effect“ gesprochen. Auch Flynn ist nicht davon ausgegangen, dass sich mit steigendem

oder fallendem Intelligenzquotienten tatsächlich die gesamte Intelligenzleistung verändere. In Deutschland haben Intelligenztests z.B. nahegelegt, dass das räumliche Vorstellungsvermögen – also eine Komponente der Intelligenz – zurückgeht. Andererseits scheint sich das Abstraktionsvermögen zu verstärken...

Pietschnig und Kollegen stellen andere Entwicklungen zur Diskussion: Fortschritte bei Ernährung, Hygiene, Gesundheitsversorgung, Bildung und anderen Faktoren haben der Hirnentwicklung im vergangenen Jahrhundert gutgetan und zum besterreichbaren Intelligenz-Level geführt, der nicht mehr zunimmt und keine weitere Steigerung zulässt. Der Neurologe Manfred Spitzer sieht zusätzlich eine Tendenz zur Verdummung, die junge Generationen der exzessiven und unzweckmäßigen Nutzung neuer elektronischer Medien verdanken...

Jakob Pietschnig, Martin Voracek & Georg Gittler: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Flynn-Effekt und Migration? In: Politische Psychologie 2/2018, S. 267-283.

Rapper propagieren massiv Kokain: Doch es wird immer weniger gekokst

Die häufig – auch amtlich – behauptete „Kokainschwemme“ findet nicht statt. „Kokain scheint insbesondere unter jungen Leuten so unpopulär wie schon seit langem nicht. Dies ist auch vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass im deutschen Rap – der einflussreichsten Jugendkultur der letzten Jahre – in gefühlt jedem zweiten Video ein (vermeintlicher) Haufen Kokain gezeigt wird“, berichtet Dr. Bernd Werse (Universität Frankfurt am Main) im 5. Alternativen Drogen- und Suchtbericht 2018.

Das Rap-Leitmedium „Vice“ rief schon Ende 2015 aus: „Setzt die grüne Brille ab, Koks ist die neue HipHop-Droge.“ „Kokaina“ von Miami Yacine ist seit dem Jahr 2016 auf YouTube der meistgeklickte deutsche Rap-Track aller Zeiten. Der Suchtforscher Bernd Werse ist überrascht: „Während Einflüsse aus der Jugendkultur beim Konsum von generell weit verbreiteten Drogen wie Cannabis durchaus eine Rolle spielen, scheinen die Prahlereien namhafter Rapper mit

dem hochpreisigen weißen Pulver also keinen Einfluss auf das Konsumverhalten ihrer Rezipienten auszuüben – ebensowenig wie eine möglicherweise veränderte Marktsituation.“

Ein zunehmendes Kokain-Angebot stößt keineswegs eine Steigerung der Kokain-Nachfrage an. „Nach allem, was wir wissen, hängt das Konsumniveau einer bestimmten Substanz neben der allgemeinen Verfügbarkeit von diversen Faktoren ab: In erster Linie spielt dabei

die Einschätzung über das generelle sowie individuelle Risiko im Verhältnis zum Nutzen eine Rolle. Dass sich an dieser Einschätzung etwas ändern könnte, weil mehr und evtl. preisgünstigeres Kokain auf dem Markt ist, erscheint nicht plausibel. Einer solchen Vermutung liegt ein stark ökonomisch geprägtes Menschenbild zugrunde, das sich mit Blick auf den Drogenkonsum schon öfter geirrt hat...“

5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018

Herausgegeben von akzept e.V. Bundesverband, Deutsche AIDS-Hilfe, JES Bundesverband. Redigiert von Gerrit Kamphausen, Bernd Werse, Heino Stöver Pabst, 224 Seiten ISBN Paperback 978-3-95853-409-4 ISBN eBook 978-3-95853-410-0

Psychotherapie mit Moslems: bei Integration des Islam gute Erfolge möglich

Psychotherapie: Auch Nicht-Moslems können muslimische Patientinnen und Patienten erfolgreich behandeln. Voraussetzung sind Grundkenntnisse und respektvolle Beachtung des Islam. Vor allem eine spirituell modifizierte Kognitive Verhaltenstherapie mit integrierten islamischen Elementen kann bei Depression, Angststörungen und Trauer gute Ergebnisse erzielen, berichtet Dr. Ahmad Bransi in seinem Beitrag zum Reader „Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie“. Psychoanalyse wird von Moslems kaum angenommen.

