

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

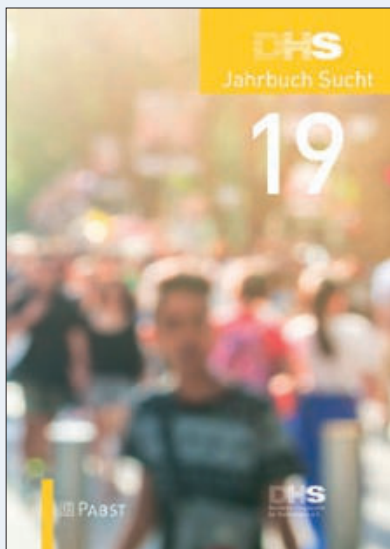
8. Jahrgang
Heft **2**·2019

Themenschwerpunkt:

Migration und Sucht

Deutsche Hauptstelle für
Suchtfragen (DHS) e.V.
(Hrsg.)

DHS Jahrbuch Sucht 2019



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

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



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

Das DHS Jahrbuch Sucht 2019

- fasst die neuesten Statistiken zum Konsum von Alkohol, Tabak und Arzneimitteln sowie zu Glücksspiel und Delikten unter Alkoholeinfluss zusammen
- gibt die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) konzentriert wieder
- informiert über die Rehabilitation Suchtkranker
- präsentiert die aktuellen Themen »Pathologischer PC-/Internetgebrauch als neues Störungsbild?« sowie »Sucht und Trauma«
- liefert ein umfangreiches Adressverzeichnis deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich

Vorwort

Heribert Fleischmann

Daten, Zahlen und Fakten

Christina Rummel, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp

Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen

Alkohol

Ulrich John, Monika Hanke, Jennis Freyer-Adam, Sophie Baumann, Christian Meyer

Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum

Benjamin Kuntz, Johannes Zeiher, Anne Starker, Thomas Lampert

Medikamente 2017 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

Gerd Glaeske

Glücksspiel – Zahlen und Fakten

Gerhard Meyer

Rauschgiftlage 2017

Bundeskriminalamt, SO 21-Lage

Delikte unter Alkoholeinfluss

Stanley F. Friedemann, Martin Rettenberger

Suchtkrankenhilfe in Deutschland

Jahresstatistik 2017 der professionellen Suchthilfe

Hanna Dauber, Sara Specht, Jutta Künzel, Barbara Braun

Sucht-Rehabilitation durch die Rentenversicherung

Margarete Ostholt-Corsten, Sabine Kley

Aktuelle Themen

Pathologischer PC-/Internetgebrauch als neues Störungsbild?

Jörg Petry

Sucht und Trauma

Ingo Schäfer

Serie: Was Sie ausländischen Besuchern besser nicht zu erklären versuchen... Teil 10: Alkoholrepublik Deutschland
Raphael Gaßmann

Anschriften aus dem Suchtbereich

– Bundesweit tätige Organisationen

– Anschriften in den Bundesländern

– Fachverlage

– Europäisches Ausland

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Alfred Uhl · alfred.uhl@goeg.at

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss · mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Department für Psychotherapiewissenschaft

Chefredakteur

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen · t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer · irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer · ikarus711@hotmail.com

Verlag

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

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst · wp@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert · haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel · muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

haarlammert@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Sonja Bachmayer

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

8. Jahrgang · Heft 2-2019

Themenschwerpunkt:

Migration und Sucht

Inhalt

- 3 Editorial
Martin Poltrum
- 4 Migration und Sucht. Erfahrungen aus der Versorgung suchtmittelkonsumierender geflüchteter Menschen
Eva Egartner & Beate Zornig-Jelen
- 13 Suchtprävention versus Präventionsideal. (Wie) macht Suchtprävention bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten Sinn?
Lisa Wessely & Martin Weber
- 20 Jugendliche und junge Erwachsene mit Fluchterfahrung im Beratungssetting der Suchtberatung Kö *Schanze in Hamburg
Nicole Krol
- 28 „... ein Mittel gegen Kummer und Groll und aller Leiden Gedächtnis“. Opioidabhängigkeit bei Geflüchteten aus Iran und Afghanistan – Beobachtungen und praktische Erfahrungen aus der Substitutionsambulanz in Hamburg-Altona
Hans-Günter Meyer-Thompson
- 34 Flaschenpost. Sendungen zu Andreas Kieners „Odysseus“
Thomas Ballhausen
- 38 Bildstrecke „Odysseus“
Comic von Andreas Kiener
- 44 Wesentliche Merkmale interkultureller Psychotherapie mit Migranten
Wielant Machleidt
- 52 Herausforderungen in der stationären (rehabilitativen) Versorgung psychisch erkrankter Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund
Yüce Yilmaz-Aslan, Yvonne Josupeit, Tugba Aksakal, Oliver Razum & Patrick Brzoska
- 62 Assessmentverfahren für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit nicht-deutschsprachigem bzw. Migrationshintergrund
Matthias Lukaszczik, Katja Ehrmann, Sabine Erbstößer & Heiner Vogel
- 69 Bildstrecke „Flüchtlinge“
Fotos von Sonja Bachmayer
- 78 Zur Psychodynamik konservativer Heimat-Bilder
Rainer Gross
- 89 Verändere dein Bewusstsein. Was uns die neue Psychedelik-Forschung über Sucht, Depression, Todesfurcht und Transzendenz lehrt
Michael Pollan

Nachrichten

- 2 Übersicht

Nachrichtenübersicht

- 2 Eine App für die Zeit nach dem Entzug
- 12 Drogenhandel per Schokoriegel
Sucht: Essstörungen und Alkoholabhängigkeit ganzheitlich, aber differenziert therapieren
- 61 Süchtige Glücksspieler können rationales Entscheiden lernen
- 77 Migranten gehen seltener zum Arzt und leben länger
- 97 Pharmamarkt: wenig Innovation, reichlich Fehlmedikation und 1,5 Millionen Medikamentensüchtige
- 98 Internetabhängigkeit: Viele Männer und die meisten Frauen verzichten auf Beratung und Therapie
Politische Psychologie: Migranten senken die durchschnittliche Intelligenz in Europa nicht
- 99 Rapper propagieren massiv Kokain: Doch es wird immer weniger gekokst
Psychotherapie mit Moslems: bei Integration des Islam gute Erfolge möglich
- 100 Sucht: Wie sich ängstlich-depressive Störungen zur Internetabhängigkeit entwickeln können
Partnerschaft und Alkohol: Sucht verhindert die Befriedigung elementarer Bedürfnisse

NACHRICHT

Eine App für die Zeit nach dem Entzug

Ein häufiges Kennzeichen der Alkoholabhängigkeit ist ihr chronischer Verlauf – gerade in den Monaten nach einem Entzug liegt das Risiko für einen Rückfall besonders hoch. Forschende der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) wollen Betroffene nach einem Klinikaufenthalt mit einer Kombination aus App und Telefoncoaching helfen, passende Angebote und Maßnahmen zu finden, um dauerhaft abstinent zu bleiben. Das Projekt SmartAssistEntz wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, mit rund 2,4 Millionen Euro gefördert.

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem viele Angebote für Betroffene bereithält, nimmt nur ein vergleichsweise geringer Anteil sie nach Abschluss eines stationären Alkoholentzugs in Anspruch. Somit erhalten Patientinnen und Patienten in einer Phase, die sich durch ein hohes Rückfallrisiko auszeichnet, keine angemessene Unterstützung. „Genau an diesem Punkt wollen wir ansetzen, um das passende Anschlussangebot für jeden einzelnen zu finden“, erklärt Prof. Dr. Matthias Berking, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der FAU. Die Versorgungsforschung geht davon aus, dass bislang der überwiegende Teil der Betroffenen nach erfolgreichem Entzug keine weiterführenden Versorgungsangebote in Anspruch nimmt.

Das Konzept der FAU-Forschungsteams besteht aus einer Handy-App,

die durch Telefonate mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten ergänzt wird. Die App bietet ein spezielles Training, das die Betroffenen dabei unterstützt, dauerhaft auf Alkohol zu verzichten. In diesen Einheiten lernen sie die eigene Motivation zu stärken, Suchtverlangen zu erkennen und mit Risikosituationen umzugehen und die eigenen Ressourcen zu aktivieren. Darüber hinaus identifiziert die App mittels Telediagnostik Angebote für die Zeit nach einem stationären Entzug. Gemeinsam mit einem Psychotherapeuten, dem sogenannten eCoach, erarbeiten die Patienten dann in Telefongesprächen einen individuellen Plan mit Maßnahmen, die am besten zum jeweiligen Lebensumfeld passen. Das können sowohl Selbsthilfegruppen als auch klinische Ambulanzanbindung oder Paar- und Familiengespräche sein.

Der onlinebasierte Ansatz soll helfen, dass Anschlussmaßnahmen nach einem Alkoholentzug häufiger und dauerhafter genutzt und Rückfälle reduziert werden. Damit könnte die App zu geringeren direkten und indirekten Krankheitskosten führen.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler um Prof. Berking arbeiten für das Projekt modellhaft mit Kliniken und Beratungsstellen im Raum Franken und München zusammen – eine Übertragung auf andere Regionen oder in die Regelversorgung ist möglich. Gleichzeitig untersuchen sie die Effekte ihres Konzepts. Dafür vergleichen sie insbesondere das Rückfallrisiko innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss des Entzugs mit den in der Regelversorgung erzielten Effekten. Dafür werden die Forscher Patienten sowie behandelnde Ärzte, Psychotherapeuten sowie Psychologen befragen und zudem Daten von Krankenkassen und der Rentenversicherung heranziehen.

