

Implizite Krankheitsvorstellung türkischer
Glücksspieler
Aus der Praxis - für die Praxis
Vortrag im Rahmen der Jahrestagung des Fachverbandes
Glücksspielsucht
Berlin, 08. Dezember 2006

In einem Gespräch mit einem unserer türkischen Patienten der Glücksspielergruppe, das vor einiger Zeit stattfand, fühlte dieser sich von mir offensichtlich nicht richtig verstanden. Er beklagte bitter die Folgen seiner Glücksspielsucht und war verzweifelt darüber als Familienoberhaupt schmachvoll versagt zu haben. Meine Interventionen zielten darauf ab seine Eigenverantwortung, damit aber auch seine Handlungsfähigkeit zu betonen. Irgendwann wurde es ihm sichtlich zu viel und er quittierte meine Bemühungen mit der entnervten Antwort: „Ey, du bist der Doktor, sagst du mir wie geht.“

Echt krass, aber voll korrekt im kulturellen Kontext meines Gegenübers.

Von der türkisch-orientalischen Kultur geprägte Patienten folgen einem eigenen Krankheitsverständnis und Änderungskonzept. Dies möchte ich nachfolgend kurz umschreiben und davon ausgehend auf einige Grundzüge für mögliche, sich ableitende therapeutische Interventionen in der Arbeit mit pathologischen Glücksspielern hinweisen.

Betrachten wir uns jedoch zunächst den **Anteil ausländischer Patienten in unserem Behandlungssystem.**

Der Gesamtausländeranteil in Deutschland beträgt derzeit 8,8% (2005), das sind in absoluter Zahl rund 7,3 Mio. Menschen. 2,1 Mio. aller ausländischen Personen (=32%) kommen aus den verschiedensten Mitgliedsstaaten der EU. 1,76 Mio. der bei uns lebenden Ausländer haben die türkische Staatsangehörigkeit. Sie bilden somit die größte Einzelgruppe unter den Ausländern.

Trotz einer Ausländerquote von knapp 9 Prozent beträgt nach VDR-Angaben (1996) **der Anteil ausländischer Versicherter bei stationären Entwöhnungsbehandlungen lediglich 4 Prozent.**

Vor diesem Hintergrund habe ich überprüft wie hoch der Ausländeranteil bei den in unserer Klinik behandelten pathologischen Glücksspielern ist und dabei Überraschendes festgestellt:

Der Kollege Dr. Jörg Petry berichtete in einem Beitrag zur DHS-Tagung im Jahr 1997 von 12% Migranten unter unseren glücksspielsüchtigen Patienten (n=100).

Meine aktuellen Auswertungen für das Jahr 2005 und das erste Halbjahr 2006 (n=305) ergaben einen **Anteil von 17,4% ausländischen Glücksspieler (n= 53).** Der Anteil türkischer Patienten innerhalb dieser Gruppe betrug rund 40%. Eingerechnet sind hier alle Patienten nicht-deutscher Staatsangehörigkeit sowie deutsche Staatsbürger ausländischer Herkunft.

Um die Bedeutung des Anteils von mehr als 17% unter unseren Patienten mit pathologischem Glücksspiel zu erfassen, müssen wir diese Zahl in Relation setzen zu den gerade einmal 4%

Ausländern die in Deutschland eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nehmen. Da die Fachklinik Münchwies über kein spezifisches Therapiekonzept für ausländische Glücksspieler verfügt, wir deshalb also von diesem Personenkreis nicht bevorzugt ausgewählt werden, liegt der Rückschluss nah, dass Menschen mit einer vorrangig nicht-deutschen Sozialisation gehäuft dem Glücksspielen verfallen. Eine Diskussion dieses Befundes würde den Rahmen dieses Beitrags überschreiten. Es besteht jedoch durchaus weiterer Klärungsbedarf bzgl. dieser eindrücklichen Zahl.

