

Wolfgang Bensel

Implizite Krankheitsvorstellungen bei ausländischen Glücksspielern

Die Verbreitung der Glücksspielsucht und ihre Folgen für die Betroffenen werden in Deutschland weithin unterschätzt. Obgleich valide empirische Studien fehlen, ist aufgrund internationaler Vergleiche eine Prävalenzrate von 0,5% für Deutschland anzunehmen (John 2005). Dies entspräche einer Anzahl von dreihundert bis vierhundert Tausend Betroffenen (siehe Kasten).

Aufgrund der langjährigen Erfahrung in der Therapie Glücksspielsüchtiger im Rahmen einer stationären Rehabilitationseinrichtung fällt uns seit vielen Jahren auf, dass ein nicht unerheblicher Anteil dieser Patientengruppe ausländischer Herkunft ist. Für unsere therapeutische Arbeit bedeutet dies regelmäßig mit Problemen des Verstehens und Verständigens konfrontiert zu sein. Uns begegnen andere als die eigenen Wertesysteme und schließlich auch andere Konzepte von Krankheit und Veränderung. Dies stellt an Beratung und Therapie ganz besondere Anforderungen – die ich im Folgenden darstelle.

„Herr Doktor – Sagen Sie mir wie es geht!“

Ich erinnere ein Gespräch mit einem türkischen Patienten, das vor einiger Zeit stattfand. Er beklagte die Folgen seiner Glücksspielsucht und war verzweifelt darüber, als Familienoberhaupt schmächtig versagt zu haben. Ich war durchaus überzeugt auf der Basis einer akzeptierenden und verstehenden Grundhaltung zu sein und meine Interventionen zielten darauf ab, seine Eigenverantwortung und damit seine Handlungsfähigkeit zu betonen. Er selbst würde einen Weg finden, die schwierigen Erfahrungen des Versagens zu integrieren und davon ausgehend seine Position als Ehemann und Vater in der Familie wieder einzunehmen, so meine vermeintlich unterstützenden Angebote. Irgendwann wurde es ihm mit meinen Interventionen jedoch merklich zu viel, und er quittierte meine Bemühungen mit der entnervten Antwort: „Ey, Sie sind der Doktor, also sagen Sie mir, wie geht! Wenn ich alles alleine weiß, brauch ich nicht hier sein.“

Mit etwas mehr Abstand zu meinem eigenen kulturellen Bezugssystem und meiner westeuropäischen Sozialisation, hätte ich mit dieser Reaktion eigentlich

rechnen können. Von der türkisch-orientalischen Kultur geprägte Patientinnen und Patienten folgen in der Regel einem eigenen Krankheitsverständnis und Änderungskonzept. Dessen Eckpunkte skizziere ich nachfolgend und davon ausgehend entwickle ich Grundzüge für ein personenzentriertes therapeutisches Arbeiten mit Glücksspielsüchtigen nicht-deutscher Herkunft. Einiges davon lässt sich aus meiner Sicht durchaus auf andere Personengruppen mit Migrationserfahrungen übertragen, die uns mehr oder weniger in allen psycho-sozialen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen begegnen.

Migrantenanteil und Glücksspiel

Immerhin beträgt der Ausländeranteil in Deutschland derzeit knapp 9%. In absoluter Zahl entspricht das rund 7,3 Millionen Menschen. Davon stammen 2,1 Millionen (=32%) aus den Mitgliedsstaaten der europäischen Union. 1,76 Millionen der bei uns lebenden Ausländer kommen aus der Türkei. Sie bilden damit die größte Einzelgruppe der in Deutschland ansässigen Ausländer. (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007)



Wolfgang Bensel
Psychosomatische
Fachklinik Münchwies
Turmstrasse 50 – 58
66540 Neunkirchen

Diplom Sozialarbeiter, Gesprächspsychotherapeut, Ausbilder in der GwG für Klientenzentrierte Gesprächsführung und Sozialtherapie. Seit 1984 in der stationären Rehabilitation Suchtkranker tätig. Zu den Arbeitsschwerpunkten zählt u.a. die therapeutische Arbeit mit pathologischen Glücksspielern.