Meist müssen Therapeuten zunächst an unrealistischen Erwartungen und Widerständen ihrer Klienten arbeiten: Häufig wird ein schnelles Therapieergebnis erhofft oder nur eine kurze Konsultation gewünscht. Viele muslimische Patienten konzentrieren sich auf Symptome und Komplikationen innerhalb der Familien, vermeiden es aber, über ihre eigenen Emotionen zu sprechen. „Diese Unfähigkeit wird als Folge einer eingeschränkten Selbstreflexion, aber auch als Folge der kollektiven Identität oder als Folge von religiösen Überzeugungen und Scham verstanden. Die Widerstände sind v.a. bei tabuisierten Themen wie Sexualität und Suizidalität ausgeprägt, die erst nach zunehmend gewonnenem Vertrauen berichtet werden.“

Die Therapie wird fast immer von der Familiendynamik berührt oder bestimmt: Pflege alt gewordener Eltern, Generationenkonflikte, üble Nachrede anderer Personen, Antagonismen zwischen Herkunftsfamilie und angeheirateter Familie, Partnerschaftsprobleme, familiäre Gewalt, Suchterkrankung. Patienten können häufig schwer zwischen eigenen Wünschen und Vorstellungen ihrer Familie unterscheiden.

„Bei der Behandlung ist die Familienstruktur zu beachten“, empfiehlt Bransi grundsätzlich. Die Struktur ist „in der Regel hierarchisch-patriarchalisch aufgebaut mit einem autoritären und – bei bestimmten Gruppen, z.B. Türken – oft emotional distanzierteren Vater als Patriarch. Diese Familienstruktur kann

manche westliche Therapeuten dazu reizen, gegen das Familiensystem und gegen die Autorität des Vaters zu rebellieren. Hier ist aber zu berücksichtigen, dass die Hierarchie gleichzeitig mit einer großen Nähe der Familienmitglieder zueinander verbunden ist. Versucht man, in der Therapie gegen dieses System zu arbeiten, so besteht die Gefahr, dass es zu noch mehr Rigidität im System kommt und zu nachlassender Behandlungstreue oder sogar zum Abbruch der Behandlung.“

Dr. Ahmad Bransi berichtet in seinem Übersichtsbeitrag neben Grundsätzlichem über Therapiebeispiele und einzelne Indikationen.

Der Reader „Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie“ stellt das Thema in Einzelbeiträgen erstmals in den Kontext verschiedenster Religionen – Christentum, Islam, Judentum, Taoismus und Buddhismus.

Georg Juckel, Knut Hoffmann, Harald Walach (Hrsg.): Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie Pabst, 412 Seiten ISBN Paperback 978-3-95853-382-0 ISBN eBook 978-3-95853-383-7

Sucht: Wie sich ängstlich-depressive Störungen zur Internetabhängigkeit entwickeln können

Internetabhängigkeit: Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und andere psychische Probleme verleiten junge Leute dazu, in die virtuelle Online-Welt auszuweichen. Daraus entsteht oft eine Abhängigkeitserkrankung, die dann wiederum weitere Störungen verursacht. Die Zusammenhänge beschreibt PD Dr. Bert te Wildt in seiner Monografie „Medialität und Verbundenheit“. Te Wildt ist Psychiater und Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Kloster Diessen/Ammersee.

„Depressive Störungen spielen bei knapp 80 Prozent der Fälle von Internetabhängigkeit die größte Rolle. Prototyp ist der junge Mann, der trotz guter schulischer Voraussetzungen beruflich oder privat scheitert und sich narzisstisch gekränkt zurückzieht, um dort in Online-Rollenspielen den Helden zu spielen, der er in der konkret-realen Welt nicht sein kann. Die Regression aus einer als kränkend erlebten konkret-realen in eine spielerisch anmutende virtuelle Welt wird auf diese Weise als depressives Symptom verständlich.