Anfang Mai fand an der FAU die Auftaktveranstaltung statt, bei der es vor allem darum ging, dass sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler – beteiligt ist neben der FAU noch die Universität Bamberg – sowie weitere Partner wie externe Forschungseinrichtungen, Kliniken, Krankenkassen und Beratungsstellen kennenlernen und Informationen austauschen konnten. 

Editorial

Martin Poltrum

Mit dem vorliegenden Schwerpunktheft widmen wir uns einem Themenzusammenhang, der spätestens seit 2015 Brisanz erfahren hat, als in Deutschland mit der Parole „Wir schaffen das!“ die Grenzen geöffnet wurden und vor Krieg, Gewalt, Tyrannei, Vertreibung und Armut geflüchtete Menschen nach Deutschland und nach Österreich kamen. Wenn man sich mit den Schicksalen und Biographien von Geflüchteten beschäftigt, dann findet man immer wieder dieselben negativen Lebensereignisse, die von Traumatisierung, Entwurzelung, zerrissenen Familien, irritierten Identitäten, Armut und Heimatlosigkeit berichten und allesamt in dem von jeher bekannten Katalog der Bedingungsfaktoren für die Entstehung einer Suchterkrankung zu finden sind. Daher verwundert es auch nicht, dass es dann unter den Geflüchteten auch wirklich einige gibt, die eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln und psychotrope Substanzen zur Selbstmedikation einsetzen.

Welche Erfahrungen das Helfersystem in den letzten Jahren vor allem in Deutschland, aber auch in Österreich bei der Versorgung suchtmittelkonsumierender geflüchteter Menschen gemacht hat, wie Suchtprävention bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten aussehen kann, welche Probleme sich durch die Opioidabhängigkeit bei Flüchtlingen aus dem Iran und Afghanistan ergeben, welche Merkmale eine interkulturelle Psychotherapie mit Migranten aufweist und was sich über die Psychodynamik konservativer Heimat-Bilder sagen lässt, ist Thema des aktuellen Schwerpunktheftes. Darüber hinaus hat sich, zum Themenschwerpunkt passend, unsere Fotografin Sonja Bachmayer in österreichischen Flüchtlingshei-

men umgesehen und Porträts von geflüchteten Menschen gemacht. Eine Fotostecke aus „Kappadokien“ von Ingo Folie und eine Bildstrecke von Andreas Kiener mit dem Titel „Odysseus“, der eine alternative Interpretation zum homerischen Irrfahrten-Topos liefert, lockern die Ausgabe auf.

Dem Verlag Kunstmann danken wir für die Erlaubnis, einen Auszug aus Micheal Pollans Sachbuch „Verändere dein Bewusstsein. Was uns die neue Psychedelika-Forschung über Sucht, Depression, Todesfurcht und Transzendenz lehrt“ (2019) in der aktuellen Ausgabe zu veröffentlichen.

Liebe Leserinnen und Leser von **rausch**, wir hoffen, dass wir wieder ein Heft zusammenstellen konnten, das auf ihr Interesse stößt.

Viel Freude bei der Lektüre!



Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

Professor für Psychotherapiewissenschaft
an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien
Philosoph, Psychotherapeut, Lehrtherapeut
martin.poltrum@sfu.ac.at

Migration und Sucht

Erfahrungen aus der Versorgung suchtmittelkonsumierender geflüchteter Menschen¹

Eva Egartner & Beate Zornig-Jelen

In den letzten Jahren kamen viele geflüchtete Menschen nach Deutschland, unter ihnen auch viele unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). Dies wirft die Frage auf, ob die Suchthilfe sich auf steigende Zahlen von Hilfesuchenden vorbereiten muss und neue Angebote braucht.

Die Arbeit mit Migrant*innen ist in der Suchthilfe schon seit Jahrzehnten ein wichtiges Thema und bei vielen Trägern fest verankert. Bereits in der Folge des Jugoslawienkrieges und durch den Zuzug vieler Spätaussiedler*innen in den 1990er Jahren stellten die Einrichtungen der Suchthilfe viele spezialisierte Angebote für Migrant*innen zur Verfügung. Werden diese ausreichen oder brauchen wir noch mehr und auch andere Angebote aufgrund der aktuellen Zuwanderung?

Suchthilfe und Geflüchtetenhilfe bei Condrobs²

Als einer der größten überkonfessionellen Träger in Bayern bietet Condrobs sowohl Hilfen für Suchtmittelkonsumierende als auch Hilfen für geflüchtete Menschen an.

Seit der Entstehung des Vereins 1971 wurde die Kernkompetenz des Vereins, die anfangs in Präventions- und Hilfsmaßnahmen für suchtgefährdete Kinder und Jugendliche lag, ausgebaut und erweitert. Heute umfasst das Spektrum der Suchthilfe bei Condrobs Beratung, ambulante Therapie und therapeutische Wohn-

gruppen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit psychosozialen Problemen, spezielle Angebote für suchtmittelkonsumierende Frauen und Männer, Substituierte und ältere Konsument*innen sowie Beratung für Angehörige. In Arbeitsprojekten und Beschäftigungsmaßnahmen in den Kontaktläden sowie in zwei sozialen Betrieben erhalten die Klient*innen die Möglichkeit, durch Arbeit und Ausbildung einen Weg zurück in ein selbstbestimmtes und gesundes Leben zu finden.

Mit sechs schwer traumatisierten männlichen Jugendlichen ging die erste Einrichtung für Geflüchtete auf Anfrage der Landeshauptstadt München im Jahr 2010 an den Start. Mittlerweile werden an sieben Standorten in 26 Einrichtungen rund 330 unbegleitete minderjährige Geflüchtete sowie 450 erwachsene Geflüchtete und ihre 70 Kinder von Condrobs betreut. Untergebracht sind die Jugendlichen in therapeutischen Wohngruppen, im begleiteten Wohnen, im betreuten Wohnen sowie in einer Wohngruppe für Mädchen und ihre Kinder. Seit 2015 ist Condrobs im Rahmen des Paritätischen Kooperationsprojekts zur Flüchtlingshilfe in zwei Einrichtungen auch an der Betreuung erwachsener Geflüchteter beteiligt, darunter die erste Unterkunft in Bayern für allein angekommene Frauen mit und ohne Kinder.

Schwerpunkte in der Betreuung sind spezialisierte Hilfen in kleineren Einheiten für traumatisierte Jugendliche, Frauen, Mädchen und Kinder, aber auch für junge Männer und Familien.

Die im Folgenden dargestellten Erfahrungen und Erkenntnisse beruhen auf sechs Betreuungsjahren (seit 2010). Die Fallzahlen waren anfangs aufgrund der geringen Zahl der Betreuten jedoch nicht repräsentativ. Aufgrund der langjährigen Erfahrung in der Suchthilfe insbesondere mit traumatisierten Jugendlichen wurde bei Condrobs der Bedarf in der Arbeit mit geflüchteten Menschen sehr früh erkannt.

¹ Der Beitrag ist bereits in „Konturen online“ erschienen. Vgl. dazu: <https://www.konturen.de>

² Condrobs ist einer der größten überkonfessionellen Träger für soziale Hilfsangebote in Bayern. Die Organisation begleitet Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Schwierigkeiten, minderjährige und erwachsene Geflüchtete, süchtige Frauen und Männer, Angehörige und ältere Konsument*innen. Weit über Präventions- und Hilfsmaßnahmen für Suchtgefährdete und -kranke hinaus ist Condrobs auch in der Kinder- und Jugendhilfe, Hilfen für Geflüchtete, der Altenhilfe sowie im Ausbildungs- und Beschäftigungsbereich aktiv. Ein besonderes Anliegen des Vereins sind Präventions- und Hilfsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie die Unterstützung von Betrieben bei der Gesundheitsförderung. Weitere Informationen im Internet unter www.condrobs.de

Allgemeine Informationen zu Sucht und Flucht bzw. Migration

Die Flüchtenden

Ein Großteil der Geflüchteten ist männlich. Bei den unbegleiteten Minderjährigen werden oft die stärksten und am besten ausgebildeten männlichen Jugendlichen von der Familie auf die Flucht geschickt. Sie haben die besten Überlebenschancen und sollen, wenn die Flucht gelingt, finanzielle Unterstützung ins Herkunftsland senden, Familienmitglieder nachholen oder zumindest das 'Überleben des Blutes' sichern. Auch erwachsene Männer fliehen oft erst einmal alleine, da es für Männer wahrscheinlicher ist, die Flucht zu überleben.

Mädchen und Frauen fliehen in der Regel mit männlichem Begleitschutz. Wenn Mädchen und Frauen alleine fliehen, sind die Gründe neben Krieg und Vertreibung in der Regel massive Gewalterfahrungen in den Herkunftsländern: Verstümmelung der Genitalien, Zwangsverheiratung, Zwangsprostitution und Menschenhandel, sexueller Missbrauch und Demütigungen von Angehörigen, aber auch Staatsbediensteten, zum Beispiel im Rahmen von Verhören und Inhaftierungen oder – als Kriegswaffe – bei Massenvergewaltigungen. Wenn Frauen alleine fliehen, sind sie auf der Flucht wieder in Gefahr, massiver Gewalt ausgesetzt zu sein, z.B. von Schleppern, Piraten, Staatsbediensteten und Si-

cherheitskräften anderer Länder sowie männlichen Mitflüchtlingen.