Nach Angaben des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) sind ausländische Versicherte bei der Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen allerdings deutlich unterrepräsentiert. Insgesamt wurden nur 5,7% solcher Leistungen für ausländische Patienten erbracht. In stationären Entwöhnungsbehandlungen beträgt deren Anteil sogar lediglich 4% (VDR Statistik Rehabilitation, 1996). Dies deckt sich mit einer aktuellen Auswertung für unsere Klinik, bezogen auf rund 1.300 Patientenaufnahmen im Jahr (Abhängigkeitserkrankungen, psychische und psychosomatische Krankheitsbilder).

Vor diesem Hintergrund überrascht, wie hoch dem gegenüber der Ausländeranteil bei den behandelten pathologischen Glücksspielern ist. Im Jahr 2005

wurden in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies insgesamt 208 PatientInnen mit der Diagnose „Pathologische Glücksspielsucht“ behandelt. 11% dieses Personenkreises (n=23) waren keine deutschen Staatsbürger. 2006 betrug dieser Anteil sogar 16,6%. Berücksichtigt man neben dem formalen Kriterium der Staatsbürgerschaft das in diesem Zusammenhang viel wichtigere Merkmal der prägenden Sozialisations- erfahrung, so macht es Sinn auch jene Personen mit einzubeziehen, die bei deutscher Staatsbürgerschaft in einer ausländischen Familie aufgewachsen sind. So betrachtet hatten in den beiden Jahren zusammen 17,5% der Patienten einen Migrationshintergrund. Der Anteil türkischer Patienten innerhalb dieser Gruppe war mit 40% erwartungsgemäß hoch. Erst im Vergleich mit den 4 bis 6

Prozent ausländischen Versicherten in stationären Rehabilitationsmaßnahmen wird die Bedeutung dieser drei bis viermal so hohen Quote deutlich.

Die Fachklinik Münchwies verfügt über kein spezifisches Therapiekonzept für ausländische Patienten, und dieser Personenkreis wird auch nicht gezielt angesprochen. Die dargestellten Zahlen legen somit den Rückschluss nahe, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund eine behandlungsbedürftige Glücksspielsucht gehäuft vorkommt. Zum Verständnis dieser Annahme kann die Betrachtung der besonderen sozialen und psychischen Problemkonstellation von Migranten einen wichtigen Beitrag leisten.

Migration: Wenn das „gelobte Land“ zur „unwirtlichen Wüste“ wird

Migration kann grundsätzlich als belastendes Lebensereignis begriffen werden, das zu psychischen Problemen disponiert. Auswanderung, auch wenn frei gewählt, bedeutet Entwurzelung, Abschied nehmen von der Heimat, meist auch von der eigenen Kultur. Sich in der Fremde zu Recht zu finden stellt hohe Anforderungen. Allem voran bedeutet es in den meisten Fällen, sich zunächst kaum oder gar nicht verständigen zu können und nicht richtig verstanden zu werden. Es fehlen im wahrsten Sinn die Worte. So bedeutet Migration zunächst fast immer in der Sprachlosigkeit zu sein.

Zusätzlich sind insbesondere vielen Zuwanderern aus orientalischen Ländern unsere gesellschaftlichen Regeln und die kulturellen Rahmenbedingungen unvertraut. Die Werte und Normen des Gastlandes unterscheiden sich vom Gewohnten und machen es schwer, sich zu orientieren. Hinzu kommt, dass Migration gehäuft mit massiven sozialen und wirtschaftlichen Problemen korreliert. So erweist sich das „gelobte Land“ nicht selten als unwirtliche Wüste. Diese Realität gegenüber Familienangehörigen und Freunden in der Heimat einzugestehen, verbieten vielen Ausgewanderten ihre

Der aktuelle Hintergrund

Das staatliche Monopol für Sportwetten wird in Zukunft nur Bestand haben, wenn es konsequent an dem Ziel der Bekämpfung von Suchtgefahren ausgerichtet ist. Die ist die Kernaussage des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. März 2006.

