

Das Pendel der Integration – Konstellationen des Drogenmissbrauchs im interkulturellen Kontext

Sebastian Leikert, Anette Brock, Peter Brüseke¹

Abstract

Mit der vorliegenden qualitativ psychoanalytischen Studie wird nach den Motiven und Konfliktlagen gefragt, die zu polytoxikomanem Substanzmissbrauch im interkulturellen Kontext führen. Wir gingen dem Eindruck nach, dass Patienten mit muslimischem bzw. russischem Hintergrund aus anderen Gründen Drogen konsumieren als deutsche Patienten. Es zeigte sich, dass in der Tat die Fixierungsstelle bei deutschen Patienten in der Primärbeziehung lag, während die Primärbeziehung bei muslimischen bzw. russisch stämmigen Patienten in je verschiedener Weise ausreichend gut bzw. verwöhnt gewesen war, sodass primäre Größenphantasien nicht abgebaut wurden. Der Konfliktschwerpunkt lag bei beiden Gruppen in je unterschiedlicher Weise im Übergang zu männlichen Identifizierungen, d.h. bei Eintritt in den Ödipuskomplex. Weiterhin beschreiben wir spezifische Schwierigkeiten, wenn die Migration in die sensible Phase der Adoleszenz fällt. Neben biographischen Momenten untersuchten wir, wie das „Pendel der Integration“ – unser Begriff für den Prozess des Vertraut-Werdens im interkulturellen Raum – auch für die Ausrichtung der Behandlungstechnik und die Dynamik der Forschungsbeziehung eine Rolle spielt.

Schlüsselwörter: Drogenkonsum, interkultureller Kontext, Migration, muslimischer Ödipuskomplex, russischer Ödipuskomplex, Adoleszenz, Forschungsbeziehung.

Der Prozess der Integration

Ob Migration und Integration gelingen ist keine Frage, die mit Ja oder Nein beantwortet werden kann und auch keine, die mit dem Erwerb der deutschen Sprache abgeschlossen wäre. Weder Vorurteil noch Idealisierung helfen weiter. Was man von der psychoanalytischen Erforschung des interkulturellen Raums erwarten darf, ist der Versuch, möglichst klar den Vorgang der Migration zu beschreiben und Punkte herauszuarbeiten, an denen dieser Prozess scheitern kann. Zur Komplexität des Geschehens gehört auch, dass man nicht von *der* Migration sprechen kann, sondern dass es *kulturell spezifische Konstellationen* gibt, mit denen zu rechnen ist. Integration kann nur dann gelingen, wenn beide beteiligten Kulturen sich kennen lernen. Diese Erfahrung bildet sich in der psychoanalytischen Untersuchung bereits innerhalb des

¹ Am Gelingen der Studie waren folgende Personen als Mitglieder der Forschungsgruppe beteiligt: Anette Brock, Erhan Sezer, Jürgen Graudenz, Claudia Metelmann, Angela Möller, Monika Radojewski, Wladimir Steinbrecht. Ihnen sei herzlich für die lebhafte und konfliktbereite Diskussion gedankt.

Forschungsprozesses ab und muss, bis hinein in die spezifische Rollenverteilung innerhalb der Forschungsgruppe, Berücksichtigung finden (siehe unten).

In diesem Artikel geht es um den Prozess der Migration im Kontext von Biographien, in denen massive Drogenabhängigkeit besteht. Die Studie wurde an der Fachklinik Bussmannshof durchgeführt. Es ist die dritte qualitative Studie, die mit finanziell bescheidenem Aufwand zur Beforschung von Themen der stationären psychoanalytisch orientierten Psychotherapie mit polytoxikoman abhängigen Patienten vorgelegt wird (Leikert 2001, Leikert et al. 2000, 2013). Ausgangspunkt war der Eindruck, dass verschiedene Patientengruppen aus unterschiedlichen Gründen Drogen konsumieren. Konkret gingen wir dem Eindruck nach, dass sich die Patientengruppen mit muslimischem und russisch stämmigem Hintergrund von denen mit deutschem Hintergrund unterscheiden und dass wir noch zu wenig über diese Unterschiede wissen.

Dabei beschreiben wir schwierige Biographien. Patienten mit massivem Drogenmissbrauch haben in aller Regel keine erfolgreiche Migrationsbiographie. Dies beinhaltet aber in keiner Weise eine generell pessimistische Perspektive für das Thema der Integration. Sehr oft wurde deutlich, dass nur bei einem Familienmitglied die Aufgabe der Integration misslang. Dabei scheint es besonders schwierig zu sein, wenn der Kulturwechsel in den Zeitraum der Adoleszenz fällt (Blos 1962). Einerseits sind unsere Forschungsergebnisse also recht eingeschränkt gültig und beziehen sich auf biographische Kontexte, in denen die Migration nur schlecht gelingt. Andererseits bietet dies einen Erkenntnisvorteil: Diese Biographien zeigen in der grellen Deutlichkeit des Scheiterns Bruchstellen, mit denen sich auch erfolgreiche Migrationsbiographien auseinandersetzen haben.

Die andere Kultur kennenlernen

In der psychoanalytischen Literatur zu Themen der Migration werden fast regelhaft die Schwierigkeiten des Untersuchers thematisiert, eigene rassistische Vorurteile zu erkennen und durchzuarbeiten, um eine Beziehung zum Migranten aufbauen zu können (Devereux 1984, Kristeva 1990). Dieser Aspekt ist wichtig und wird in unserer Untersuchung methodisch reflektiert. Bei der Anstrengung den eigenen „inneren Rassismus“ zu überwinden (Davis 2016) bleibt dann aber paradoxerweise die Beziehung zum anderen ein wenig auf der Strecke. Durch den Akzent auf politisch korrekter Selbstkritik wird nicht beschrieben, wer der andere denn nun ist und mit welchen Konstellationen wir zu rechnen haben, wenn wir ihm begegnen. Von den neun Artikeln des aktuellen Doppelheftes der Psyche zu den Themen *Heimat Fremdheit Migration* beschäftigen sich sieben von neun der Artikel mit den Abwehrprozessen des Untersuchers (Bohleber 2016). Vielleicht entspricht dies der Vorsicht, den anderen im Prozess der Erkenntnis nicht imperialistisch zu kolonisieren, aber unserer Meinung nach kann und sollte sich der psychoanalytische Forschungsprozess diese Erkenntnis zutrauen, sonst verfängt sich die Kritik gerade in dem, was sie kritisiert, nämlich in der Selbstbezüglichkeit und gelangt nicht zur Fremderkenntnis. Zweifellos ist das Bild, das wir zeichnen, grob und unvollständig, aber eine erste Skizze ist besser als keine und kann als Ausgangspunkt für Differenzierung dienen.