Dies ist aber nur eine von vielen Möglichkeiten depressiver Symptomatik,

zumal sie hier nicht nur als Krankheitszeichen, sondern auch als scheiternder neurotischer Konfliktlösungsversuch zu verstehen ist. Angesichts der steigenden Zahl an Depressiven und des ständig wachsenden Internets ist allerdings zu befürchten, dass auch der Anteil an Internetabhängigen steigen wird“, schreibt te Wildt.

Er beobachtet bei Betroffenen auch häufig „frühe Bindungsstörungen, insbesondere daraus resultierende narzisstische und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen“. Diese Internetabhängigen suchen überhäufig im Netz einen Ersatz für persönliche Kon-

takte. Da dies ein – wenn auch vergeblicher – Versuch der Selbsttherapie ist, dürfen die Online-Kontakte nicht abrupt abgebrochen werden. Ein reines Offline-Leben könnte „zu gefährlichen Komplikationen mit eigen- und fremdgefährdenden Impulsen führen“.

„Wenngleich sich die Tendenz abzeichnet, dass vor allem Menschen mit ängstlich-depressiven Störungen eine Internetabhängigkeit entwickeln, ergibt sich hier durchaus ein heterogenes Bild. Wenn sich prinzipiell jede psychische Störung auch auf eine virtuelle Weise manifestieren kann, findet zwar ein Symptomwandel statt – ähnlich wie er sich bei jedem Kulturwandel vollziehen kann –, aber die psychische Grunderkrankung hat sich damit nicht notwendigerweise verändert.“

Bert te Wildt: *Medialität und Verbundenheit. Zur psychopathologischen Phänomenologie und Nosologie von Internetabhängigkeit*

**Pabst, 382 Seiten, Paperback
ISBN 978-3-89967-609-9**

Partnerschaft und Alkohol: Sucht verhindert die Befriedigung elementarer Bedürfnisse

Alkoholikerinnen im nüchternen Zustand gehen mit ihrem trockenen Partner meist distanziert oder unfreundlich um; doch hat die Alkoholikerin die „nötigen“ Promille im Blut, kann sie eher Zuwendung verschenken. Wenn jedoch beide Partner alkoholabhängig sind, „ist die Negativität gesteigert. Die Paare zeigen im Vergleich mit Paaren ohne Alkoholproblemen mehr negative und weniger positive Transaktionen und weniger Gemeinsamkeit“, berichtet Bea Schild (Basel) in ihrer Monografie „Partnerschaft und Alkohol“.

Die negativen Beziehungen können sich zu Gewalttätigkeiten ausweiten; hier ist – landläufigen Vermutungen zum Trotz – die Frau dem Mann weder in der Initiative noch in der Tatkraft unterlegen. „Bei Alkoholeinfluss wird die Impulsivität gesteigert und die Kontrolle der Aggression gedämpft. Die Fähigkeit, spätere Folgen des eigenen Tuns abzuschätzen, ist beeinträchtigt. Alkohol allein löst nicht Aggression aus, senkt jedoch bei Menschen mit erhöhter Aggressionsbereitschaft nach entsprechenden Auslö-

sern die Hemmschwelle für Gewalt – bei Tätern wie bei Opfern.“

Alkohol und Sucht bringen in die Partnerschaft eine multiple Ambivalenz und Fluktuation, die acht Grundbedürfnissen der Beziehung widersprechen:

- 1) Sicherheit im Sinn vollkommener Annahme und Akzeptanz der Gefühle und Bedürfnisse durch die andere Person.
- 2) Wertschätzung und Vergewisserung, Bedeutsamkeit der eigenen Person in den Augen des anderen.

- 3) Im eigenen Denken und Fühlen wahrgenommen und gespiegelt werden.
- 4) Selbstdefinition als Ausdruck persönlicher Einmaligkeit und deren Annahme und Anerkennung durch den Partner.
- 5) Einfluss, das Interesse des anderen zu gewinnen und ihn in eine gewünschte Richtung bewegen zu können.
- 6) Initiativen als unangefragte Kontaktaufnahmen.
- 7) Geben und erfahren, dass der Partner annimmt, was ich gebe.
- 8) Gegenseitiges Inschutznehmen, auch vor eigenem destruktivem Verhalten oder überhöhten Selbstan-sprüchen.