Damit geriet einmal mehr das Thema Glücksspielsucht in Deutschland in den Interessensfokus der Politik und der Öffentlichkeit. Zu Recht. Denn die vielfältigen Erscheinungsformen des Glücksspielens, allen voran Automaten- und Casinospiele, haben sich in den vergangenen Jahren immens verbreitet. Die Folge: Seit 1998 verbucht der Staat über das Glücksspiel höhere Steuereinnahmen, als über die Besteuerung des Alkohols.

Das Bundesverfassungsgericht fordert bis Ende 2007 eine Neuregelung des Sportwettenrechts. Demnach könne das staatliche Sportwettenmonopol nur dann Bestand haben, wenn der Staat zukünftig auf Werbung verzichtet und stattdessen etwas gegen die Suchtgefahr unternimmt.

Zwar fehlt es in Deutschland noch immer an gesicherten epidemiologischen Daten zum Umfang des Problems. Nach einer von dem anerkannten Epidemiologen Prof. Ulrich John, im Auftrag des Fachverbandes Glücksspielsucht angefertigten Expertise, muss allerdings von einem Anteil Glücksspielsüchtiger ausgegangen werden, der dem der Abhängigen von harten Drogen vergleichbar ist. John schätzt eine Prävalenzrate von 0,5 für Deutschland. Dies würde einer absoluten Zahl von dreihundert bis vierhundert Tausend Betroffenen entsprechen. Der Greifswalder Forscher orientiert sich an wissenschaftlich fundierten Untersuchungen in vergleichbaren europäischen Ländern, wie Schweden und der Schweiz. Für viele psycho-soziale Arbeitsbereiche, allen voran der Sucht- und Schuldnerberatung, verweisen diese Erkenntnisse auf die Notwendigkeit dem Problem der Glücksspielsucht besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Wir haben es hier mit weit mehr als einem psycho-sozialen Randproblem zu tun.

Scham und ihr Stolz. Schließlich sind sie fort gegangen damit es ihnen besser gehen soll, damit sie den Daheimgebliebenen noch etwas abgeben können. Erfüllen sich diese Erwartungen nicht, ergibt sich ein weiterer, nicht zu unterschätzender psychischer Belastungsfaktor.

Ich habe in meiner Arbeit in den zurück liegenden Jahren keine Migranten kennen gelernt, die nicht den Anspruch an sich hatten, Geld an die Familienangehörigen in der Heimat zu schicken. Und die meisten haben diesen Anspruch auch erfüllt. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass Geld eine herausragende Bedeutung hat. Des Weiteren machen Auswanderer häufig die Erfahrung, dass die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe und der Status der Person nicht unwesentlich dadurch bestimmt wird, dass sie über ausreichende monetäre Mittel verfügen.

So gesehen fällt es nicht schwer zu verstehen, dass die vielfältigen Versprechungen von Lotterien, Internetspielen, Spielhallen und Casinos bei diesem Personenkreis auf besonders fruchtbaren Boden fallen. Um jedoch in den Kreislauf der Glücksspielsucht zu geraten, müssen zu den bereits beschriebenen Voraussetzungen weitere hinzukommen. Zwei zusätzliche Einflussgrößen sind in diesem Zusammenhang bedeutend: Bei psychischen Problemen, insbesondere solchen, die mit Selbstwertkrisen verbunden sind, liegt immer auch der kompensatorische Einsatz von Suchtmitteln und süchtigem Verhalten nahe. Welches Medium letztlich ausgewählt wird, bestimmt dabei nicht zuletzt die Anfangserfahrung, die mit dem jeweiligen Mittel oder der Verhaltensweise gemacht wurde. Bei süchtigen Glücksspielern fällt auf, dass fast alle Betroffenen in der frühen Phase des Spielens Gewinne zu verbuchen hatten. Etwas plakativ und vereinfacht ausgedrückt lässt sich sagen, das größte Pech der Spieler war ihr Anfangsglück!