Fragestellung

Die Fragestellung der Untersuchung war die nach den psychodynamischen Unterschieden in der Gruppe der Patienten mit deutschem, mit muslimischem und mit russischstämmigem Hintergrund. Die Gruppe der Patienten ohne Migrationsthema war quasi die Vergleichsgruppe. Immer wieder griffen wir auf unsere Untersuchung von 2001 zurück (Leikert et al., 2001). Sie bot einen Anker, an dem sich die Verschiedenheit der psychodynamischen Konstellationen plastisch darstellt. Konkret beschäftigen wir uns mit den Unterschieden

- der Frühbiographie
- des Eintritts in den Ödipuskomplex
- der Bedeutung der Adoleszenz und
- der Bedeutung der sozialen Gruppe, insbesondere innerhalb der stationären Psychotherapie.

Stichprobe

Untersucht wurden 19 Männer und eine Frau im Alter von 23 bis 42 Jahren. Vierzehn hatten einen muslimischen Hintergrund und kamen aus der Türkei, Marokko. Sechs Patienten hatten einen osteuropäischen oder russisch stämmigen Hintergrund, viele von Ihnen waren Russlanddeutsche, hatten also bereits in Russland eine sehr spezifische ethnische Situation erlebt. Die Motivation der auswandernden Familien reichte von der Arbeitsmigration bis hin zu einer Flucht vor sozialer Ausgrenzung, wir untersuchten keine Personen aus Kriegs- oder Krisengebieten.

Bereits in der Tatsache, dass wir überwiegend Männer untersuchten, liegt ein erstes Ergebnis der Studie. Die war der Fall, weil fast nur männliche Patienten dieser beiden Populationen Patienten unserer Einrichtung waren. Dieses Seitenergebnis der Studie zeigt, dass weibliche Migrantinnen offenbar gut geschützt gegen Drogenmissbrauch sind. Die einzige Frau unserer Studie lebt bereits in der zweiten Generation in der BRD.

Dies bestätigt den Eindruck etwa von Akhtar, dass der Kulturwechsel für Frauen leichter zu bewältigen ist als für Männer (Akhtar, 2007). Dies mag daran liegen, dass der Übergang von einer eher patriarchal organisierten sozialen Ordnung in eine offenere Gesellschaft für Frauen chancenreicher ist als für Männer. Wir glauben aber noch einen weiteren Aspekt hinzufügen zu können. Bei den deutschstämmigen Patienten konnten wir jeweils erkennen, dass das Zentrum der Störung im Bereich der Frühbiographie, d.h. innerhalb der präödiptalen Mutterbeziehung lag, während dies bei Migrantinnen nicht der Fall war. In unterschiedlicher Akzentuierung wurde die Biographie für männliche Patienten erst dort prekär, wo die Identifizierung mit dem Vater und den kulturell geprägten Männerbildern erforderlich wurde. Diesen Entwicklungsschritt von der Dyade mit der Mutter zur männlich dominierten Identität haben Frauen nicht zu leisten, weswegen, so vermuten wir, Drogen hier keine klinisch bedeutsame Rolle spielen.

Zur Methodik – Spannungen in der Forschungsgruppe und das Pendel der Integration

Die Stichprobe wurde mit Hilfe der Methodik der komparativen Kasuistik untersucht (Leikert 2001). Es wurde insgesamt 20 Kasuistiken zum gleichen Thema untersucht,

wobei die Einzelfälle systematisch miteinander verglichen wurden. Auf diesem Weg erarbeiteten wir eine abstrahierende und idealtypische Beschreibung der Psychodynamik zu den oben genannten Fragestellungen. Diese Beschreibung wurde fortlaufend befragt und verfeinert.

Geleistet wurde die kasuistische Arbeit dabei vom Team der Fachklinik Busmannshof. Ein Teil der Kollegen bildete mit mir zusammen eine Forschungsgruppe, die sich danach zur vertieften Diskussion und zur Weiterverarbeitung der Erkenntnisse in Richtung einer abstrakten Beschreibung der psychodynamischen Funde in gleicher Besetzung über den gesamten Forschungszeitraum traf. Diese Methodik war bereits bei den vorigen Studien angewandt worden (Leikert 2000, Leikert et al. 2000, 2013).

Interessant waren daher die spezifischen Unterschiede in der Psychodynamik der Forschungsgruppe. Aus dem Gedanken heraus, dass spezifische Informationen über kulturelle Hintergründe der Patienten hilfreich sein würden, war es uns wichtig gewesen, dass auch Mitglieder der Forschungsgruppe einen Migrationshintergrund hatten. Ein türkisch stämmiger Bezugstherapeut und ein russisch stämmiger Arbeitstherapeut waren Teil der Forschungsgruppe. Sie gerieten oft in eine spezifische Rolle, die zu moderieren dann meine Aufgabe war. Im Vergleich zu den vorherigen Forschungsprojekten erlebten wir vehemente Affekte von Wut, Scham und Ausgrenzungsangst. Im Mikroskop der Forschungsgruppe hatten wir also Spannungen zu containen und zu bearbeiten, wie sie in der Patientengruppe aufzufinden waren und auch den gesamtgesellschaftlichen Prozess bestimmen.

Wir hielten es für angemessen, diese Vorgänge selbst zu analysieren. Seit Devereux ist gut untersucht, dass die Begegnung mit fremden Kulturen Angst auslöst und wissenschaftliche Methodik häufig eingesetzt wird, um diese Angst zu bearbeiten; dieser Abwehrvorgang führt zu einer Verzerrung der Ergebnisse (Devereux 1984). Özdaglar hatte beschrieben, dass in einer psychoanalytischen Arbeitsgruppe zur Arbeit mit Migranten starke Spannungen aufkamen, die nicht bearbeitet wurden und zum unverarbeiteten Ausscheiden einzelner Mitglieder führten. Ethnische Unterschiede waren desintegrativ bearbeitet worden (Özdaglar 2015). Diese Spannungen hatten wir auch gespürt. Die Gruppe hatte eine spezifische Methode entwickelt, diese Spannung zu bearbeiten, die wir nach einer Weile als *das Pendel der Integration* bezeichneten.

Das Pendel der Integration

Die Begegnung mit anderen Kulturen lässt sich mit einem einfachen Bild aufschlüsseln: wir fremdeln in der Begegnung mit der fremden Kultur. Wie das fremdelnde Kind sich in der Situation der Fremdheit zunächst der Mutter zuwendet, dann aber nach der Affirmation der mütterlichen Bindung dem Fremden neugierig zuwendet, bis es erneut die Rückversicherung braucht, so lässt sich auch in der Begegnung mit der anderen Kultur eine pendelnde Bewegung zwischen dem zunächst ängstigenden Fremden, zur Versicherung der eigenen Kultur und wieder zurück zum Interesse an der fremden Kultur beschreiben (Gerlach 2009). In analoger Weise hat Akhtar darauf hingewiesen, dass der Prozess der Migration dann gelingt, wenn die Herkunftskultur durch einen Trauerprozess von Entwertung oder Idealisierung befreit wurde. Erst dann kann ein pendelnder Wechsel der Identifizierung zwischen Herkunfts- und aktueller Kultur gelingen (Akhtar 2007).