Die Herkunftsländer

In den Jahren 2016 und 2017 kamen unter den nach Deutschland geflüchteten Menschen die meisten aus Syrien, Irak, Afghanistan, Eritrea und Iran (Tabelle 1).

Die Anteile der Herkunftsländer haben sich 2016 gegenüber 2015 deutlich verändert. Die meisten Menschen kamen zwar nach wie vor aus Syrien, die Zahl derer, die aus Afghanistan kamen, hat sich jedoch mehr als vervierfacht, ähnliche Steigerungsraten wurden für Iran und Irak verzeichnet. Aus Eritrea, Pakistan, Nigeria und aus der Russischen Föderation kamen auch weitaus mehr Flüchtlinge als 2015, jedoch ist hier die Zahl der Erstanträge nicht so hoch. Aus den Zahlen wird deutlich, wie stark politische Entwicklungen und Maßnahmen (Entwicklung in der Türkei; diplomatische, wirtschaftliche und politische Interaktionen und Interventionen der EU-Staaten vor Ort wie beispielsweise in Libyen) den Flüchtlingsstrom nach Deutschland beeinflussen. Die Zahlen für 2017 sind aufgrund der diversen Interventionen deutlich zurückgegangen, die prozentualen Anteile sind aber – bis auf den Anteil von Migrantinnen und Migranten aus der Türkei, bei denen eine deutliche Zunahme an Erstanträgen zu verzeichnen ist – in etwa gleich geblieben.

Herkunftsländer	2015	2016	Vergleich zum Vorjahr in Prozent	
1. Syrien, Arabische Republik	158.657	266.250	+67,8	↑
2. Afghanistan	31.382	127.012	+304,7	↑
3. Irak	29.784	96.116	+222,7	↑
4. Iran, Islamische Republik	5.394	26.426	+389,9	↑
5. Eritrea	10.876	18.854	+73,4	↑
6. Albanien	53.805	14.853	-72,4	↓
7. Ungeklärt	11.721	14.659	+25,1	↑
8. Pakistan	8.199	14.484	+76,7	↑
9. Nigeria	5.207	12.709	+144,1	↑
10. Russische Föderation	5.257	10.985	+109,0	↑
Gesamtsumme aller Herkunftsländer	441.899	722.370	+63,5	↑

Herkunftsländer	2016	2017	Vergleich zum Vorjahr in Prozent	
1. Syrien, Arabische Republik	266.250	48.974	-81,6	↓
2. Irak	96.116	21.930	-77,2	↓
3. Afghanistan	127.012	16.423	-87,1	↓
4. Eritrea	18.854	10.226	-45,8	↓
5. Iran, Islamische Republik	26.426	8.608	-67,4	↓
6. Türkei	5.383	8.027	+49,1	↓
7. Nigeria	12.709	7.811	-38,5	↓
8. Somalia	9.851	6.836	-30,6	↓
9. Russische Föderation	10.985	4.884	-55,5	↓
10. Ungeklärt	14.659	4.067	-72,3	↓
Gesamtsumme aller Herkunftsländer	722.370	198.317	-72,5	↓

Tabelle 1

Welche Menschen kommen zu uns? Jahresvergleich der zehn stärksten Herkunftsländer nach Anzahl der Erstanträge.
(Quelle: BAMF, 2017)

Tabelle 2

Wer kommt 2016
im Hilfesystem an?
(Quelle: ITF, 2016)

Hauptdiagnose	Deutsch in Prozent	EU in Prozent	Nicht-EU in Prozent	Gesamt	
				absolut	in Prozent
F10 Alkohol	94,1	2,8	3,1	137.312	46,5
F11 Opioide	84,7	5,0	10,3	60.342	20,5
F12 Cannabinoide	89,3	2,6	8,1	45.014	15,3
F13 Sedativa/Hypnotika	90,9	3,6	5,4	2.386	0,8
F14 Kokain	74,8	5,6	19,6	7.020	2,4
F15 Stimulanzien	95,6	1,7	2,7	18.939	6,4
F16 Halluzinogene	89,9	2,5	7,5	159	0,1
F17 Tabak	90,6	3,7	5,7	2.011	0,7
F18 Flüchtige Lösungsmittel	90,8	–	9,2	65	0,0
F19 Andere psychotrope Substanzen	90,6	2,5	6,9	2.147	0,7
F50 Essstörungen	95,0	2,3	2,7	2.969	1,0
F63 Pathologisches Spielen	83,6	4,5	11,8	16.679	5,7
				Unbekannt:	6,5

Der Hilfebedarf

Nach Schätzungen von Dietmar Czycholl (2016) sind von einer Million Geflüchteten ca. 30 bis 60 Prozent traumatisiert, zwischen 40.000 und 80.000 Menschen haben Psychotherapiebedarf. Ungefähr 30.000 Menschen sind bereits substanzabhängig, wenn sie nach Deutschland kommen.

Laut dem Münchner Institut für Therapiefor- schung (IFT) handelt es sich bei den meisten Diagnosen um verstärkten Alkoholkonsum, gefolgt von Opioid- und Cannabinoidkonsum. Des Weiteren spielen Stimulanzien sowie pa- thologisches Glücksspiel eine Rolle (Tabelle 2).

Erfahrungen aus den Condrobs- Einrichtungen zum Umgang mit Rauschmitteln

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Ungefähr ein Drittel der ankommenden un- begleiteten minderjährigen Flüchtlinge kon- sumiert anfangs stark (d.h. regelmäßiger, unter Umständen gesundheitsgefährdender Konsum). Der Schwerpunkt liegt auf dem Kon- sum von Alkohol, Cannabis, zunehmend auch künstlichen Cannabinoiden und Kokain, über- wiegend in Verbindung mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Mit zunehmender Integration und Teilhabe nimmt der Konsum jedoch deutlich ab. Nach Beendigung therapeu- tischer und betreuender Maßnahmen bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 22 Mona- ten war bis 2016 bei über 90 Prozent der Klientel in Condrobs-Einrichtungen kein bzw. ein un- auffälliger Konsum zu verzeichnen.

Aktuell zeigt sich leider in vielen Einrich- tungen eine negative Entwicklung. Circa 40 Prozent der Jugendlichen konsumieren nach längerem Aufenthalt stark, d.h. die Anzahl der Konsument*innen steigt während des Aufent- halts. Gründe hierfür sind vor allem der unge- wisse Aufenthaltsstatus sowie der Umstand, dass in diesen Fällen keine Ausbildungs- und/ oder Arbeitsmöglichkeit besteht, so dass die jungen Menschen zum Nichtstun verdammt sind.

Es gibt viele weitere Gründe für Suchtmittel- konsum, und diese sind vielfältig: Trennungen, Traumatisierungen und die dadurch verursach- ten Schlafstörungen und Selbstmedikationen, eine unsichere Zukunftsperspektive, wieder- kehrende oder chronische Existenzangst, struk- turelle Überforderung im Lebensalltag, un- sichere soziale Bindungen und Beziehungen, Unsicherheit und Angst. Auch die Integration in ein fremdes Normen- und Wertesystem und ein anderer Umgang mit Rauschmitteln in den Herkunftsländern begünstigen den Konsum. Zum Beispiel ist Cannabiskonsum in vielen westafrikanischen Ländern üblich und gehört zur Kultur.

Hinzu kommen häufig Langeweile, man- gelnde Tagesstruktur, unerfüllte Erwartungen und Versprechen, Identitätssuche zwischen den Kulturen, unklare Erwartungshaltungen Drit- ter und Schuldgefühle Angehörigen gegenüber. Ein großes Problem bilden durchwegs Sprach- barrieren und der fehlende Zugang zu ausrei- chend kulturspezifischen Übersetzerinnen und Übersetzern. Bei Jugendlichen kommen diese Probleme erschwerend zu den normalen Ent- wicklungsaufgaben hinzu.

Eine besondere Rolle spielt bei geflüchteten Jugendlichen ein Schuldempfinden: Während die Familie weiter im Krieg leben muss, sind

sie angekommen, in Sicherheit, finden Perspektiven. Gleichzeitig erwarten die Angehörigen, mit Geld unterstützt oder nachgeholt zu werden. Diese Erwartungen können oft nicht erfüllt werden. Unter Umständen wird auch die Versorgung der Angehörigen in der Heimat zum Problem. Die Folge können Kleinkriminalität, Dealen und Suchtmittelkonsum sein. Der Einfluss durch Landsleute und die gezielte Anwerbung für Kleinhandel lassen die Jugendlichen oft unsicher werden. Die Verlockung, mehr Geld für das Leben im Westen, für Frauen, zu haben, ist stark.

Hinzu kommen außerdem die von Czycholl (2016, 2017) beschriebenen generellen Belastungen der Migration. Der anfänglichen Euphorie über die gelungene Flucht folgt die „Dekompressionsphase“, wenn die Realität die geflüchteten Menschen einholt und ernüchtert.

Erwachsene Geflüchtete

Die Erfahrungen in der Arbeit mit erwachsenen Geflüchteten werden bei Condrobs seit 2016/2017 erfasst. Hier waren die Fallzahlen von Anfang an repräsentativ.