Unabhängig von den Ursachen verweist der hohe Ausländeranteil unter unseren Patienten auf die Notwendigkeit deren Krankheitskonzepte, die sich offensichtlich von den unseren unterscheiden, möglichst genau zu verstehen und davon ausgehend geeignete therapeutische Angebote zu entwickeln und einzusetzen.

Therapeutisch relevante kulturspezifische Merkmale der Zielgruppe

Unsere mitteleuropäische Kultur wird von der Bedeutung der Individualität des Menschen geleitet. Folglich sind Begriffe wie Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung von entscheidender Bedeutung für das Selbstbild der hier Sozialisierten. Therapie verstehen wir als einen Veränderungsprozess, der durch Einsicht und Neulernen auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns erfolgt. Die Selbstverwirklichung des Patienten ist dabei eines der übergeordneten Ziele.

Betrachten wir uns vor dieser Folie den kulturellen Hintergrund unserer ausländischen Patienten:

1. Migranten stammen überwiegend aus Lebenskonstellationen, die **durch die Gemeinschaft bestimmt** sind. Der Einzelne ist wichtig im Sinne seiner Einbettung in das übergeordnete System von Familie und Nachbarschaft. Das „Ich“ tritt in den Hintergrund zum Wohle des „Wir“. Der Familie kommt bereits in südeuropäischen Ländern, wie Italien und Spanien, deutlicher jedoch noch im türkisch-orientalischen Kulturraum, herausragende Bedeutung zu. Ihr Ansehen zu bewahren steht stets im Vordergrund.

2. In der Türkei und hier vor allem in den ländlichen Regionen, begegnen uns noch die **klassisch patriarchalischen Rollenmuster**, deren Bedeutung wir in der Therapie nicht unterschätzen dürfen. Wir haben es mit einem anderen internalisierten Bild von der Rolle des Mannes, der Frau und der Familie zu tun. Oberhaupt der Familie ist der Vater. Die Aufgaben der Frau ergeben sich vor allem aus der Mutterschaft, der Haushaltsführung und der emotionalen Unterstützung der Männer. Eine weitere wichtige Unterscheidung beeinflusst die psychotherapeutische Arbeit mit Migranten. Bei den westlich geprägten Gesellschaften handelt es sich um internalisierende Kulturen, d.h. Verhaltensrichtlinien werden bestimmt über interne Wertesysteme, wie das Gewissen und die Moral. Die Verantwortung für „richtig“ und „falsch“ obliegt somit dem Einzelnen.

3. **Die orientalische Kultur ist externalisierend** und betont weitaus stärker die äußere Kontrolle durch allgemeingültige Verhaltensnormen gegen die nicht verstoßen werden darf. Geschieht es dennoch reagiert die Gesellschaft mit harten Sanktionen. Menschen, die unter entsprechenden Sozialisationserfahrungen aufgewachsen sind neigen demnach auch viel stärker zu einer externalen Betrachtung der Verursachung persönlicher Probleme und Schwierigkeiten. „Es ist der Teufel, der mich wieder zum Spielen verleitet hat...“, solche Sätze sind es, die diese Haltung spiegeln.

4. Von zentraler Bedeutung für die Menschen des hier angesprochenen Kulturraums sind weiterhin **die Begriffe Ehre, Stolz und Scham**. Persönliche Probleme und inner-familäre Konflikte sollen möglichst nicht nach außen dringen. Es ist wichtig das Gesicht zu wahren, nicht beschämt und im eigenen Stolz gekränkt zu werden. Daraus ergeben sich bereits wichtige Hinweise auf die erforderliche besondere Achtsamkeit im Umgang mit diesem Personenkreis.

5. Als letztes sei die **Religion** als wertestiftendes und handlungsleitendes System angesprochen. Erfahrungsgemäß haben die Vorgaben des Koran für Muslime eine stärker verpflichtende Bedeutung als wir es für uns von unserer Religion und Gesellschaft her kennen. Folglich besteht aber auch die Chance den religiösen Verhaltenskodex und dessen Wertvorgaben im Rahmen der Therapie unterstützend einzusetzen.