In der Forschungsgruppe konnten wir nun diese Pendelbewegung erkennen. Wenn etwa der Bericht über die Heiratsregeln der Osttürkei Angst, Scham und Entwertung auslösten, so ging die freie Gruppendiskussion danach in der Geschichte Deutschlands an den Punkt zurück, an dem man noch den Vater um die Hand der Tochter zu bitten hatte. Das Fremde wurde also angeeignet und in seiner ängstigen Fremdheit entschärft, indem die Rückversicherung in parallelen Strukturen der eigenen Kultur aufgesucht wurde. Der Vorgang war insbesondere deshalb interessant, weil die traditionellen Heiratsregeln der muslimischen Kultur einigermaßen bekannt sind. Offensichtlich setzt aber eingehendere Beschäftigung mit Migrationsbiographien starke Affekte frei, die auf diese Weise zu bearbeiten sind. Volkan hatte beschrieben, dass insbesondere in Situationen der Bedrohung, eigene ethnische Identifizierungen zur Sicherung des psychischen Gleichgewichts eine besondere Bedeutung bekommen (Volkan 1999). Es war für uns überraschend und aufschlussreich, wie deutlich sich die emotionale Atmosphäre veränderte, sobald wir über ethnische Verschiedenheiten zu sprechen begannen. In fast gleicher personeller Konstellation hatten wir ja schon zum Thema weiblicher Biographien und zum Therapieprozess bearbeitet und hierbei keine vergleichbar starken emotionalen Prozesse beobachtet.

Macht und Unwägbarkeit der Globalisierung führen überall auf der Welt zu Prozessen der ethnischen Desintegration. Kulturen, die vorher über lange Zeit friedlich zusammengelebt haben, verfeinden sich immer stärker. Auch in Deutschland, das zweifellos zu den Gewinnern der Globalisierung gehört, verschärfen sich derzeit ethnische Trennlinien. Gleichzeitig beobachten wir in Gesellschaften, die aktiv und reflektiert auf das Thema der Migration zugehen auch zunehmende Bereitschaft des persönlichen Engagements für Integration.

Der Mechanismus, den wir als das Pendel der Integration beschreiben, ist also in den verschiedensten Kontexten, vom gesamtgesellschaftlichen Prozess bis hinein in die Dynamik einer Forschungsgruppe, zu erkennen. Wir werden sehen, dass dieses Bild auch geeignet ist, Punkte zu markieren, an denen die Biographie der von uns untersuchten Personen strauchelt.

Psychodynamische Grundkonstellationen: Frühbiographie und ödipale Konstellationen bei deutsch stämmigen, muslimischen und russisch stämmigen Patienten

Wolfgang Rost untersucht am Beispiel des Alkohols grundsätzlich zwei Konstellationen des Missbrauchs von Suchtmitteln. Einmal kann es auf einer sehr grundlegenden Ebene der Selbstorganisation in einem Kampf des Ichs mit seinen verfolgenden inneren Objekten eingesetzt werden: „Mit dem Toxin vergiftet der Süchtige in sich letzten Endes die Mutter, die große Kastratorin aus analer und oraler Vorzeit“ (Rost 1994, S. 86). Daneben wird das Suchtmittel aber auch eingesetzt, um bei grundsätzlich intaktem Selbst spezifische Ichfunktionen zu unterstützen, die expansiven Charakter haben, man trinkt sich sozusagen Mut an. Diese Unterscheidung beschreibt erstaunlich trennscharf die Psychodynamik deutscher und Migrationsbiographien.

Bei Patienten deutscher Herkunft hatten wir festgestellt, dass das Konfliktgeschehen in einer Zurückweisung in der primären Beziehung wurzelt. Die Mutter hatte – in der Regel selbst traumatisiert – das Kind nicht narzisstisch besetzen können und es oft feindselig an die eigene Mutter oder Dritte weitergegeben. Dies führte dazu, dass der Vater oft die Bedeutung eines ersatzweisen Mutterobjektes bekam, sodass es nicht wirklich zu einer

Triangulierung kam. Scheiterte dann die Beziehung zum Vater, und dies war regelmäßig der Fall, so kam es zu einer Regression auf die feindselige Mutterbeziehung, deren destruktive Qualität durch die Drogensucht gleichzeitig dargestellt und neutralisiert werden sollten. Die Beziehung zum Vater war ebenfalls zerstört, was den dissozialen Charakter der Persönlichkeitsorganisation erklärte (Leikert et al., 2001). In der Persönlichkeitsorganisation der Migranten war dagegen die Mutterbeziehung – in spezifischer Weise verschieden zwischen den beiden Gruppen – nicht in gleicher Weise traumatisch belastet und das Zentrum des Konfliktgeschehens lag im Misslingen des Eintritts in den Ödipuskomplex. Dabei waren die Konstellationen sehr verschieden.

Die Konstellation bei muslimischen Migranten

Das Drama des Drogenabhängigen wurzelt in der Psychodynamik der Mutter. Ist diese traumatisiert, so kann sie sich dem Kind emotional nicht ausreichend zur Verfügung stellen. Bei den muslimischen Müttern unserer Untersuchungsgruppe war diese primäre Mütterlichkeit offenbar ausreichend gut vorhanden. Immer wieder stellten wir fest, dass die Trennung der Männergesellschaft und der Frauengruppe, wie sie für muslimische Kulturen prägend ist, dazu führt, dass außerordentlich enge und offene kommunikative Strukturen zwischen Frauen aufzufinden waren. Fast immer bestand eine gute primäre Versorgung und eine fortbestehende gute Bindung an die Mutter. Eine *zu gute* in nicht wenigen Fällen: die primäre Grandiosität des männlichen Kindes wird nur wenig frustriert. Es scheint, dass die fraglose narzisstische Besetzung der Mutter eine Verwöhnung darstellt, die die Patienten nicht gut zum Eintritt in die Leistungsgesellschaft disponiert.

Der Übergang in die männliche Identifizierung ist dann dreifach erschwert. Neben der zum Verbleiben einladenden mütterlichen Gratifikation ist die Ferne der Vaterfigur ebenso erschwerend wie die weitgehende Inkompatibilität der patriarchalischen Männlichkeit mit den Anforderungen der Leistungsgesellschaft.

Die muslimischen Väter unserer Studie bauen oft keinen aktiven Kontakt zu den Söhnen auf, verlangen aber autoritär Respekt und Folgsamkeit für ein Wertesystem, das in der sozialen Umgebung nicht selbst auf Wertschätzung, Anerkennung und Erfolg trifft. Gehorsam wird nicht selten mit Gewalt eingefordert, was die Vateridentifizierung nicht eben fördert.

In der patriarchalen Ordnung steht dem Mann Respekt und Wertschätzung aufgrund der automatisch zugewiesenen Geschlechterrolle zu. Eine fast bruchlose Fortschreibung der kindlichen Grandiosität ist durch die Privilegierung des männlichen Geschlechts vorgezeichnet. Demgegenüber beruht die Wertschätzung in der Leistungsgesellschaft eben auf Leistung, das automatische Privileg des männlichen Geschlechts und als Fortschreibung der kindlichen Grandiosität wird in der westlichen Kultur nicht zugestanden.