Es ist also davon auszugehen, dass die sozio-kulturellen Besonderheiten, denen Migranten ausgesetzt sind, die spezifischen psycho-soziale Belastungsfaktoren und schließlich zufällige An-

fangsgewinne zur Glücksspielsucht disponieren. Nach eigener Erfahrung lässt sich in vielen Fällen die Häufung des Symptoms bei Migranten durch diese besondere Konstellation erklären. Darüber hinaus bestehen bei der Zielgruppe weitere spezifische Merkmale, die in einer Vielzahl von Beiträgen bereits ausführlich beschrieben wurden (vgl. Bessel und Gauls, 2001). Es soll deshalb hier nur in Kürze und ohne den Anspruch auf Vollständigkeit auf einige bedeutsame Faktoren hingewiesen werden.

Einsicht und Neulernen auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns erfolgt. Die Selbstverwirklichung des Klienten/Patienten ist dabei eines der übergeordneten Ziele.

Betrachten wir uns vor dieser Erfahrung den kulturellen Hintergrund unserer ausländischen Patienten, so erkennen wir eine Reihe von Unterschieden. In zwei Beiträgen eines Tagungsbandes der DHS (1998) beschreiben Tuna und Krick, dass die meisten Migranten aus



Individualität vs. Gemeinschaftssinn

Bereits die eingangs erwähnte Anekdote macht deutlich, dass unsere mitteleuropäische Kultur in besonderem Maß die Individualität des Menschen betont. Folglich sind Begriffe wie Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung von entscheidender Bedeutung für das Selbstbild der Person in unserer Kultur und Gesellschaft. Davon ausgehend verstehen wir Psychotherapie als einen Veränderungsprozess, der durch

Lebenskonstellationen stammen, die stark 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“. Bereits in südeuropäischen Ländern, wie Italien und Spanien, deutlicher jedoch noch im türkisch-orientalischen Kulturraum, kommt der Familie herausragende Bedeutung zu. Ihr Ansehen zu bewahren steht stets im Vordergrund.

Patriarchalische Rollenbilder

Des Weiteren sind, vor allem in ländlichen Regionen der Zuwanderungsländer, noch die klassisch patriarchalischen Rollenmuster vorherrschend. Wir haben es hier 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 daraus Mutter zu sein, den Haushalt zu führen, den Mann, emotional zu unterstützen.

Ein weiterer wichtiger Unterschied beeinflusst die psychotherapeutische Arbeit mit Migranten. Bei den westlich geprägten Gesellschaften handelt es sich um „internalisierende Kulturen“, d.h. Verhaltensrichtlinien werden weitgehend über interne Wertesysteme wie Gewissen und Moral bestimmt. Die Verantwortung für „richtig“ und „falsch“ liegt somit beim Individuum. Die orientalische Kultur ist hingegen externalisierend ausgerichtet; sie betont weitaus stärker die äußere Kontrolle durch allgemeingültige Verhaltensnormen gegen die der Einzelne nicht verstoßen darf. Geschieht es dennoch, reagiert die Gesellschaft mit harten Sanktionen.

Menschen, die unter solchen Sozialisierungserfahrungen aufgewachsen sind, neigen demnach auch viel stärker dazu, persönliche Probleme und Schwierigkeiten externen Ursachen zuzuschreiben „Es ist der Teufel, der mich wieder zum Spielen verleitet hat...“, solche Sätze sind es, die beispielhaft diese Haltung spiegeln.