Anfangs konsumiert auch in dieser Gruppe ungefähr ein Drittel der Betreuten stark, vor allem Alkohol und Cannabis, aber auch Opiate. Bei Frauen spielen Medikamente häufig eine Rolle. Auch bei der Gruppe der erwachsenen Geflüchteten ist eine Zunahme des Konsums während des Aufenthalts zu beobachten. Mindestens 50 Prozent aller Klient*innen werden gemäß ihrem Konsumverhalten als suchtgefährdet eingestuft.

Bei erwachsenen Geflüchteten sind die Hintergründe für Suchtmittelkonsum ähnlich wie bei den Jugendlichen, aber nicht gleich: Manche kommen bereits süchtig an, viele, aktuell mindestens 50 Prozent, sind suchtgefährdet. Circa 70 Prozent der Klient*innen haben eine diagnostizierte PTBS. Die Unterbringungssituation und die Tagesstrukturierung sind deutlich schwieriger als bei Jugendlichen, die im Moment noch nach dem deutschen Sozialgesetzbuch (SGB) VIII versorgt werden. Zum Beispiel gelten in München in den Unterkünften Betreuungsschlüssel von 1:100 für Erwachsene und 1:30 für Kinder. Diese Betreuungsschlüssel sind besser als die bayernweit gültigen – das bayerische Staatsministerium refinanziert nur Betreuungsschlüssel von 1:150 und in den geplanten Ankerzentren in Zukunft vermutlich noch schlechtere Schlüssel. Der Mehraufwand in München wird durch die Landeshauptstadt selbst bezahlt. Dennoch sind sie bei Weitem nicht ausreichend. Zudem sind Erwachsene und ihre Kinder in Gemeinschaftsunterkünften in

der Regel in Mehrbettzimmern untergebracht. Mangelnde Privatsphäre und mangelnde Ruhe auch nachts führen häufig zu Belastungsreaktionen, vor allem zu Schlafstörungen, die wiederum mit Selbstmedikation beantwortet werden.

Wie bei den Jugendlichen verstärken eine mangelnde Integration in Arbeit und daraus resultierende Langeweile, mangelnde Möglichkeiten zur Teilhabe sowie mangelnde Sprachkenntnisse die Negativspirale. Bei erwachsenen Geflüchteten spielt auch eine Rolle, dass viele von ihnen nur geduldet sind oder sich in offenen Verfahren befinden oder dass Abschiebungen bevorstehen. Auch anerkannte Asylbewerber*innen sind häufig gezwungen, weiter in Unterkünften zu leben, weil Wohnraum nicht vorhanden oder nicht erschwinglich ist. Oft gestaltet sich der Familiennachzug schwierig, und Perspektivlosigkeit und Resignation nehmen zu.

Geflüchtete Frauen

Laut UNO-Flüchtlingskommissariat (UNHCR, 2016) sind weltweit über die Hälfte aller Geflüchteten Frauen und Mädchen, die vor Krieg, Gewalt, Terror oder Verfolgung fliehen – aber auch vor Zwangsheirat, genitaler Verstümmelung oder Vergewaltigung (wie oben schon erwähnt). Frauenspezifische Gründe für Suchtmittelkonsum sind daher geschlechtstypische, multiple Traumatisierungen. Auch nach der Flucht sowie in den großen Gemeinschaftsunterkünften sind Frauen und Mädchen besonderen Gefährdungen ausgesetzt. Oft werden sie Opfer sexueller Gewalt durch Sicherheitspersonal oder andere männliche Geflüchtete. Hinzu kommen Konflikte durch unterschiedliche Anforderungen, beispielsweise die Erziehung von Kindern, oder enttäuschte Erwartungen, die nicht selten aufgrund falscher Versprechungen entstehen. Die seelischen Konflikte äußern sich häufig als körperliche Symptome in einem völlig anderen Krankheitsbild. Diese Somatisierung verhindert dann eine frühzeitige Behandlung der psychosozialen Belastung, da das eigentliche Krankheitsbild nicht erkannt bzw. fehlinterpretiert wird.

Wie geflüchtete Männer auch, können geflüchtete Frauen über ihre psychischen Probleme in der Regel nicht sprechen. In den Herkunftsländern sind psychische Erkrankungen tabuisiert, und es gibt keine Begrifflichkeiten und kein Verständnis hierfür. Oft sind somatische Beschwerden ein Ventil, auch für psychische Belastungen. Die somatischen Beschwerden können von den Frauen benannt werden, und mit diesen können sie auch medizinische Hilfe einfordern. Häufig bekommen sie dann

Medikamente verschrieben, von Schlafmitteln bis zu Psychopharmaka, und diese konsumieren sie regelmäßig und in hohen Dosen. Durchaus werden verschreibungspflichtige Medikamente auch unter der Hand weitergegeben oder verkauft und mehrere Ärztinnen und Ärzte konsultiert, um hohe Dosen erlangen zu können.

Methoden und Lösungsansätze auf Basis der Erfahrungen

In den letzten Jahren ist die Zahl der Hilfesuchenden mit Fluchthintergrund in der Suchthilfe gestiegen. Die zentrale Beratungsstelle von Condrops in München verzeichnete 2016 im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme um knapp 60 Prozent bei Migrant*innen, die aus den Ländern Afghanistan, Irak, Somalia und Tunesien kamen (Tabelle 4). Auch 2017 blieb der Anteil dieser Menschen hoch. Obwohl die Leistungen von Beratungsstellen offiziell erst nach einer Aufenthaltsdauer von 15 Monaten oder mit geklärtem Status in Anspruch genommen werden dürfen, werden Beratungen in Einzelfällen geduldet.

Neben weiteren Beratungsgesprächen besteht bei geklärtem Aufenthaltsstatus und ausreichend guten Deutschkenntnissen die Möglichkeit zur Vermittlung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie zur Beantragung von stationärer und ambulanter Rehabilitation. In Notfällen kann eine Entgiftung mittels Klinkenweisung erfolgen.

Die Erfahrungen in der Suchthilfe zeigen, dass von den Klient*innen mit Migrationshintergrund (inklusive Angehörige) 2016 und 2017 jeweils ein größerer Anteil den Kontakt zur Beratungsstelle vorzeitig beendet als von den Klient*innen ohne Migrationshintergrund. Gleichzeitig beenden von den Klient*innen mit Migrationshintergrund mehr eine ambulante

Rehabilitation regulär als von den Klient*innen ohne Migrationshintergrund, 2016 sogar 80,0 Prozent vs. 41,4 Prozent. Die Zahlen belegen somit, dass Suchthilfe hier erfolgreich ist, wenn die Anbindung gelingt (Grafiken 2 und 3).

Verstehen und Verständnis

Die Sprachbarriere stellt das größte Hindernis für erfolgreiche Suchthilfe dar. In den ersten 15 Monaten und bei unsicherem Status findet die Beratung vorwiegend mit Dolmetscher*innen statt. Eine große Rolle spielt der Faktor Zeit. Bereits die Anbahnung von Beratungsgesprächen braucht mehr Zeit: Wie sind die Deutschkenntnisse der/des Hilfesuchenden? Muss ein*e Dolmetscher*in hinzugezogen werden? Die Verständigung muss in jedem Fall sichergestellt werden.

Wichtig sind des Weiteren ein freundlicher Empfang und vor allem Offenheit, damit sich niemand abgewiesen vorkommt. Die Berater*innen lassen die Klient*innen ankommen, nehmen ihre Bedürfnisse wahr und schaffen eine Atmosphäre des Vertrauens. Viel Zeit gehört neben Verständnis zu den wichtigsten Faktoren. Smalltalk spielt in vielen der Kulturen, aus denen die Geflüchteten kommen, eine wichtige Rolle. Oft werden die eigentlichen Probleme erst angesprochen, wenn sehr lange über vieles andere gesprochen wurde und es dabei gelungen ist, ein erstes Vertrauensverhältnis zu schaffen.

Kultursensibles Arbeiten

Interkulturelle Suchthilfe muss viele Aspekte beachten: die Kultur und die politische Situation im Herkunftsland, der Umgang mit den Geschlechtern, mit Hierarchien und mit Religion, das Stadt-Land-Gefälle, das Kommunikationsverhalten und vieles mehr.