Nicht selten war in unserer Patientengruppe auch eine klar dissoziale und kriminelle Variante der männlichen Welt strukturierend für die Biographie der drogenabhängigen Patienten. In vielen Biographien ist die Männergruppe mehr oder minder klar in kriminelle Strukturen eingebunden und bietet den heranwachsenden Adoleszenten in diesen Strukturen eine Rolle an. Die geringe Frustrationstoleranz führt zum Scheitern in Lern- und Ausbildungskontexten, sodass die dissozialen Rollen nicht nur akzeptiert werden, weil wenig anderes greifbar ist, sondern auch, weil es sozialen Kontakt

innerhalb der Männerwelt bereitstellt. Der Drogenkonsum wird dann eingesetzt um negative Gefühle zu eliminieren, die beim Übergang in die Welt der Männer entstehen. Sowohl Schamgefühle über das Versagen in der Leistungsgesellschaft als auch Depression und Angst bezüglich der plötzlich verlangten Autonomie und Aggressionsbereitschaft werden auf diese Weise weggedämpft. Drogen dienen also dazu, einerseits die narzisstischen Lücken bei der Übernahme einer männlichen Identität zu kitten und andererseits die eigene Kritik an der übernommenen Identifizierung zum Verstummen zu bringen.

Herr M. geb. 1986 in der Türkei, kein Schulabschluss, keine Berufsausbildung. Ethnisch-religiöser Kontext: muslimisch, Familienstand ledig. 1. stationäre Rehabilitation. Herr M. konsumierte verschiedene Drogen, vor allem THC und Kokain und ist spielsüchtig.

Herr M. kam im ersten Lebensjahr in die BRD. Der Vater hatte zu diesem Zeitpunkt schon 17 Jahre dort gelebt. Die Mutter war bei der Heirat 15 Jahre alt und hatte bei der Übersiedlung bereits 4 Kinder. Der Vater missbraucht Alkohol und wird als impulsiv strafender und körperlich züchtigender Patriarch beschrieben. Die Mutter dagegen sei freundlich versorgend, aber auch depressiv, schwach und unselbständig. Herr M. war nicht im Kindergarten. Hatte in der Grundschule bereits deutliche Leistungsschwierigkeiten, wiederholte die dritte Klasse. Die Hauptschule habe er weitgehend geschwänzt, was die Eltern nicht weiter gekümmert habe. Er habe einige berufsvorbereitende Maßnahmen gemacht, weist aber keinen Schulabschluss und keine Lehre vor. Wie unrealistisch das Selbstkonzept ist deutet sich an, wenn Herr M., von dem nicht ganz sicher ist, dass er schreiben kann, sich vorstellt, demnächst ein Studium zu absolvieren.

Herr M. gibt an, sein Geld durch Dealen erworben zu haben. Auch hier glaubt man ihm kaum, wenn er angibt, die Familie versorgt zu haben und betont, welche Chancen er, wenn er nur gewollt hätte, in der Drogenorganisation hätte haben können.

Herr M. ist klein und übergewichtig, er ist sorgfältig zurechtgemacht. In der Patientengruppe ist er eher isoliert, da er beständig über Ungunst ihn benachteiligender Umstände schimpft. Auch in der Therapie spricht er ohne Hemmungen über die Schlechtigkeit der Welt, die ihm das Seine verweigert. In der Arbeitstherapie arbeitet er übersorgfältig, ist kränkbar, projiziert Schuld und kommt zu keiner Leistung an, die an einen Lernprozess in einer normalen Umgebung anknüpfen könnte.

Die transgenerationale Perspektive zeigt, dass bereits die Eltern den Kulturwechsel nicht gut verarbeitet haben, enturzelt sind, keine sozialen Bezüge haben, den Kontakt zur religiösen Wertewelt verloren haben und depressiv (Mutter) bzw. süchtig (Vater) sind. Vom Konfliktniveau ist, im Gegensatz zu den deutschstämmigen Patienten, keine Frühtraumatisierung zu sehen. Die Mutterbeziehung dient als sichere Basis der Regression. In der Liste der Drogen fehlt auch Heroin, was dafür spricht, dass zur Stimulation männlicher Durchsetzungskraft (Partydrogen, Kokain) eingesetzt werden, während keine primäre Traumatisierung abgefangen werden muss (kein Heroin). Was nicht funktioniert, ist der Übergang in die Welt der Initiative und des Leistungsvergleichs. Herr M. wurde verwöhnt und mit Größenideen ausgestattet. Er sucht auch innerhalb der Familie auch die männliche Führungsposition einzunehmen, was aber nicht funktioniert. Außerhalb der Familie und stimuliert durch verschiedene Drogen mag die pseudomännliche Rollenperformance etwas besser sein. Aber die Spielsucht scheint Männlichkeit (= Risikobereitschaft) eher zu simulieren und ist im Hintergrund doch depressiv: Die Spielsucht stellt Ansprüche an die mütterliche Versorgung, die nicht eingelöst werden.

Konstellation bei russischstämmigen Patienten

Die Mütter der russisch stämmigen Patienten weisen eine andere Persönlichkeitsorganisation auf. Sie erscheinen zunächst als stark: sie sind autonom und weniger suchtfährdet als ihre Männer. Sie füllen aktiv Rollen im Berufsleben aus und managen oft dominant die Familie. In der Regel sind sie es, die Entscheidungen fällen. Auch bei ihnen ist die Beziehung zu den Söhnen eng und innerhalb der Familien oft besonders eng zu dem drogenabhängigen Sohn im Vergleich zu seinen evtl. vorhandenen Brüdern. Im Vergleich zu den muslimischen Frauen fällt jedoch auf, dass diese Stärke keineswegs aus weiblicher Solidarität oder kommunikativer Nähe erwächst. Das Beziehungsgeflecht der Frauen untereinander ist nicht vergleichbar eng und vertraut. Eher beruht die enge Bindung zum Sohn auf einer Verstrickung und Funktionalisierung als auf einer libidinösen Besetzung des männlichen Kindes. Es wird als Ersatzpartner für die Enttäuschung am Ehemann funktionalisiert oder wird als Zeuge eines Schuldthemas benötigt.

Natürlich beschreibt diese Typisierung nicht jede Biographie passgenau. Aber das wiederkehrende und typisch erwartbare Beziehungsmuster ist ein anderes als bei den muslimischen und auch bei den deutschen Müttern. Während der Drogenabhängige in deutschen Familien häufig zu wenig Bindung und narzisstische Besetzung zu erfahren scheint, wird er von der türkischen Mutter verwöhnend überbesetzt, während die Beziehung zur russischen Mutter eher eine Ersatzfunktion für die fehlende eheliche Nähe oder eine Parentifizierungsthematik hat.