Vor dem Hintergrund der hier skizzierten fünf Eckpunkte habe ich zusammen mit meiner Kollegin Jutta Schmitt einen 10 Item umfassenden **Fragebogen** entworfen, der darauf abzielt die impliziten Wertvorstellungen unserer glücksspielsüchtigen Patienten genauer zu erfassen. Der Fragebogen enthält Aussagen zur Wichtigkeit der Familie, zur Rolle des Vaters und Mannes, der Bedeutung von Geld, Religion und Ehre sowie zu impliziten Änderungskonzepten. Leider konnten wir bisher erst von einer kleinen Stichprobe von 20 Patienten den Bogen auswerten. Erwartungsgemäß fanden wir signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der 10 deutschen Patienten im Vergleich mit 8 türkischen, einem griechischen und einem tunesischen Patienten. Während die deutschen Teilnehmer bei der Bedeutung der hier angegebenen Wertemuster einen Rohwert von 5,5 erzielten ergaben die Antworten der ausländischen Personen einen mehr als doppelt so hohen Wert von 12,2. Die Antworttendenz der überwiegend türkisch-orientalisch sozialisierten Menschen betont somit weitaus stärker die Bedeutung der Familie, der Meinung des Vaters, der dominierenden Rolle des Mannes, der Wichtigkeit der Religion und der Verinnerlichung eines eher externalisierenden Krankheitskonzeptes. Auch die Frage nach der Bedeutung einer kulturell homogen zusammen gesetzten Gruppe ergab Unterschiede bei den deutschen und den ausländischen Patienten: alle 10 Deutschen gaben an, dass sie in einer homogenen Gruppe nicht leichter über ihre Probleme sprechen könnten. Die türkischen Patienten haben keine überragende aber dennoch eine tendenziell stärkere Affinität zu einer kulturspezifisch zusammen gesetzten Therapiegruppe (Durchschnittswert =1,2 vs 0,0). Die vorläufig gefundenen Ergebnisse sind zunächst einmal eine Bestätigung unserer Eingangshypothese.

Einige mögliche Schlussfolgerungen der hier referierten Befunde für die therapeutische Praxis:

1. Eine verstehende Grundhaltung: Es gilt zu beachten, dass pathologische Glücksspieler mit prägender orientalistisch-türkischer Sozialisation anderen impliziten Wertvorstellungen folgen als deutsche Patienten. Es hilft, wenn wir uns immer wieder um eine verstehende und einführende Haltung in die andere, für uns meist fremde Innenwelt unserer ausländischen Patienten bemühen. Dabei wird eine Chance erkennbar, die wir dann mit unserem Gegenüber teilen können: das Fremde muss nicht abgewehrt sondern kann integrierend angenommen werden. Sich zwischen den Kulturen zu bewegen mag bisweilen anstrengend sein, bereichernd ist es alle mal aber auch. Über die Grundhaltung hinaus können einige konkrete Vorgehensweisen den therapeutischen Prozess befördern.

2. „Nichts geht ohne die Familie“: Es ist erfahrungsgemäß nicht einfach Familienangehörige ausländischer Patienten in den therapeutischen Prozess mit einzubinden. Wir sollten aber in jedem Fall versuchen die Meinung der Familie und insbesondere des männlichen Oberhauptes zu erfassen und zu fokussieren.

3. „Tausend und eine Geschichte“: Narrative, Weisheiten und Sprichwörter sind hilfreich zur Verdeutlichung der jeweiligen Problematik, gleichsam aber auch zum Aufzeigen von Lösungswegen (Beispiel: der Teufel und der Engel auf der Schulter. Mehr dazu, siehe bei Nossrat Peseschkian). Externe Krankheits- und Änderungskonzepte sind weniger bedrohlich für das Selbst und sollten deshalb bewusst genutzt werden.