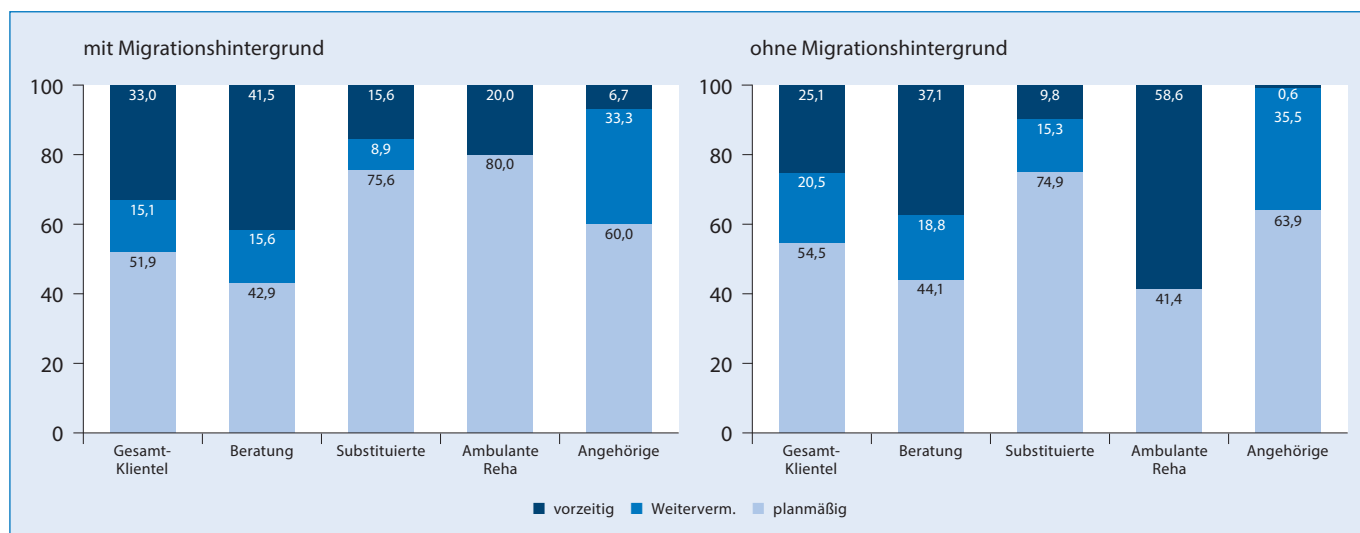
Tabelle 4

Erfahrungen
in der Suchthilfe.
Staatsangehörigkeit
der Klient*innen in einer
Suchtberatungsstelle.
(Quelle: Condrops, 2017)

Nationalität	Anzahl 2015	Anteil in Prozent	Anzahl 2016	Anteil in Prozent	Anzahl 2017	Anteil in Prozent
Deutsch	776	76,2	758	75,2	593	73,6
Sonstige EU	70	7,7	68	6,8	60	7,5
Ehem. Jugoslawien*	36	3,5	25	2,5	27	3,4
Türkisch	70	6,9	57	5,7	40	5,0
Sonstige GUS-Staaten	6	0,6	5	0,5	6	0,7
Sonstige**	54	5,3	86	8,4	71	8,8
staatenlos	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
keine Angaben	6	0,6	9	0,9	8	1
Gesamt	1.018	100,0	1.008	100,0	805	100,0

* Kosovo, Kroatien, Mazedonien, Serbien u. a.

** insbesondere Afghanistan, Irak, Somalia, Tunesien u. a.



Geflüchtete haben oft keine Vorstellung von Institutionen in unserer Gesellschaft und können unsere Hilfeinrichtungen somit nicht einordnen. Sind sie staatlich oder privat? Sind sie kirchlich und verfolgen einen bestimmten Zweck? Die Skepsis ist groß, und dementsprechend sind auch hier Zeit und Geduld gefragt, um Vertrauen aufzubauen.

In vielen Ländern zählt das Kollektiv mehr als das Individuum – es kommt eher auf die Harmonie des Ganzen an, und die/der Einzelne muss ihre/seine Bedürfnisse denen der Allgemeinheit unterordnen. Somit ist es schwierig für Einzelne, über ihre individuellen Probleme zu sprechen. Auch die Sprachformen sind oft sehr anders, es wird von „man“ und „wir“ gesprochen, auch wenn jemand sich selbst meint. Der Begriff der Ehre hat in manchen Kulturkreisen eine sehr differenzierte Bedeutung. Eine „Ehrverletzung“ kann vor allem für Männer als sehr schlimm empfunden werden, teilweise schlimmer als der Tod.

Kultursensible Arbeit knüpft an die Ressourcen der Migrant*innen an, nicht an ihre Defizite (Beck, 2005). In Krisen müssen die Menschen gehalten – nicht entlassen – werden. Eine professionelle Herangehensweise in der Begegnung mit Geflüchteten ist absolut notwendig. Persönliche Haltung, soziale Kompetenzen sowie Strategien, um Sprachbarrieren zu überwinden und Informationslücken zu schließen, sind grundlegende Voraussetzungen, um eine interkulturelle Verständigung zu schaffen.

Zudem sollten Fachkräfte über Methodenvielfalt verfügen, um mit Migrant*innen nicht nur über Sprache zu kommunizieren, sondern zum Beispiel gestalterische, körperbetonte oder kunsttherapeutische Methoden einsetzen zu können.

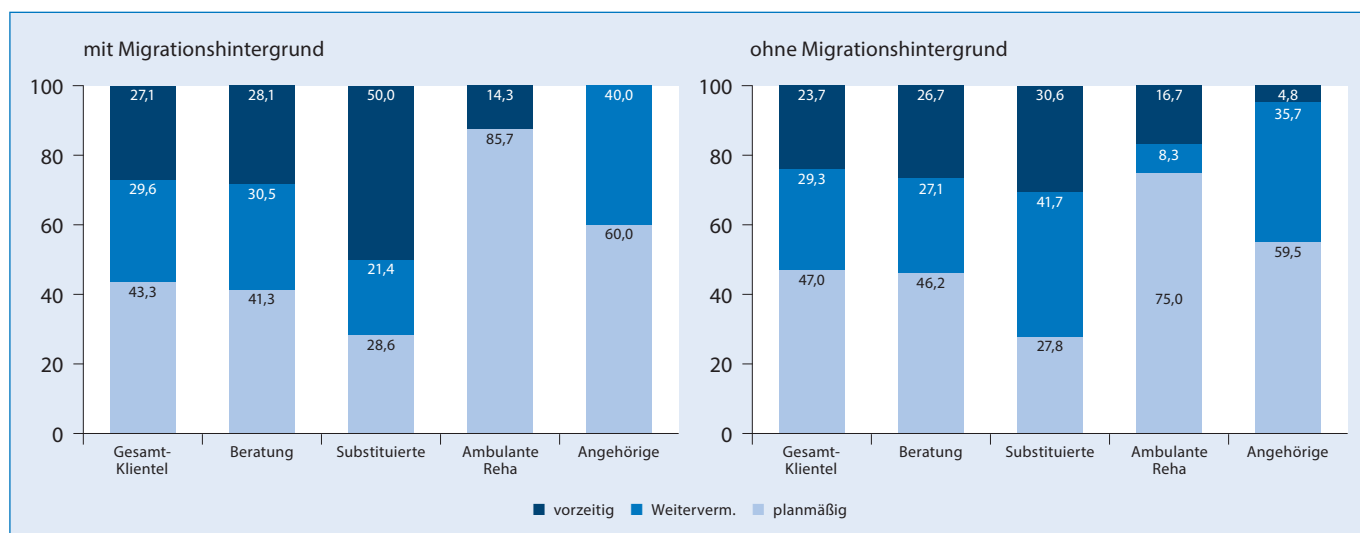
Die Fachkräfte müssen gut begleitet werden durch Fallbesprechungen und regelmäßige Supervision. Um qualitativ hochwertige Grundlagen für die Arbeit mit Geflüchteten zu entwickeln, ist ein professionelles Programm zur Fort- und Weiterbildung der Asylsozial- und

Grafik 2

Erfahrungen in der Suchthilfe.
Beispiel Beratungsstelle:
Beendigungen/
Erfolge 2016.
(Quelle: Condrobs, 2016)

Grafik 3

Erfahrungen in der Suchthilfe.
Beispiel Beratungsstelle:
Beendigungen/
Erfolge 2017.
(Quelle: Condrobs, 2017)



Migrationsberater*innen unabdingbar. Eine enge und verlässliche Kooperation mit Fachärzten, Kliniken und anderen Hilfeinrichtungen schafft ein Netzwerk der Unterstützung über die Grenzen und Möglichkeiten der einzelnen Beratungsstelle oder Einrichtung hinaus.

Eingliederungsmaßnahmen von Anfang an

Die Erfahrungen der Condrobs-Einrichtungen zeigen, dass der Konsum von Suchtmitteln mit fortschreitender, gelingender Integration und Teilhabe abnimmt. Je besser die Integration gelingt und je schneller Integration und Teilhabe ermöglicht werden, desto weniger Sucht- und auch andere Komplikationen sind bei den Migrant*innen zu erwarten. Daher sind umfassende Eingliederungsmaßnahmen und frühe Hilfen bereits bei der Ankunft im neuen Land wichtig, um eine Suchtentwicklung zu verhindern.

Die Realität sieht anders aus: Erst für Leistungsberechtigte, die sich mindestens 15 Monate im Bundesgebiet aufhalten, gelten die Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) in Bezug auf Eingliederungsleistungen. Flüchtlinge, die noch nicht so lange in Deutschland sind, erhalten dagegen nur bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen Hilfe. Dies führt zu vielen Problemen, denn Psychotherapien für traumatisierte Flüchtlinge und Suchthilfeleistungen werden verweigert, da sie nicht als akute Erkrankung gelten.

Fazit

Geflüchtete kommen bereits an in den Einrichtungen der Suchthilfe. Sie werden betreut und behandelt wie alle anderen Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Zahl der Traumatisierungen in den Condrobs-Einrichtungen ist höher als erwartet, der Suchtmittelkonsum war ursprünglich so hoch wie erwartet, mittlerweile ist er jedoch höher wegen teilweise schwieriger Perspektiven, Behandlungsbarrieren, Sprachbarrieren, mangelnder Integration sowie mangelnder Traumabehandlungs- und Psychotherapiemöglichkeiten.