Der Übergang zur männlichen Welt ist nicht in gleicher Weise strukturiert wie in muslimischen Kontexten. Hier spielt oft eine Struktur eine Rolle, die wir ansonsten in dieser Bedeutung bei keiner anderen Gruppe angetroffen haben. Hier spielt das öffentliche Leben mit seinen Strukturen oft eine bedeutende Rolle. Typischerweise wurde eine beginnende soziale Unabhängigkeit in der Adoleszenz unterbrochen. Dies ist häufig eine gute Integration in einen Sportverein oder ein anderes Hobby oder eine begonnene Ausbildung, die nicht weitergeführt werden konnte. Die Frustration adoleszent-expansiver Prozesse spielt bei dieser Gruppe eine bedeutsame Rolle. Sie führt zum Rückzug, zur Verstärkung der Mutterbindung und zu dissozialeren Gruppenbindungen, in denen selbstdestruktive Momente eine Rolle spielen – wir kommen auf diesen Punkt bei der Besprechung der Adoleszenz zurück.

Die Vaterbeziehung ist eher derjenigen ähnlich, die wir in biographischen Kontexten der deutschen polytoxikoman abhängigen Patienten antreffen. Es ist keine klar strukturierte Welt mit festgefühten Regeln, die Gehorsam verlangen und Schutz bieten, wenn sie akzeptiert werden. Und wenn diese Variante vorkommt ist sie mit größerer Häufigkeit dissozial-kriminell als in der muslimischen Welt. Häufig ist es so, dass die Väter ebenfalls Suchtprobleme haben und die Identifizierung mit ihnen das Suchtproblem keinesfalls positiv beeinflusst. Die Vaterfiguren sind in dieser Gruppe nicht einheitlich. Dies beginnt mit dem Bildungsniveau. Teils sind die Väter beruflich gut integriert, teils sozial nicht integriert. Gemeinsam ist den Vater-Sohn-Beziehungen jedoch, dass sie in keiner Weise tragend sind oder Vorbildcharakter haben und sei es lediglich, dass der Sohn glaubt, den erfolgreichen Vater nicht erreichen zu können.

Verglichen mit den deutschen und muslimischen Patienten scheinen die russisch stämmigen in der Mitte zu stehen. Die Defizite in der Mutterbeziehung und die daraus resultierenden primärnarzisstischen Lücken und selbstdestruktiven Prozessen sind

nicht so ausgeprägt, allerdings sind hier mannigfache Verstrickungen auch mutterseitig zu erkennen. Überwiegend kompensiert der Drogenkonsum allerdings auch hier Lücken in der männlichen Selbstwertregulation. Grundsätzlich ist die Identifizierung mit dem Vater ebenso gesucht wie bei den muslimischen Patienten. Das ist anders als die Situation beim deutschen Patienten, wo der Groll sich deutlich auf den Vater richtet und jede väterliche Identifizierung unmöglich macht.

Herr R. geb. 1984 in Sibirien, Berufsfachschulabschluss, Industriemechaniker. Ethnisch-religiöser Kontext: christlich. Familienstand ledig. 1. Stationäre Psychotherapie.

Interessant an der Biographie von Herrn R. ist in unserem Kontext der Umstand, dass wir alle wesentlichen Momente der allgemeinen Rekonstruktion des „russischen Ödipuskomplexes“ wiederfinden, obwohl Herr R. ein recht hohes Niveau der Konfliktlage, der Ausbildung und der psychosozialen Einbindung hat. Trotzdem können wir Konfliktstrukturen erkennen, wie wir sie auch in geringer strukturierten Biographien beschreiben.

Herr R. wurde als älterer Sohn einer relativ gut situierten Familie geboren. Der Vater – Ingenieur – war leitender Angestellter eines Staatsbetriebes, die Mutter war leitende Angestellte in Kontroll- und Sicherheitsfragen. Herr R. berichtet über die Heimat und die Familienbeziehung dieser Zeit nur Positives, wie wir es bei russisch stämmigen Patienten aus dieser Studie durchgängig kennen. Wir verstehen diese Idealisierung als Hinweis auf einen nicht vollzogenen Trauerprozess. Die melancholische Heimatbindung entspricht einer retrospektiven Romantisierung der Herkunftsverhältnisse. Herr R. war ein guter und ehrgeiziger Schüler, der von der Mutter in Leistungshinsicht eng kontrolliert wurde. Sein Hobby – das Züchten von Schmucktauben – war ebenfalls Anzeichen einer differenzierten familiären Struktur. Beim Umzug war Herr R. 15 Jahre alt und hatte gerade eine Freundin gefunden. Er erlebte den Umzug als Katastrophe, warf ihn seinen Eltern auch stets vor und stagniert seither in seiner Persönlichkeitsentwicklung.

In der BRD schaffte er den Einstieg in die Regelschule nicht, war auf einer Förderschule, lernte aber erst vernünftig Deutsch, als sich eine Lehrerin ihm mütterlich zuwandte und ihm privat Deutschunterricht gab. Dann schaffte er den Einstieg in die Berufsfachschule und bewältigte erfolgreich eine Lehre als Industriemechaniker. Er wurde vom Betrieb übernommen und arbeitete bis 2015 in diesem Betrieb. Ein solches Ausmaß an sozialer Stabilität ist ungewöhnlich in der Stichprobe. In der Regel finden sich keine abgeschlossenen Ausbildungen.

Gleichzeitig stagnierte seine psychische Entwicklung. Herr R. fand zwar eine Freundin, Alkohol und Drogen spielten aber eine so ausgeprägte Rolle, dass die Beziehung scheiterte. Seit 2009 gibt es keine neue Beziehung, die vergangene Beziehung spielt immer noch eine Rolle, man ist in Kontakt, es gibt vage Hoffnungen, aber keinen Plan. Ab dem Zeitpunkt der Migration beginnen Drogen und Alkohol eine wachsende Rolle zu spielen. Nach Cannabis kommen Amphetamine, Kokain und schließlich auch Heroin dazu. Es gibt aber keine fulminante kriminelle Karriere, auch wenn Herr R. mit aggressiven Durchbrüchen und kleinen Raubdelikten auffällig wird.

In der stationären Psychotherapie fällt Herr R. dadurch auf, dass er orientierungslos provokant Regelübertretungen begeht, als wisse er nicht, dass Regeln auch für ihn gelten. Er schließt sich russischen Mitpatienten ungeachtet deren ausgeprägter Dissozialität an und entwickelt hier Loyalität.

In der Rekonstruktion zeigte sich auf relativ gutem sozialen Niveau der Herkunftsfamilie die typisch russische ödipale Konstellation. Die Mutter ist kontrollierend und bestimmt den Kurs der Familie. Sie ist dominant und hat dafür gesorgt, dass die Familie umzieht. Mit mehreren Jobs erfüllt sie sich ihre Wünsche vom Einfamilienhaus. Der Sohn empfindet sie als theatralisch und manipulativ als sie einen „Herzinfarkt“ bekommt und ohnmächtig wird, als der Sohn von den Drogen entzieht.

Der Vater ist in dieser Konstellation marginalisiert, man kennt seinen Standpunkt nicht, er scheint passiv und scheint bei Entscheidungen keine Rolle zu spielen. Eine eigenständige und strukturell wirksame Vater-Sohn-Beziehung ist nicht zu erkennen. Es zeigt sich, dass der fragile Moment der Pubertät kein guter Zeitpunkt für die Migration ist. Teil der Dynamik scheint zu sein, dass sich der Sohn unbewusst an den Eltern durch die sozialen Misserfolge für Zusammenbruch der eigenen Adoleszenzentwicklung rächt, indem „intergenerationalen Erwartungsprojekt“ (King 2016, S. 977) der Migration verweigert und der Mutter damit die narzisstische Gratifikation des erfolgreichen Sohnes verwehrt.