Besonders bedeutend für Menschen vor allem des orientalischen Kulturraums sind weiterhin die Begriffe Ehre, Stolz und Scham. Persönliche Probleme und innerfamiliäre Konflikte sollen möglichst nicht nach außen dringen. Es ist wichtig „das Gesicht zu wahren“, nicht beschämt und im eigenen Stolz gekränkt zu werden. Schließlich gilt die Religion als Werte stiftendes und handlungsleitendes System. Erfahrungsgemäß haben die Vorgaben des Korans für viele Muslime eine stark verpflichtende Bedeutung, stärker als wir es von der christlichen Religion in unserer Kultur kennen. Anderer-

seits besteht damit aber auch eine große Chance, den religiösen Verhaltenskodex und dessen Wertvorgaben im Rahmen der Therapie unterstützend einzusetzen (Krick und Tuna, 1998).

Kulturspezifischer Fragebogen

Ausgehend von den skizzierten Eckpunkten haben wir in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies einen 10 Item umfassenden Fragebogen entworfen. Er zielt darauf ab, die impliziten Wertvorstellungen unserer glücksspielsüchtigen Patienten genauer zu erfassen. Er enthält Fragen zur Wichtigkeit der Familie, zur Rolle des Vaters und Mannes, zur Bedeutung von Geld, Religion und Ehre sowie zu impliziten Veränderungskonzepten (Schmitt und Bense, 2006).

Eine erste Stichprobe von zunächst 20 Patienten, die überprüft wurde, belegt signifikante Unterschiede bei den Antworten der deutschen Patienten im Vergleich mit den türkischen, griechischen und tunesischen Patienten. Erwartungsgemäß betont die Antworttendenz der überwiegend türkisch-orientalisch sozialisierten Personen 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 als die der deutschen Patienten.

Auch die Frage nach der Bedeutung einer kulturell homogen zusammen gesetzten Therapiegruppe ergab Unterschiede zwischen den deutschen und den ausländischen Patienten: Alle deutschen Befragten gaben an, dass sie in einer homogenen Gruppe nicht leichter über ihre Probleme sprechen könnten, während die ausländischen Patienten zwar keine überragende aber dennoch eine tendenziell stärkere Affinität zu einer kulturspezifisch zusammen gesetzten Therapiegruppe beschreiben.

Die dargestellten Ergebnisse sind nur erste, vorläufige Hinweise, aber sie geben bereits eine Orientierung dafür, wie therapeutische Beziehungen und

die Aufmerksamkeit für die spezifischen Problembereiche der Zielgruppe gestaltet werden sollten. Demnach bietet der Personzentrierte, gesprächspsychotherapeutische Ansatz eine in besonderem Maß geeignete Grundlage für die beratende und psychotherapeutische Arbeit mit Migranten. Dies korrespondiert mit meiner eigenen Erfahrung und wird nachfolgend anhand einiger ausgewählter Eckpunkte verdeutlicht.

Prozessbegleitende personzentrierte Haltung

Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass pathologische Glücksspieler mit Migrationshintergrund spezifischen, impliziten Wertvorstellungen folgen. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, zunächst durch eine verstehende, einführende und nicht wertende Haltung die fremde Außen- und Innenwelt der ausländischen Patienten zu erfassen. Dadurch, dass wir das Fremde interessiert annehmen, äußern wir bereits jene Haltung, die es dem Klienten selbst ermöglichen kann, das wiederum ihm Fremde integrierend und nicht abwehrend zu erfassen. So wird deutlich, dass der Platz zwischen den Kulturen bisweilen anstrengend, aber eben auch bereichernd sein kann. Ein Gesichtspunkt, der bei den vielen belastenden Faktoren oft verloren geht.