Aus den Erfahrungen in den Condrobs-Einrichtungen lassen sich folgende Forderungen ableiten, um den Unterstützungsbedarf geflüchteter Menschen in Bezug auf ihre psychische Gesundheit abzudecken:

1. Geflüchteten Menschen bzw. Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sollen vom Zeitpunkt ihrer An-

kunft an Eingliederungsleistungen gemäß §§ 53 ff. SGB XII in Verbindung mit SGB IX offenstehen.

2. Der Bedarf an Suchthilfeleistungen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe gemäß SGB VIII für Geflüchtete ist hoch. Diese Leistungen müssen von Beginn an gewährt werden.
3. Es müssen genügend spezialisierte Hilfen für Menschen mit Fluchthintergrund zur Verfügung gestellt werden, insbesondere Traumatherapie-Angebote. Traumata müssen als akute Gesundheitsprobleme anerkannt werden.
4. Beschäftigte in Unterstützungssystemen müssen Menschen mit Flucht- oder Migrationshintergrund umfassend beraten und unterstützen können, damit diese die geeigneten Hilfen in Anspruch nehmen können.
5. Gesundheitsbezogene Hilfeangebote inklusive der Suchthilfe brauchen Zugang zu ausreichend kulturspezifischen Übersetzerinnen und Übersetzern.
6. Beschäftigte in Unterstützungssystemen müssen vor allem im Hinblick auf die Ausnahmen, die das Asylbewerberleistungsgesetz oder kommunale Bestimmungen zulassen, umfassend geschult werden. Nur so können sie geflüchtete Menschen optimal unterstützen. Zudem brauchen die Beschäftigten und die Ehrenamtlichen Hintergrundwissen zum Umgang mit Krankheiten, Traumata und Suchtmitteln in den jeweiligen Herkunftsländern, um einschätzen zu können, wie hoch der Hilfebedarf ist und welche Art von Hilfe die richtige ist.
7. In Bezug auf Geflüchtete mit Suchtmittelkonsum sind spezielle Präventionsangebote wichtig. Frühe Hilfen sind wichtig, um eine Chronifizierung zu vermeiden.

Die Mitarbeitenden in der Suchthilfe müssen sich darauf einstellen, dass der Anteil der Menschen mit Fluchthintergrund steigen wird. Daher werden Therapeut*innen mit entsprechenden Sprachkenntnissen oder Behandlungsmöglichkeiten mit Dolmetscher*innen, traumatherapeutisch ausgebildetes Personal und weiteres interkulturelles Know-how dringend benötigt. Zudem ist Suchthilfe mit Geflüchteten zeitintensiver. Sie ist nicht einfach zusätzlich zu bewältigen.

Wichtig sind eine schnelle Integration und Teilhabe – je besser die Integration gelingt, umso weniger Sucht- und auch andere Probleme sind zu erwarten.

Literatur

- Ameskamp, D., Kuhlmann, T., Leicht, A. et al. (2016). *Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit. Die Hürden zur Behandlung*. Text anlässlich des Treffens zum Thema „Flüchtlinge in Deutschland – eine Herausforderung auch für die Sucht- und Drogenpolitik?“. Berlin, München, Bergisch-Gladbach, Hamburg, 22. Juni 2016.
- BAMF (2017). *Asylgeschäftsbericht 12/2017*. Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Beck, M. (2005). *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin.
- Condrobs (2016). Eigene Statistik.
- Condrobs (2017). Eigene Statistik.
- Czycholl, D. (2016). *Flucht und Migration – Zahlen, Fakten und Gedanken*. Vortrag. 25. Paritätisches Fachgespräch Suchthilfe des fdr (S. 23-40). Berlin: Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
- Czycholl, D. (2017). *Integration heißt Erneuerung: Beiträge zu Migration und Sucht*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (Hrsg.) (2016). *Gewaltschutz für Frauen in Deutschland – Ratgeber für geflüchtete Frauen, Migrantinnen und Jugendliche*. Hannover.
- Europäisches Parlament (2016). *Bericht über die Lage weiblicher Flüchtlinge und Asylsuchender in der EU (2015/2325 [INI])*. Berichterstatterin: Mary Honeyball, 10.02.2016.
- European Parliament, Policy Department C (2016). *Reception of female refugees and asylum seekers in the EU, case study Germany, study for the Femm Committee*.
- ITF (2016). *Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: ITF – Institut für Therapiefor-schung.
- Kimil, A. & Salman, R. (2010). Migration und Sucht. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 368-382). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Künzel, J., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). *Klienten mit Migrationshintergrund in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung*. Kurzbericht Nr. 1/2013, Deutsche Suchthilfestatistik 2011. München: ITF – Institut für Therapiefor-schung.
- Michels, I. (2016). *Migration und Sucht – was sind die gegenwärtigen Herausforderungen für die Sucht- und Drogenpolitik?* www.suchthilfe.koeln/download/psag_ak/Migration_und_Sucht_-_Herausforderung_der_Suchthilfe_Februar_2016.pdf – Februar 2016.
- Salman, R. (2008). *Gesunde Integration: Interkulturelle Suchthilfe als Beitrag zur Integration*. Tagungstext. Linz: Institut Suchtprävention.
- Salman R., Tuna, S. & Lessing, A. (Hrsg.) (1999). *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sánchez Dionis, M., Timar, M. & Domscheit-Berg, A. (2016). *Geflüchtete Frauen und Mädchen vor Gewalt schützen*. Hamburg: World Future Council.
- Thaller, R., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2017). *Suchthilfe in Deutschland. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: ITF – Institut für Therapiefor-schung.
- Tretter, F. & Arnold, M. (2016). *Dokumentation BAS e.V. Workshop Suchtprobleme bei Flüchtlingen*. München, 03.03.2016, Bayerische Akademie für Suchtfragen e.V.
- UNHCR (2016). *Global report 2016*. Genf.



Eva Egartner

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin DGSp.
Geschäftsführende Vorsitzende des Condrobs e.V., München.
Condrobs e.V.
Berg-am-Laim-Straße 47
D-81673 München
eva.egartner@condrobs.de



Beate Zornig-Jelen

Kommunikationswissenschaftlerin M.A.

Drogenhandel per Schokoriegel

Deutsche und niederländische Ermittler haben eine europaweit agierende Online-Plattform für Drogenhandel aufgedeckt. Vier Männer wurden festgenommen, sie sollen den Shop drei Jahre lang betrieben haben. Um den Handel abzuwickeln, nutzten die Täter offenbar eine ungewöhnliche Methode: Sie versandten zunächst Schokoriegel mit Gutscheincodes.

Deutsche und niederländische Ermittler haben eine europaweit agierende Bande von Rauschgifthändlern auffliegen lassen. Vier Niederländer im Alter zwischen 26 und 66 Jahren kamen in Haft, wie die Kölner Staatsanwaltschaft mitteilte. Die Männer sollen ihren Online-Shop etwa drei Jahre lang geführt und dabei etwa 2,7 Millionen Euro eingenommen haben. „Das ist einer unserer größten Schläge gegen Drogenhandel

im Netz“, sagte Markus Hartmann, Leitender Oberstaatsanwalt bei der Zentral- und Ansprechstelle Cybercrime NRW.

Um ihren Handel abzuwickeln, nutzten die Beschuldigten offenbar eine ungewöhnliche Methode: Bestellte jemand Drogen, bekam er zunächst Schokoriegel zugeschickt, auf denen ein Gutscheincode abgedruckt war. Mit diesen Codes musste der Kunde dann seine Be-

stellung bestätigen. So wollten die Täter offenbar sicherstellen, dass die Drogen auch bezahlt und an echte Adressen geschickt werden.

Dem WDR zufolge stellte die Bande die chemischen Drogen selbst her. Die Rauschmittel wurden dann aus Postfilialen im deutsch-niederländischen Grenzgebiet *versandt*, vor allem in NRW. „Die Täter sind international vernetzt – die Strafverfolger dürfen ihnen insoweit in nichts nachstehen“, sagte NRW-Justizminister Peter Biesenbach (CDU) bei der Vorstellung der bisherigen Untersuchungsergebnisse. Mehr als ein Jahr lang hatten deutsche und niederländische Behörden gegen die Shop-Betreiber ermittelt. 

Sucht: Essstörungen und Alkoholabhängigkeit ganzheitlich, aber differenziert therapieren

Essstörungen sind häufig mit einer Alkoholsucht verbunden. Konzentriert sich die Behandlung auf die Verminderung der Anorexie bzw. Bulimie, kann der Alkoholismus zunehmen – und umgekehrt. Notwendig ist ein ganzheitlicher Therapieansatz, der alle Problembereiche einschließt, fordern Dr. Petra Schuhler und Dr. Monika Vogelgesang (Rehabilitationsklinik Münchwies/Saarland). Sie berichten in ihrem Reader „Essstörungen“ über ihre Behandlungskonzepte und Erfahrungen.

Die Therapeutinnen halten mit Blick auf beide Störungen als grundlegende Therapieziele im Auge:

- Übernahme von Eigenverantwortung für das Denken, Fühlen, Wollen und Tun,
- Aufbau einer wirksamen Selbstkontrollüberzeugung,
- Erlernen einer gezielten, aktiven und adäquaten Problembewältigung,
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten,
- eine an einer individuellen Wertehierarchie orientierte Lebensplanung.