Der Zeitpunkt der Migration – die Adoleszenz als Zeit des fragilen Übergangs.

Bei der Frage, warum dieses Kind der Familie drogenabhängig wurde, während oft die Geschwister recht erfolgreich den Kulturwechsel verarbeiteten, stießen wir auf zwei Fragen. Zum einen stellt sich die Frage nach dem Symptomträger der Familie im Sinne der Delegation der Belastung an ein Familienmitglied. Diese Frage konnte jedoch innerhalb unseres Forschungssettings nicht befriedigend beantwortet werden, weil die Dynamik des Familiensystems nicht zureichend durchleuchtet werden konnte. Der zweite Punkt ließ sich klarer erkennen. Es scheint ungünstig zu sein, wenn der Kulturwechsel in der Adoleszenz erfolgt (Akhtar 2007, Blos 1962).

Wenn der Adoleszente fragil selbständige Objektwahlen und erste persönliche Erfolge in erwachsenen Entscheidungen getroffen hat und diese ohne Einverständnis einzuholen plötzlich unterbrochen werden, weil es den Eltern gefällt, diese Entscheidung zu treffen, wird dies – von den russisch stämmigen Patienten deutlicher artikuliert als von den muslimischen – wie eine Bestrafung und Kastration erlebt. Die Folge sind häufig die Verfestigung pubertärer Verweigerungshaltungen, die den unbewussten Sinn haben, die Eltern für ihre Grausamkeit zu bestrafen, indem ihnen der narzisstische Erfolg des erfolgreichen Kindes genommen wird, um dessen Willen im Bewusstsein der Eltern die Migration häufig erfolgte. Diese Verstrickung wird von den Müttern häufig durch eine Intensivierung des frühen Bindungsmusters verarbeitet, während der Vater sich depressiv zurückzieht.

Ein weiterer Punkt resultiert aus den Umständen des Kulturwechsels. Selten wird sofort in ein „gutes“ und sozial integriertes Milieu hinein gewechselt. Lange Zeiten in Auffanglagern unterbrechen die prosozialen Bindungsmuster des Herkunftslandes und begünstigen die Bindung an dissoziale Cliques, die mit Drogen in Berührung bringen und antisoziale Haltungen durch negative Normen, die im Gruppenkonsens verankert sind, verfestigen.

Die Rolle ethnisch homogener Patientengruppen in der stationären Psychotherapie

Was geschieht nun in der stationären Psychotherapie mit diesen Patienten? Generell konnten wir ähnliche Verlaufsmuster beschreiben wie bei den Patienten mit deutschem Hintergrund. Kurz zusammengefasst kommt es zunächst zu einer Phase dissozialer Scheinanpassung, an die therapeutischen Ziele während untergründig an den Abwehrstrukturen festgehalten wird. Dies kulminiert – nicht selten durch einen Rückfall mit Drogengebrauch – in einer Zerstörung der therapeutischen Beziehung. Erst danach, also bei einer evtl. Wiederaufnahme, hat sich eine authentische Therapiemotivation

gebildet und kann ein Stück weit verfolgt werden, bevor gegen Ende der Therapie wieder dissoziale Prozesse vorherrschen (Leikert et al., 2000).

Erschwert wird dieser Therapieprozess aber durch die Wirkung von homogenen Patientengruppen. Ich hatte bereits geschildert, dass in dieser Studie ethnische Konstellationen in vielfältiger Weise sichtbar wurden. Dies betrifft sowohl die Zusammenarbeit von Therapeut und Patient wie auch die Patientengruppe und ihre Subgruppen. Zu den Prozessen, die in der Forschungsgruppe besprochen wurden, gehört auch die Äußerung eines rechtsnational identifizierten Patienten, der, gestützt auf einen Gruppenzusammenschluss, den türkischen Psychotherapeuten wissen ließ, er lasse sich doch nicht von einem Türken therapieren. Für den Kollegen war es eine große und nicht selbstverständlich erwartete Erleichterung, dass das Team sich ohne Diskussion hinter ihn stellte und dieser Form rassistischer verbaler Gewalt entgegentrat.

Es wurde deutlich, dass sowohl von Seiten der deutschen, wie auch der muslimischen und russischen Patienten die Tendenz besteht, Gruppen zu bilden, in denen die Gruppennorm sich desintegrativ gegen das therapeutische Ziel stellt. Es wird dann über die eigene Musik, das eigene Essen und die eigenen Gebräuche eine Gruppe gebildet, die eher Wagenburgcharakter hat, als dass sie die Basis für eine Begegnung mit dem Fremden bildet. Für mich, der ich die Einrichtung seit zwei Jahrzehnten kenne, ist es schwer zu erkennen, ob diese Prozesse in dieser Deutlichkeit sichtbar wurden, weil wir die Studie zu dem Thema machten oder weil sich gleichzeitig über die wachsenden Terrorgefahr und den hohen Migrationsdruck desintegrative Prozesse auch in der stationären Behandlung verstärkten. Wahrscheinlich leisten beide Vorgänge einen Beitrag.

Der Vorteil der stationären Psychotherapie liegt nun darin, dass diese Gruppen eher fluktuierenden Charakter haben. Sobald sie ein gewisses Maß an Therapiefeindlichkeit sichtbar wird und der Gruppenwiderstand in den Fokus der Aufmerksamkeit des Teams kommt, ist es möglich, an der Auflockerung der Grenzen zu arbeiten. Es kommt durchaus zu konstruktiven Verschiebungen und zu Einladungen. Plötzlich gibt es rechtsnationale Patienten die türkisches Essen lieben. Oder die Anführer der Gruppen können sich durch martialisches Gebaren wechselseitig als ausreichend männlich anerkennen und plötzlich fast verbrüdern. Auch hier hilft das Bild vom Pendel der Integration dabei, scheinbar feste Fronten als nicht unveränderlich anzusehen und immer mit der Neugier auf den Anderen zu rechnen.

Das festgefahrene Pendel

Trotzdem kann kein allzu optimistisches Bild gezeichnet werden. Akhtar beschreibt zwei Schwierigkeiten beim Migrationsprozess und sieht ihn behindert, wenn die Migration nicht aus freien Stücken, sondern aus Not oder Zwang erfolgt und die aufgesuchte Kultur zunächst gar keine positive Besetzung hat. Eine zweite Schwierigkeit sieht er in einer unvollständigen Trauer über den Verlust des Heimatlandes (Akhtar, 2007). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es bei allen untersuchten Patienten hier deutliche Prozessdefizite gibt, sodass wir dem Vorgang des Hin und Her der Integration im Wesentlichen von der Seite des Scheiterns beschreiben müssen.