Bea Schild (Hrsg.) & Gerhard A. Wiesbeck: *Partnerschaft und Alkohol*
**Pabst, 228 Seiten, Paperback
978-3-89967-804-8**

akzept e.V. Bundesverband,
Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.)

6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019



264 Seiten, Hardcover,
ISBN 978-3-95853-483-4,
Preis: 20,- €

eBook: ISBN 978-3-95853-484-1,
Preis: 15,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com

Vorwort
Heino Stöver, Dirk Schäffer, Bernd
Werse & Gerrit Kamphausen

1. Querschnittsthemen

Drogenpolitik ist Gesundheitspolitik
Bernd Hontschik

Wie wichtig ist eigentlich eine natio-
nale Drogen- und Suchtstrategie?
... oder warum Daniel Bahr (FDP),
die Ziele der Drogenpolitik vorstellt
Dirk Schäffer

Wie kann Drogen- und Suchtpolitik
„gesteuert“ werden?
Ingo Ilja Michels

Zum Umgang mit Drogenszenen im
öffentlichen Raum
Luise Klaus, Daniela Jamin & Anna
Dichtl

Addiction Theory Network: Ursprün-
ge, Ziele, aktueller Stand und Sicht-
weisen auf Sucht
Nick Heather

2. Schwerpunkt: Tabak und Tabak- kontrollpolitik

Großbritanniens Tabakkontrollpoli-
tik: Vorbild für den deutschen Regu-
lierer, v.a. hinsichtlich E-Zigaretten?
Heino Stöver

Die Regulierung von E-Zigaretten-
Werbung – Fragen und Antworten
zum Stand der Forschung
Dietmar Jazbinsek

E-Zigaretten: (k)eine „Einstiegsdroge“
ins Tabakrauchen?
Bernd Werse & Anna Dichtl

Die Juul-Story – Fakten und Fake
News über die bekannteste E-Zigaret-
ten-Marke der Welt
Dietmar Jazbinsek

3. Alkohol

Schädigungen Dritter durch Alkohol-
konsum in der Schwangerschaft: Feta-
le Alkoholspektrumstörung und Feta-
les Alkoholsyndrom
Ludwig Kraus, Christian Rauschert
& Nicki-Nils Seitz

Substanzgebrauch, Alter und Harm
Reduction
Marie Jonna Krieger

4. Cannabis

Auch der Fiskus profitiert: Der Nut-
zen einer Cannabislegalisierung in
Deutschland
Justus Haucap

Cannabis als Medizin in Deutschland
– Gesetzesgenese, historischer
Hintergrund und aktuelle Herausfor-
derungen der Verschreibungspolitik
und -praxis
Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Kiffen und Jugendhilfe – wie die Dro-
genprohibition jungen Menschen das
Leben noch schwerer machen kann
Bernd Werse

Cannabis: Stillstand im Bundestag
Georg Wurth

5. Opioide

Naloxon als Nasenspray: endlich der
erhoffte „Türöffner“?
Kerstin Dettmer

Der Stellenwert der Psycho-sozialen
Begleitung in der Substitutionsbe-
handlung
Dirk Schäffer & Heino Stöver