Sprachbarrieren

Mehr oder weniger ausgeprägte Sprachbarrieren, die als ein zentrales migrationsspezifisches Belastungselement zu begreifen sind, können diesen Verstehensprozess hier allerdings stark belasten. Letztlich sind persönliche Erfahrungen, kulturelle Normen und Werte sowie gesellschaftliche Verhältnisse bestimmend für das Selbstkonzept eines Menschen. Das wichtigste vermittelnde Medium in der Kommunikation mit den anderen ist und bleibt die Sprache. In ihr äußern sich Gedanken und Gefühle sowie kulturelle und soziale Erfahrungen und Bewertungen. Als Beraterinnen/Berater und Therapeutinnen/Therapeuten erfassen wir die subjektive

Wirklichkeit unseres Gegenübers durch einen Verstehensprozess, der wesentlich dadurch bestimmt wird, dass wir einen gemeinsamen kulturellen und sozialen Hintergrund teilen. In der Arbeit mit Migranten fehlt uns aber genau diese gemeinsame Grundlage und zusätzlich erschwerend steht das vermittelnde Medium der Sprache oft nur eingeschränkt zur Verfügung.

Empathie im Sinne eines vertieften Verstehens des anderen ist hier also in ganz besonderem Maß gefordert. Berater und Therapeuten, die in personenzentrierten Verfahren ausgebildet sind, bringen beste Voraussetzungen mit, dieser schwierigen Aufgabe zu bewältigen – auch wenn dies, wie in der anfangs beschriebenen Anekdote nicht immer umgehend zu Erfolgen führt. Befördert wird der personenzentrierte Prozess durch eine neugierig-freundliche Grundhaltung, sowie das Verständnis für die Besonderheiten des sozio-kulturellen Hintergrunds der Klienten.

Die Angehörigen der Zielgruppe, über die ich hier berichte, stammen, wie gesagt, überwiegend aus Gebieten, in denen ein an der Gemeinschaft, an Autorität, Respekt und Ehre orientiertes Wertverständnis vorherrscht. Dies kontrastiert nicht unerheblich mit den Zielvorstellungen westlich geprägter Beratungs- und Therapiekonzepte, in denen die Individualität besonders stark betont wird. Folglich sind in unserem Bezugssystem Begriffe wie Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit von viel größerer Bedeutung (Tuna, 1998). Wir sollten uns diese Unterschiede vor Augen halten und berücksichtigen, dass Veränderungsprozesse der Migranten sich auf andere Art und Weise vollziehen werden, als wir es bei deutschen Klienten und bei uns selbst gewohnt sind.

Systemisches Denken

Folglich ist hier systemisches Denken gefragt, d.h. beispielsweise darauf zu achten, welche Haltung das Familienoberhaupt vertritt. Nicht zu begreifen, was die Familie zu diesem oder jenem

Problem denkt, bedeutet, den Klienten in seinem Bezugssystem und seiner Wirklichkeit nur unvollständig zu erfassen. Es ist erfahrungsgemäß nicht einfach, Familienangehörige ausländischer Patienten persönlich in den therapeutischen Prozess einzubinden. Es sollte aber in jedem Fall versucht werden, die Meinung der Familie und die Auswirkungen von Änderungsschritten auf dieses System zu erfassen und zu fokussieren.

Hier, wie in allen anderen erwähnten Bereichen, geht es immer darum, zunächst zu verstehen und zu begreifen und sich einer frühen Bewertung des Fremden zu enthalten. Über die Erzählungen der ausländischen Klienten erschließen sich deren Lebenswelten. Gleichmaßen sind für uns Therapeuten und Berater Geschichten, Gleichnisse oder Bilder oft sehr wertvolle Angebote, um neue Perspektiven aufzuzeigen. Narrationen und Geschichten ermöglichen einen vorsichtigen, bisweilen auch distanzierten Zugang zu Problemen und deren Lösung. Sie können anrührend, fröhlich oder überraschend sein, und sie bieten die Möglichkeit, vorsichtig mit neuen Sichtweisen zu experimentieren. So ist es Glücksspielsüchtigen beispielsweise möglich den erlebten „Spieldruck“ zu externalisieren, etwa über das Bild des Teufels, der ihnen die Versuchung zum Rückfall einflüstern will. Hier kann es dann hilfreich sein, einen Engel als „Gegenspieler“ einzuführen und dessen abstinenz-bewahrenden Verbalisierungen mit dem Patienten gemeinsam zu entwickeln. Eine ergiebige Fundgrube und Anregung für tausend und eine Geschichte sind die Bücher des seit langem in Deutschland lebenden persischen Arztes und Therapeuten Nossrat Peseschkian (Peseschkian, 1979).