Bei keinem Patienten – im Gegensatz zu den Eltern der Patienten, die ja die Migrationsentscheidung getroffen hatten - war Deutschland als Ziel positiv besetzt. Bei

den russisch stämmigen Patienten finden wir fast durchgängig eine fortbestehende und kaum auflösbare melancholische Idealisierung des Heimatlandes. Diese Idealisierung scheint notwendig, da die neue Kultur keine ausreichende Gratifikation bietet und die Prozesse der Persönlichkeitsentfaltung im neuen Kulturkontext nicht wieder an den alten Formen anknüpfen konnten. Die deutsche Leistungsgesellschaft kann nicht positiv besetzt werden. An dieser Stelle kann man die Erkenntnis von Akhtar ergänzen: Voraussetzung des Trauerprozesses ist zumindest ein Teilerfolg in der sozialen Integration. Gelingt dies nicht, so scheint Melancholie ebenso nahezuliegen wie der Drogengebrauch um Scham und Scheitern zu überdecken.

Bei den muslimischen Patienten ist das Pendel der Integration durch einen anderen Prozess substantiell erschwert. Hier finden wir nicht die Idealisierung der Heimat. Basierend für die eigene Identität ist weniger die Heimat als die Familie und Großfamilie und die ist ja mitgekommen. Sie wird nicht betrauert, sondern ist in ihrer Bedeutung prekär. Die Mutterbindung ist gut. Guter Sohn einer guten Mutter zu sein, ist aber nichts, was in der Männerwelt zählen würde. Die Mutterbindung wird eher schamhaft gelebt als betrauert und aufgegeben. Diese Mutterbindung ist eine Parallele zur Melancholie russisch stämmiger Patienten. Sie bietet ebenfalls keine Hilfe für eine expansive männliche Entwicklung. Der männliche Teil der kulturellen Herkunftsidentität bleibt für den Patienten fremd, die religiösen Normen unannehmbar. Er kann diesen Teil der nationalen Identität also nicht betrauern, weil er ihn gar nicht ins Ich integriert hatte. Ebenso ist aber auch die deutsche Leistungsgesellschaft, mit ihren emsigen und wenig viril-kämpferischen Vertretern, kaum kompatibel mit dem basalen Entwurf von Männlichkeit der muslimisch-patriarchalen Ordnung. So hat das Festhalten an Versatzstücken der orientalischen Alltagskultur – Musik, Essen, Alltagsrituale – eine hohe Bedeutung für die Identitätssicherung, eine Bedeutung allerdings, die, es sei denn man würde Wirt, wenig zur Integration beiträgt.

Therapeutische Aspekte

Der Prozess der Integration kann als eine Pendelbewegung zwischen der eigenen und der fremden Kultur beschrieben werden. Dieses Modell kann, im Sinne einer Prozessorientierung der psychotherapeutischen Arbeit, leitend für die therapeutische Zusammenarbeit sein (Plassmann 2011). Im Sinne einer konkreten Vorbildfunktion für die strukturell gestörten Patienten sollte der Therapeut eine Haltung echten Interesses für die Heimatkultur des Patienten mitbringen. Ein Interesse, das – wie die Vorgänge in der Forschungsgruppe zeigen – durchaus erstritten sein will. Gleichzeitig muss aber auch die Wertschätzung für die eigene Kultur und ihre Wertsetzungen spürbar bleiben, da sonst die Pendelbewegung durch den Therapeuten arretiert wird.

Behandlungstechnisch ist in diesem Sinne stets die Gegenübertragung auszuwerten. Es geht darum, in sich selbst einen Container mit unterschiedlichen und in Beziehung stehenden Räumen für die Begegnung der Kulturen zu schaffen.

Ein weiterer behandlungstechnischer Fokus ist die Beziehung des Patienten zu den aktuellen Gruppen und Subgruppen innerhalb des Beziehungsgeflechts der stationären Psychotherapie. Hier ist im Auge zu behalten, ob in den konkreten und verschiedenartigen Beziehungen ein Prozessaustausch erkennbar wird oder ob es in der Gruppe eher darum geht, gefährdete Identitätsfragmente durch Gruppenrituale defensiv abzusichern.

Bei der therapeutischen Bearbeitung regressiver ethnischer Wagenburg-Gruppen wird der erste Versuch dahin gehen, in Erfahrung zu bringen, welches der Identitätskern ist, der in der Gruppe gesichert werden soll. Ist dieser einmal formuliert, so lässt er sich in Vergleich zu den Werten und Strukturen der anderen Gruppierungen bringen. Im besten Fall setzt man hierdurch wieder die Pendelbewegung der Integration in Gang.

Mit Rücksicht auf die therapeutische Atmosphäre der Gesamtgruppe kann eine abgeschottete ethnisch homogene Gruppe nicht über längere Zeit akzeptiert werden. Die therapeutische Haltung darf hier nicht vor den Kontrollnotwendigkeiten zurückschrecken, die in der Behandlung dissozialer Patienten notwendig sind um antisoziale Tendenzen zu begrenzen. Auch hier ist das interkulturelle Thema in der Gegenübertragung zu bearbeiten. Der Respekt gegenüber den Ritualen der anderen Kultur darf nicht über das therapeutische Ziel des Verstehens von Gruppenprozessen gestellt werden und darf auch nicht den Blick darauf verstellen, dass tatsächlich oder vorgeblich notwendige Rituale einen antisozialen Charakter haben und die Tür zu Suchtverhalten öffnen können.

Wir diskutierten dies anhand des Umgangs mit dem Kartenspiel: Wird das Kartenspiel gestattet, wie es der Gebrauch sowohl in türkischen wie auch in russischen Kreisen ist, so wird es schwierig, die Grenze zum Glücksspiel, zum Glücksspiel mit heimlichen Wetteinsätzen und den dann folgenden Verschuldungskontexten zu halten. Geheime Verträge, Schulden und Machtpositionen bestimmen dann die Gruppenbeziehung und entziehen sich dem therapeutischen Blick. Gerade das Glücksspiel zeigt eine charakteristische Gefahr für die Identitätskonfigurationen unserer Patientengruppe. Die Risikobereitschaft im Glücksspiel wird – außerhalb und innerhalb der stationären Behandlung– nicht selten als Ersatz für konstruktive männliche Risiko- und Leistungsbereitschaft eingesetzt. Diese simulierte Männlichkeit ist problematisch, da der erwünschte Wetterfolg mit Regelmäßigkeit ausbleibt und die stattdessen eintretende Verschuldung die Eingangskonstellation für dissoziale und kriminelle Verpflichtungen und Entwicklungen wird.

Zurück zu den Gruppenprozessen: im Extremfall ist es unumgänglich, die zentrale Person dieser Ritualisierung genau in den Fokus zu nehmen. In aller Regel wird die tätige Exploration hier auch in dem Sinne fündig, dass die Zentralfigur auch in Rückfallkonstellationen und Drogengebrauch im stationären Setting involviert ist. Für die anderen, mehr oder minder verstrickten Mitglieder der Gruppe ist eine solche Klärung, in der Regel mit Entlassung der zentralen Person, Bedingung der Möglichkeit, wieder therapeutisch zu arbeiten.