Petra Schuhler beschreibt und analysiert ausführlich eine Patientin, bei der Essstörung und Alkoholabhängigkeit

in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Das differenzielle Behandlungskonzept nimmt die Koinzidenz beider Störungen in den Blick. „Die phänomenologische Ähnlichkeit beider Krankheitsbilder lässt jedoch nicht zu, Prinzipien der Suchttherapie einfach auf die Behandlung von Essstörungen zu übertragen, ebenso, wie Grundsätze einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht ausreichen, um Essstörungen in Verbindung mit einer Abhängigkeitserkrankung fachgerecht zu behandeln.“

Die Patientin hatte sowohl ihre Essanfälle als auch ihren Alkoholkonsum genutzt, um „die Abwesenheit von

Spannung und das Aufkommen von Gleichgültigkeit zu erleben. Häufig setzten der Frau die Fressanfälle und das Erbrechen so zu, dass sie wieder mit dem Trinken begann. Dann registrierte sie eine gewisse Überlegenheit des Alkohols, was die Wirkungskraft bei der Lösung von Spannungszuständen anging: Alkohol half zwar nicht schneller, aber länger anhaltend. Auf der anderen Seite konnte auch schnell getrunken Schnaps nicht mit der Erleichterung und dem Spannungsabfall konkurrieren, den ein Ess-Brech-Anfall herbeiführen wird...“

Das jahrelange Wechselbad zwischen unmäßigem Essen und Trinken und Anspannung führte zu einem hohen Leidensdruck und einer ähnlich hohen Therapiebereitschaft.

Die Behandlung entwickelte sich kompliziert, herausfordernd – und schließlich erfolgreich.

Monika Vogelgesang, Petra Schuhler & Manfred Zielke (Hrsg.):

Essstörungen – Klinische Behandlungskonzepte und praktische Erfahrungen
Pabst, 232 Seiten, Paperback
ISBN 3-89967-114-7

Suchtprävention versus Präventionsideal

(Wie) macht Suchtprävention bei unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten Sinn?

Lisa Wessely & Martin Weber

1 Suchtprävention: Standards für alle?

Die Suchtprävention hat bereits Geschichte. Als relativ junge Disziplin hat sie sich gemäß der gesellschaftlichen Sicht auf das Thema weg von der Warnung vor Drogen im Allgemeinen hin zur Schaffung der Grundlagen für einen selbstbestimmten und risikoarmen (Nicht-) Konsum entwickelt. Die Arbeit an den Ursachen einer Suchtentwicklung rückt dabei ins Zentrum und während es der Politik und anderen öffentlichen Entscheidungsträger_innen obliegt, die gesellschaftlichen Bedingungen für den Konsum von Drogen zu gestalten, setzt die individuelle Suchtprävention vor allem bei der Person, der Konsument_in an: Wie können im Besonderen Jugendliche in einer Welt, in der die vielfältigsten Substanzen (und Möglichkeiten, sich abzulenken) vorhanden sind, einen für sie passenden und risikoarmen Umgang damit finden? Dazu wird einerseits die Resilienz von Kindern gefördert, andererseits werden Schutzfaktoren gestärkt und Belastungsfaktoren nach Möglichkeit abgebaut (vgl. Uhl & Springer, 2002).

Um diese Ziele zu erreichen, haben sich zwei Herangehensweisen in der konkreten Arbeit mit Jugendlichen herauskristallisiert. Die Förderung der Lebenskompetenzen hat nicht nur Auswirkungen auf den Umgang mit Suchtmitteln, sondern stärkt insgesamt die Persönlichkeit ab dem Kleinkindalter. Die Definition der Lebenskompetenzen der WHO (vgl. Bühler & Kröger, 2006) zielt auf die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes und sozial erfülltes Leben ab, in dem Werkzeuge für die Bewältigung von Problemen und Krisen vorhanden sind. Darin sind ein genussvoller Konsum und ein bewusster Einsatz von Suchtmitteln inkludiert.

Die Stärkung der Risikokompetenz erscheint insofern von Bedeutung, als spätestens ab der Pubertät die Suche nach Grenzerfahrungen als Teil der Entwicklung gesehen wird. Damit einher geht der Wunsch nach Anerkennung bei Jugendlichen. Somit versucht die

Suchtprävention die möglichen Nachteile von Risikoverhalten geringzuhalten, ohne die positiven Aspekte zu negieren. Auch hier sollen Jugendliche befähigt werden, Risiko bewusst wahrzunehmen, eine realistische Einschätzung vorzunehmen und im besten Fall einen geeigneten Rahmen für den Erfahrungsgewinn zu schaffen (vgl. Koller, 2007).

Inzwischen verfügt die Suchtprävention über genügend Erfahrung, um diese Ansätze als good practice anzuwenden und weiterzuentwickeln. Unterschiedliche Methoden, die auf die jeweilige Lebenssituation Rücksicht nehmen, stehen zur Verfügung und beziehen verstärkt auch Trends – etwa den Umgang mit digitalen Medien – ein. Es scheint, als habe die Suchtprävention einen guten und gültigen Weg gefunden, um die Abschreckung hinter sich zu lassen und in der Verhaltensprävention individuell arbeiten zu können.

Doch gerade deshalb muss sie sich auch kritische Fragen gefallen lassen. Das (suchtpräventiv) gestärkte Individuum muss letztendlich über die intellektuellen, körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben und damit für einen selbstbestimmten Konsum verfügen. Und es muss in einem kulturellen Kontext leben, in dem eben diese als Wert anerkannt werden. Was jedoch, wenn andere Lebenskonzepte und -vorstellungen vorherrschen? Und kann Suchtprävention auch ernsthaft an Lebenskompetenzen arbeiten, wenn die Realität eine andere Sprache spricht und der Entfaltung des Individuums entgegensteht oder entgegengestanden ist?

Junge Geflüchtete zählen zu den Gruppen, für die beide Ansätze Sinn machen. Natürlich sollen gerade auch ihre Lebens- und Risikokompetenzen gestärkt werden. Doch haben die Begriffe aus ihrer Lebensrealität und -erfahrung heraus nicht eine völlig andere Bedeutung bzw. Dimension?

2 Eine besondere Zielgruppe für die Suchtprävention?

Jugendliche Geflüchtete haben ein erhöhtes Risiko, einen problematischen Konsum oder auch eine Suchterkrankung zu entwickeln, da sie vielen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind und häufig auch von Traumatisierungen betroffen sind. Jedoch nicht alle geflüchteten Menschen sind im gleichen Ausmaß traumatisiert und nicht jedes Trauma führt zur Sucht.

Um zu überlegen, welche Maßnahmen suchtpreventiv wirken können bzw. welche Schritte die Suchtprävention setzen kann, muss man die individuelle Lebenssituation der Jugendlichen miteinbeziehen.

Czycholl (2017) betont die Bedeutung der Migrationserfahrung für die Biographie eines Menschen. Schon ein Migrationsprozess, wie z.B. eine geplante Migration auf Grund beruflicher Veränderungen, stellt eine Krisensituation im Leben dar, die in ihren Auswirkungen mit anderen großen Lebenskrisen wie Pubertät etc. vergleichbar ist. Dies muss berücksichtigt werden, denn Sucht steht auch im Zusammenhang mit der nicht gelungenen Bewältigung von Übergangskrisen. Bei einer Flucht kommen natürlich noch viele weitere belastende Faktoren hinzu.

Eine wichtige Rolle spielt das Lebensalter zum Zeitpunkt der Flucht. Für kleine Kinder, die typischerweise mit ihren Eltern flüchten, aber auch für Jugendliche, die nicht von der Familie getrennt sind, bleiben die familiären Beziehungen intakt. Nicht so bei Jugendlichen, die alleine geflüchtet sind: Sie befinden sich auf Grund ihrer Entwicklungsphase gerade in einem Ablösungsprozess und müssen alters-typische Entwicklungsaufgaben bewältigen, gleichzeitig jedoch eine herausfordernde Situation „erwachsen“ und selbstständig meistern, wodurch sie einer Doppelbelastung ausgesetzt sind (a.a.O.).

Warum sich Kinder und Jugendliche unbegleitet auf die Flucht aus ihrem Heimatland begeben, ist sozialwissenschaftlich noch nicht ausreichend erforscht (Parusel, 2015). Es erscheint jedoch plausibel, dass es sich in den meisten Fällen um eine Kombination mehrerer Push-Faktoren handelt. Jugendliche können aus den gleichen Gründen wie Erwachsene flüchten: Armut, Verfolgung aus politischen oder religiösen Gründen im Heimatland oder Folgen von Naturkatastrophen.

Es gibt aber auch Faktoren, die speziell Jugendliche zur Flucht treiben, so etwa, wenn sie diese Entscheidung nicht alleine treffen, sondern von der Familie „geschickt“ werden. Für die Flucht des Jugendlichen wird in diesen

Fällen oft viel Geld gespart oder die Familie verschuldet sich. Sie werden mit den Worten geschickt: „Du bist der Stärkste von uns, du kannst das schaffen!“ oder: „Wir wollen, dass es dir besser geht, mach etwas draus!“ Die Idee ist, dass sie im Zielland bessere Chancen auf ein sicheres Leben, Ausbildung und Arbeit haben und so auch später zum Lebensunterhalt der Familie im Heimatland beitragen können. Es besteht in manchen Fällen auch die Hoffnung, dass andere Familienmitglieder später nachziehen können (vgl. a.a.O.). Daran sind natürlich Erwartungen geknüpft bzw. werden subjektiv verspürt, die den Jugendlichen großen Druck machen und zusätzliche Belastungsfaktoren darstellen.