Die Bedeutung der Religion

Die Religion gibt uns einen weiteren Einblick in die Lebenswirklichkeiten ausländischer Klienten und Patienten. Dies zeige ich am Beispiel eines türkischen Glücksspielsüchtigen auf: Der Klient hatte bereits mehrfach angedeutet, dass sein islamischer Glaube, ihm wichtige Leitlinie für sein Leben sei. Ich bat ihn

darum, zu erzählen welche Geschichten und Vorgaben des Korans für ihn in seiner Situation von besonderer Bedeutung seien. Er wusste um das im Koran explizit ausgesprochene Glücksspielverbot, ohne die Textstelle genau zu kennen. Wir machten uns also gemeinsam auf die Suche und fanden in Sure 5/90 die Textpassage: „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, 1991).

Während eines Therapieurlaubs nahm er Kontakt zu einem Schriftgelehrten seiner Gemeinde auf und sprach mit ihm über die Bedeutung dieses Verbotes, worüber er anschließend den Mitpatienten der Therapiegruppe und mir berichten konnte. Ihm sei klar geworden, dass es in den Vorgaben der Religion um viel mehr als um Verbote gehe. Dort werde von dem Gläubigen eine Grundhaltung gefordert, die beispielsweise den Besitz des anderen achte und den Neid verurteile. Durch seine Fixierung auf das Glücksspiel und das dafür erforderliche Geld habe er sich von diesem für ihn bedeutsamen Lebenskonzept zunehmend entfernt. So erlebe er jetzt seine Sucht und deren intra-psychische Auswirkungen wie einen Gegenentwurf zu den von ihm verinnerlichten Werten. Als wir diese spezifische Inkongruenz bearbeiten konnten, ergaben sich für die gesamte Therapie des Patienten wichtige Fortschritte.

Die beschriebene Vorgehensweise betont eine respektvolle, anerkennende, eben wertschätzende Haltung dem Fremden gegenüber. Diese Form der Toleranz entspricht einem bedeutsamen Merkmal im zwischenmenschlichen Umgang innerhalb des hier beschriebenen Kulturraums.

Konfrontationen und Umgang mit Scham

Vor diesem Hintergrund müssen wir mit Konfrontationen im Rahmen der Therapie besonders sensibel umgehen. Bei allem, was an Schwierigem und Kritischem gesagt werden muss, gilt es die

Werte Respekt, Achtung und Ehre zu berücksichtigen. So sollen Konfrontationen, ohne die es gerade in Suchttherapien nicht geht, niemals entlarvend oder verletzend sein. Der Andere muss immer sein Gesicht, seine Würde bewahren, sonst wird er sich aus dem Therapieprozess offen, oder was wohl häufiger geschieht, heimlich verabschieden. Häufig erfährt der Therapeut dies als letzter oder gar nicht. Neben den Konfrontationen sind es die schambesetzten Themen, die mit besonderer Sorgfalt zu beachten sind. Dies bedeutet: Wenn wir Scham begreifen wollen, müssen wir ihre konnotative Bedeutung erfassen, d.h. der kulturelle Kontext ist auch hier von ausschlaggebender Bedeutung. Ihn zu kennen muss nicht voraus gesetzt werden, auf ihn zu achten und ihn begreifen zu wollen sollte hingegen Grundlage einer jeden personzentrierten Therapie sein.