6. Drug-Checking

Checking Drug-Checking
Bernd Werse, Heino Stöver & Karsten
Tögel-Lins

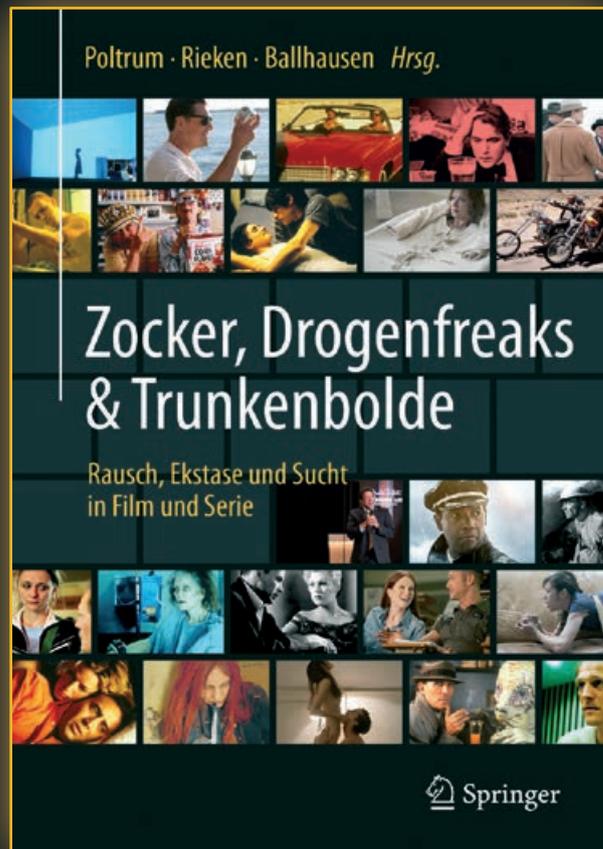
7. Gefängnisse

Kann Deutschland die WHO Ziele in
Bezug auf Hepatitis C und HIV errei-
chen?
Dirk Schäffer, Bärbel Knorr & Heino
Stöver

Substitutionsbehandlung im Gefäng-
nis aus einer menschenrechtlichen
Perspektive
Susanne Schuster & Jan Fährmann

8. Internationale Drogenpolitik Deutschland

United Nations General Assembly
Special Session on Drugs 2016 und
High Level Review 2019
Axel Klein



Legale und illegale Drogen spielen eine große Rolle in populären Spielfilmen, und das Suchtmotiv stellt seit über 100 Jahren ein beliebtes Thema des amerikanischen und europäischen Kinos dar. Von der Stummfilmzeit bis in die Gegenwart werden hedonistischer Drogengebrauch und Sucht aus unterschiedlichen Perspektiven gezeigt und entweder kritisch oder affirmativ abgehandelt. Substanzkonsum, Rausch, Ekstase und Sucht werden im Spielfilm entweder witzig-komisch, melodramatisch-tragisch, präventiv-aufklärerisch, propagandistisch, sozialkritisch oder ästhetisch beleuchtet und spiegeln damit Ängste, Sehnsüchte, Werthaltungen und geschichtliche Einstellungen gegenüber alternativen Zuständen des Bewusstseins wider.

Aus dem Inhalt

Absinthe (1913) – Narcotica. Die Welt der Träume und des Wahnsinns (1924) – Die wilden Zwanziger (1939) – The Lost Weekend (1945) – Der Mann mit dem goldenen Arm (1955) – Die blonde Sünderin (1962) – Easy Rider (1969) – Christiane F. Wir Kinder vom Bahnhof Zoo (1981) – Pink Floyd. The Wall (1982) – Naked Lunch (1991) – Bad Lieutenant (1992) – Trainspotting (1996) – Fear and Loathing in Las Vegas (1998) – Requiem For A Dream (2000) – Traffic. Die Macht des Kartells (2000) – Lammbock. Alles in Handarbeit (2001) – Vollgas (2002) – Spiele Leben (2005) – Shame (2011) – Flight (2012) – The Wolf of Wall Street (2013) – Only Lovers Left Alive (2013) – Nymph()maniac (2013) – Don Jon (2013) – Dr. House (2004-2012) – Breaking Bad (2008-2013) – Limitless (2015-2016).

Die Herausgeber

Martin Poltrum, Professor für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien, Philosoph, Psychotherapeut und Lehrtherapeut.

Bernd Rieken, Professor für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien, Privatdozent für Europäische Ethnologie an der Universität Wien, Psychotherapeut und Lehranalytiker in Baden bei Wien.

Thomas Ballhausen, Autor, Literaturwissenschaftler, Archivar, Mitarbeiter am Literaturhaus Wien, Lehrbeauftragter u.a. an der Universität Wien, der Universität Mozarteum Salzburg und der Akademie der Bildenden Künste Wien.

M. Poltrum, B. Rieken, T. Ballhausen (Hrsg.): Zocker, Drogenfreaks & Trunkenbolde. Rausch, Ekstase und Sucht in Film und Serie | Heidelberg, Berlin: Springer, 2019 | 30,83 € | 452 Seiten | ISBN 978-3-662-57376-1