4. „Oh ihr, die ihr glaubt, siehe der Wein das Spiel die Bilder und die Pfeile sind ein Greuel von Satans Werk. Meidet sie; vielleicht ergeht es euch wohl“ (Der Koran, Sure 5/90) Viele der ausländischen Patienten haben eine mehr oder weniger enge Bindung an die Religion. Der Koran vermittelt, ähnlich wie die Bibel, Grundhaltungen, die als Gegenentwurf zu den Verhaltensmustern der Glücksspielsucht begriffen werden können (Beispiel: Sei nicht neidisch, besinne dich auf die wesentlichen Werte im Zusammenleben, achte den Nachbarn und dessen Besitz u.a.m.) Wir müssen keine Koranschulen besuchen um diese Zugänge zu öffnen. Meist reicht es, wenn wir unsere Patienten einladen zu erzählen und wir uns mit Ihnen in ihren Geschichten bewegen.

5. „Verliere nie Dein Gesicht“: Konfrontationen sind in der Therapie bisweilen unvermeidlich, aber sie dürfen nie entlarvend oder gar beschämend sein. Dies gilt auch und im Besonderen im Kontakt mit Männern des beschriebenen Kulturraums, bei denen wir oft schon anhand des äußeren Erscheinungsbildes und des ersten Eindrucks eine uns unangenehme Variante männlichen Narzissmus vermuten. Die Umsetzung der erforderlichen bedingungslosen Wertschätzung fällt erfahrungsgemäß leichter, je mehr wir von dem Menschen, seiner Biographie und seinem persönlichen Hintergrund verstehen.

6. Therapeutinnen: Vor dem Hintergrund der skizzierten gesellschaftlichen und kulturellen Regeln ist es für manche Männer orientalistischer Prägung geradezu unvorstellbar schambesetzte und selbstwert-verletzende Themen mit einer Frau zu erörtern. Diese mögliche Schranke gilt es wahrzunehmen und auf geeignete Art in der therapeutischen Arbeit zu beachten.

7 „Er versteht mich einfach besser“: Dieser Satz, bezogen auf einen türkischen Mitpatienten, hatte doppelte Bedeutung: er verstand ihn sowohl sprachlich als auch inhaltlich besser und dies war eine wichtige Erfahrung für die gesamte Therapie. Der Mitpatient war wie eine Brücke zu den anderen Patienten und dessen Verhalten. Erst mit seiner Unterstützung wurde es möglich wesentliche eigene Themen, die zunächst als unaussprechlich eingeordnet waren, zu äußern und zu klären. Gerade dann, wenn keine muttersprachlichen Therapeuten in der Einrichtung arbeiten, können Mitpatienten der eigenen Kultur und Herkunft vielfältige Verstehens- und Intergrationshilfen geben.

Eine Schlussbemerkung: Dem eingangs erwähnten türkischen Patienten habe ich Anfang der Woche in einem Gespräch die sieben hier dargestellten Hinweise für die therapeutische Praxis vorgestellt. Er hat sich alles mit großem Interesse angehört und schließlich gesagt: „Siehst Du, weißt du doch wie geht. Warum sagst du nicht gleich?“

Autorenanschrift:

Wolfgang Bensel
Psychosomatische
Fachklinik Münchwies
Turmstrasse 50 - 58
66540 Neunkirchen
Tel.: 06858/691-209
Mail: wbensel@ahg.de

- 5 -

Literatur:

Der Koran. Stuttgart: Philipp Reclam 1991

Krick, E.: Therapeutinnen in der Arbeit mit Männern aus anderen Kulturkreisen.

Tuna, S.: Die Berücksichtigung kultureller Hintergründe in der Suchtkrankenarbeit mit Migrantinnen.

Petry, J.: Die Behandlung der Glücksspielsucht bei Migrantinnen. jeweils in: DHS (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus 1998.

Peseschkian, N.: Der Kaufmann und der Papagei. Frankfurt: Fischer 1979.