Gruppenarbeit

Es ist keine einfache Aufgabe Migranten vor dem Hintergrund unserer eigenen Kultur und Sozialisation zu verstehen. Vor allem aufgrund unserer sprachlichen Einschränkungen, sind dem Grenzen gesetzt. In diesem Zusammenhang möchte ich die vielfältigen Möglichkeiten verdeutlichen, die therapeutische Gruppen bieten. Seit wir in unserer Klinik bewusst mit dem hohen Anteil ausländischer Patienten bei den Glücksspielsüchtigen umgehen, bemühen wir uns, Menschen gemeinsamer ethnischer Herkunft in einzelnen Gruppen zusammen zu führen. So bot sich beispielsweise die Möglichkeit zeitgleich drei Patienten aus Tunesien in einer Indikationsgruppe zu behandeln, was für alle Beteiligten ein großer Gewinn war.

Für die tunesischen Glücksspielsüchtigen ergaben sich sehr häufig Situationen, in denen sie sich untereinander mit viel gegenseitigem Verständnis begegneten ohne dass sie sich dadurch von der Gruppe abgesondert hätten. Ich erinnere mich auch an eine schwierige Situation mit einem türkischen Mann, der sich zunächst nicht im Stande sah, offen zu legen, wie sehr ihn die Erwar-

tungen seines Vaters beschäftigten, sich von seiner deutschen Partnerin zu trennen und in der Türkei eine von der Familie ausgewählten Frau zu heiraten. Welch hohe persönliche Bedeutung die sich hier äußernden traditionellen Wertemuster für den Klienten hatte, hat später alle deutschen Mitpatienten und mich gleichermaßen überrascht. Ein türkischer Mitpatient wurde in dieser Situation zum Bindeglied zu den anderen Patienten und zu mir. Erst mit seiner Unterstützung wurde es möglich, wesentliche Themen, die zunächst als unaussprechlich eingeordnet waren, zu äußern und zu klären. So zeigte sich hier einmal mehr, dass Mitpatienten der eigenen Kultur und Herkunft vielfältige Verstehens- und Integrationshilfen geben können.

Eine Schlussbemerkung

Zum Schluss noch eine Anmerkung zu dem eingangs erwähnten türkischen Mann, der sich von mir nicht ausreichend verstanden gefühlt hatte. Ich stellte ihm einige Wochen nach der oben beschriebenen Begegnung Grundzüge eines Vortrages zur Behandlung von ausländischen Glücksspielern vor, den ich Tage später bei einer Fachtagung zu halten hatte. Darin fanden sich auch konkrete Hinweise für die therapeutische Praxis. Er hörte sich das alles interessiert an und sagte schließlich: „Sehen Sie, wissen Sie doch wie geht. Warum sagen Sie nicht gleich?“

Ja warum eigentlich nicht...?

Literatur

- Bensel, W. und Gauls, F.: Zur Symptomatik und Therapie des pathologischen Glücksspiels aus klientenzentrierter Sicht. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 3/01, 145 - 150.
- Der Koran. Stuttgart: Philipp Reclam 1991.
- John, U.: Bedarf epidemiologischer Forschung über pathologisches, problematisches und riskantes Glücksspielen in Deutschland. Herford: unveröffentlichte Broschüre des Fachverband Glücksspielsucht 2005.
- Krick, E.: Therapeutinnen in der Arbeit mit Männern aus anderen Kulturkreisen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus 1998.
- Tuna, S.: Die Berücksichtigung kultureller Hintergründe in der Suchtkrankenarbeit mit Migranten. In: DHS (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus 1998.
- Petry, J.: Die Behandlung der Glücksspielsucht bei Migranten. In: DHS (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus 1998.
- Peseschkian, N.: Der Kaufmann und der Papagei. Frankfurt: Fischer 1979.
- Schmitt, J. und Bensel, W.: Fragebogen zu impliziten Wertvorstellungen pathologischer Glücksspieler. Münchwies: 2006 (unveröffentlichter Fragebogen).
- Statistisches Bundesamt, Wiesbaden: 2007-04-17
- VDR – Statistik Rehabilitation. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Frankfurt: 1996.