In der Interventionsplanung ist also eine gestaffelte Strategie vom empathischen Verstehen bis hin zu einer tatkräftigen Kontrolle und Entscheidungsbildung bis hin zur Entlassung Handwerkszeug des Therapeuten. Der freie therapeutische Diskurs ist das Ideal der stationären psychoanalytischen Therapie; dieses Ideal ist aber auch durch Kontrolle und Handlung zu verteidigen, wenn es hintergangen wird. Im therapeutischen Gespräch ist es zentral, vor allem die Bezogenheit der Pole aufeinander deutlich zu machen. Ansonsten erscheint der Wechsel zwischen Empathie und Kontrolle als ein willkürliches Schwanken zwischen einem zahnlosen Verstehensdiskurs und dem brutalen Rauswurf. Wenn die Verbundenheit der Pole nicht deutlich gemacht wird, überwiegt die Gefahr, dass die notwendige Aggression der Entlassungsentscheidung nicht konstruktiv verarbeitet werden kann und sie sich damit an destruktive Erfahrungen von Ausgrenzung anlagert.

Bezogen auf das Thema der Migration sind beide Pole wichtig: sowohl die russische als auch die muslimische Kultur zeigen im Umgang mit Konflikten eine größere Handlungsneigung als die eher Verstehens orientiert empathische westeuropäische Kultur. Die gegenwärtigen gesellschaftlichen Prozesse in diesen Kulturen scheinen derzeit auch nicht auf dem Weg, diese Orientierung zu verringern. Insofern ist der offensive und auch teils psychoedukative Umgang mit dieser Bandbreite ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Unterstützung der Integration in unsere Kultur.

Zusammenfassung

Das Thema der Migration und des interkulturellen Raumes ist durch Polaritäten gekennzeichnet, die durch eine Pendelbewegung miteinander verbunden werden sollen: die eigene und die fremde Kultur, die Empathie und die Entscheidung. Die psychoanalytische Forschung geht auf die fremde Kultur zu, indem sie typische Konstellationen der präödpalen, ödipalen und adoleszenten Entwicklung beschreibt, die Ausgangspunkt eines Verstehensprozesses sein können, der dem Einzelfall gerecht wird.

Bei Patienten mit muslimischem Hintergrund treffen wir regelmäßig relativ intakte und enge weibliche Kommunikationsstrukturen an, die Mütter der Patienten sind narzisstisch nicht beschädigt; sie können ihre männlichen Kinder narzisstisch besetzen und tun dies auch überreichlich. Schwierig wird die Entwicklung im Übergang zur männlich-ödipalen Identifizierung. Dem Migranten wird die gesellschaftlich vorgesehene Hochschätzung des männlichen Geschlechts als automatisches Privileg und als Fortschreibung der kindlichen Grandiosität in der westlichen Kultur nicht zugestanden. Er müsste sich Privilegien erstreiten, wozu bei unseren Patienten aufgrund narzisstischer Kränkbarkeit die Leistungsmöglichkeit fehlt. In dieser Lücke kommen die Drogen zum Einsatz, dämpfen Schamgefühle ab, verschlechtern aber die soziale Integration, was zu eher dissozial kriminellen Kontexten führt.

Russisch stämmige Patienten haben ebenfalls eine enge Beziehung zur Mutter. Diese ist aber problematischer, von heimlichen Bedürfnissen der Mutter geprägt und hat verstrickenden Charakter. Die Väter haben oft eigene Suchtprobleme und werden von den Ehefrauen dominiert. Sie bieten keine konstruktive Identifizierungsmöglichkeit. Die Adoleszenzentwicklung spielt hier eine deutlichere Rolle. Häufig wurden durch die Migration expansive Prozesse unterbrochen, die sich in der neuen Kultur nicht wieder fortsetzen lassen. Hier sind Milieufaktoren und Sprachprobleme wichtig. Häufig besteht eine melancholische Beziehung zum Herkunftsland.

Im therapeutischen Umgang mit diesen Patientengruppen ist mit starken Emotionen zu rechnen. Eine intensive Analyse der Gegenübertragung, welche die interkulturelle Pendelbewegung zur Orientierung nimmt, ist Voraussetzung für eine gelingende stationäre Psychotherapie bei polytoxikoman abhängigen Patienten mit Migrationshintergrund. Diese Patientengruppe stellt auch besondere Anforderungen an das therapeutische Team. Auch hier bilden sich starke Emotionen und die Tendenz zur Arretierung der Pendelbewegung ab.

Literatur

- Akhtar, Salman (2007) Immigration und Identität – Psychosoziale Aspekte und kulturübergreifende Therapie. Gießen, Psychosozial Verlag.
- Blos, Peter (1962): Adoleszenz – Eine psychoanalytische Interpretation. Stuttgart, Klett-Cotta (1973).
- Bohleber, Werner (2016) (Hg.) Heimat Fremdheit Migration. Psyche Z Psychoanal 70.
- Davids, Fakhry, M. (2016) Ethnische Reinheit, Andersartigkeit und Angst – Das Modell des “inneren Rassismus”. Psyche Z Psychoanal 70, 779 – 804.
- Devereux, Georges (1984) Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt/M, Suhrkamp.
- Gerlach, Alf (2009) Fascination, alienation and fear of contact – Ethnopsychanalytic considerations on large-group identity. Intern J Psychoanal. 18, 214 – 218.
- King, Vera (2016) Zur Psychodynamik der Migration – Muster der transgenerationalen Weitergabe und ihre Folgen für die Adoleszenz. Psyche Z Psychoanal 70, S. 977 – 1002.
- Kristeva, Julia (1990) Fremde sind wir uns selbst. Frankfurt/M, Suhrkamp.
- Leikert, Sebastian, Brock Anette; Dörner Joachim (2000): Therapieverläufe bei polyvalent abhängigen Patienten in stationärer Psychotherapie - Zur Dynamik von Dissozialität in der therapeutischen Beziehung. Forum Psychanal. 16 : 45 – 58.
- Leikert, Sebastian (2001) Die Forschungsgruppe - Ein Setting für empirisch-psychoanalytische Forschung. Psychoanalyse im Widerspruch. 25 : 47 – 59
- Leikert, Sebastian; Brüseke, Peter; Graudenz, Jürgen (2013) Der Therapieprozess bei polyvalent abhängigen Patientinnen in stationärer

- Psychotherapie – Transgenerationale Weitergabe von Traumatisierung in der Mutter-Tochter-Generationsfolge. AKJP 158, S. 205 – 221.
- Özdoglar, Aydan (2015) In Between - Identität und Migration. In: Walz—Pawlita, Susanne; Unruh, Beate; Janta, Bernhard (Hg.) Identitäten. Gießen, Psychosozial-Verlag, S. 205 – 219.
- Plassmann, Reinhard (2011) Selbstorganisation – Über Heilungsprozesse in der Psychotherapie. Gießen, Psychosozial Verlag.
- Rost, Wolf-Dieter (1994) Psychoanalyse des Alkoholismus – Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Volkan, Vamik (1999) Das Versagen der Diplomatie – Zur Psychoanalyse nationaler, ethnischer und religiöser Konflikte. Gießen, Psychosozial-Verlag.