In Österreich angekommen, ist die Situation oft schwierig. Die Jugendlichen beschreiben die Trennung von der Familie als einen Hauptbelastungsfaktor, weiters neben den oben genannten Fluchtursachen die Sehnsucht nach der Familie, die Ungewissheit über deren Schicksal, laufend verunsichernde Nachrichten aus dem Heimatland – und damit verbunden häufig Schuldgefühle, da sie selbst in Sicherheit sind. Bekannt ist dieses Phänomen unter dem Namen Survivor Syndrom (Niederland, 1961).

Dazu kommen noch die Faktoren des Neuseins, des Fremdseins. Sie müssen sich in einer neuen Kultur mit anderen Religionen, Traditionen und Werthaltungen zurechtfinden. Eine neue Sprache muss gelernt werden, sie müssen sich in WG, Deutschkurs und Schule einfügen. Sie müssen neue Beziehungen aufbauen, Freund_innen finden. Neben all diesen großen Herausforderungen gilt es auch das Warten auszuhalten sowie viel freie Zeit zu überbrücken und sinnvoll zu gestalten.

Laut dem Modell der psychologischen Phasen der Migration von Sluzki (2016) gibt es in jeder Phase des Migrationsprozesses typische Risiko- und Bewältigungsmuster. Es ist also relevant, darauf zu achten, in welcher Phase sich die Jugendlichen befinden, und in weiterer Folge auch, wie sie die vorangegangenen Phasen bewältigt haben, um passende Interventionen setzen zu können.

Letztlich befinden sich die Jugendlichen in einer unsicheren Situation, das Asylverfahren dauert oft sehr lange und hat einen ungewissen Ausgang, besonders für die Gruppe der jungen männlichen Afghanen, die den größten Teil an unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (ca. zwei Drittel) ausmachen. Es ist unklar, ob und wie lange sie in Österreich bleiben können und selbst der Aufenthalt in der WG ist durch das Erreichen der Volljährigkeit begrenzt.

All das führt dazu, dass die herkömmlichen Maßnahmen der Suchtprävention hier nicht

greifen. Die Suchtprävention und Früherkennung des Vereins „Dialog“ hat sich im Zuge der verstärkten Migrationsbewegungen mit der höchst vulnerablen Zielgruppe der geflüchteten Jugendlichen, und hier insbesondere der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF), auseinandergesetzt und versucht, Zugänge und Methoden zu erarbeiten, die der speziellen Situation gerecht werden.

3 UNO-Projekt – Erste Erfahrungen

Prinzipiell ist es der Zugang der Suchtprävention und Früherkennung des Vereins „Dialog“, auf Basis von Standards Erfahrungen mit neuen Zielgruppen zu sammeln und so die praktische Umsetzung von Maßnahmen (weiter) zu entwickeln. Eine Möglichkeit, die Auseinandersetzung fachlich und finanziell aufzusetzen, sahen wir durch die Einreichung eines Projekts bei der UNO für das Jahr 2016. Dieses schuf einen Rahmen dafür, Methoden zu entwickeln und auszuprobieren, vor allem aber die Zielgruppe der UMF kennenzulernen. Unter Berücksichtigung der Präventionsstandards der UNO, welche die Integrität des Individuums hervorheben (UNODC, 2015), entschlossen wir uns zur Durchführung von Workshops mit den Jugendlichen sowie mit ihren Betreuer_innen. Der Arbeit mit Multiplikator_innen an der Schnittstelle von Verhaltens- und Verhältnisprävention kommt eine besondere Bedeutung zu, weshalb wir darauf prinzipiell einen Schwerpunkt legen.

Diese ersten – zum Teil ernüchternden – Erfahrungen stellten den Ausgangspunkt für eine intensive Auseinandersetzung mit den speziellen Bedürfnissen und Lebensbedingungen der Zielgruppe dar. Rasch wurde uns bewusst, dass die bewährten Konzepte nicht nur auf Grund der speziellen Verfasstheit der Jugendlichen schwer umsetzbar waren, sondern auch wegen ihrer aktuellen Lebensbedingungen im Zielland Österreich. Anfragen aus Betreuungs- und Wohneinrichtungen für UMF hatten uns schon vor der Finalisierung des Projektantrags erreicht, denen wir nun nachkommen konnten.

Nach einem Jahr mussten wir resümieren, dass wir zwar viele Erfahrungen gesammelt hatten, auf denen wir aufbauen konnten, dass unsere Ideen bei der Projekteinreichung jedoch in der Form nicht umsetzbar waren. Die konkreten Probleme, die sich ergeben hatten, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Zielgruppe der UMF ist zu heterogen, um mit einem Konzept zu arbeiten. Nicht nur die verschiedenen Kulturen der Herkunftsländer, sondern auch die Unterschiede

de in der aktuellen Situation spielten dabei eine große Rolle. So erwiesen sich die Dauer des Aufenthalts in Österreich, die soziale Einbindung vor Ort sowie die Vertrautheit mit dem österreichischen Sozial- und Gesundheitssystem als entscheidende Faktoren.

- Das Thema „Suchtmittelkonsum“ ist mit starken Tabus belegt, das Misstrauen gegenüber Institutionen von außen sehr groß. Das führte dazu, dass die Teilnahme an Workshops nur bedingt freiwillig und dementsprechend mit Widerstand und Vorbehalten verbunden war.
- Die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen waren gerade zu der Zeit des Projekts durch allgemeine Überforderung erschwert. Der Konsum von Suchtmitteln stellte trotz seiner Brisanz nicht das vorrangige Problem dar, die Bewältigung des Alltags forderte sowohl die Betreuer_innen als auch die Jugendlichen heraus. Zudem fehlte es häufig an Ressourcen, sodass das Herstellen eines adäquaten Settings nur bedingt möglich war.
- Sprachprobleme samt ungenügenden Dolmetschmöglichkeiten stellten eine weitere Hürde dar.
- Und letztendlich mussten wir uns die Frage stellen, welches Ziel wir erreichen wollten. Über Lebens- und Risikokompetenzen mit Jugendlichen zu arbeiten, die ihre Familie und ihr Land verlassen und sich unbegleitet auf eine Reise durch fremde Gebiete begeben hatten, um sich in einer Situation wiederzufinden, in der ihr weiteres Schicksal völlig ungeklärt war, erschien uns in Form von Workshops nicht nur wenig zielführend, sondern fast zynisch. Was sich jedoch als wichtig herausstellte, war, über den Umgang mit Suchtmitteln in Österreich sowie die gesetzliche Lage zu sprechen, um massiven Wissensdefiziten zu begegnen.

4 Suchtmittelkonsum von jungen Geflüchteten

Zum Substanzkonsum unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge liegen aktuell noch keine ausreichenden wissenschaftlichen Daten vor. Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus den Workshops mit den Jugendlichen und den Betreuer_innen sowie die Erkenntnisse aus der Arbeit mit den Jugendlichen in der Beratungsstelle wiedergegeben. Diese decken sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Erhebung bei 38 minderjährigen Flüchtlingen durch die

Gesellschaft Gesundes Österreich (Strizek et al., 2017).

Am häufigsten ist unter diesen Jugendlichen der Konsum von Tabak verbreitet, hier sind vor allem der frühe Beginn (teilweise Volksschulalter) und der teilweise sehr hohe Konsum erwähnenswert.

In Bezug auf Alkohol werden die ersten Konsumerfahrungen in der Regel erst in Österreich gemacht. Neben Alkohol gibt es die meisten Erfahrungen mit Cannabis, wobei hier der Konsum teilweise bereits aus dem Heimatland bekannt ist. Einerseits wird die Wirkung von Cannabis bei den oben beschriebenen Problemstellungen als entlastend erlebt, andererseits ist es leicht erhältlich, wobei sich die Jugendlichen der gesetzlichen Bestimmungen oft nicht bewusst sind. Bis auf wenige Ausnahmen ist auch Cannabiskonsum der Grund, warum sowohl die Jugendlichen als auch die Betreuungseinrichtungen Kontakt mit den Suchtberatungsstellen bzw. der Suchtprävention aufnehmen. Der Konsum von Opiaten und aufputschenden Substanzen spielt hingegen eine untergeordnete Rolle.

In Bezug auf die Konsummuster gibt es eine große Bandbreite von starker Ablehnung und Abstinenz bis zu problematischem und regelmäßigem oder hohem Konsum. Bei Cannabis lag zum Teil auch Abhängigkeit vor. Moderater Konsum ist eher selten, bei Alkohol berichten die Jugendlichen auch von negativen Erfahrungen, beispielweise wird ein eintretender Kontrollverlust eher als unangenehm erlebt.

Warum werden Substanzen konsumiert? Welche Motive werden angegeben? Substanzkonsum hat subjektiv immer einen Sinn und wird natürlich teilweise auch bewusst eingesetzt. Anders als bei österreichischen Jugendlichen spielen hedonistische Motive (Klein, 2015) hier jedoch kaum eine Rolle. Spaß und Genuss sowie die Lust an der Berausung werden kaum als subjektive Konsummotive angegeben. Der Einfluss der Peergruppe wird auch von UMF erwähnt, vor allem darauf, welche Substanzen konsumiert werden. Die Schwierigkeit, sich einer Gruppe zu entziehen, ist hier auf Grund der eingeschränkten Möglichkeiten, stabile Beziehungen zu anderen Jugendlichen aufzubauen, noch verstärkt.

Deutlich zu bemerken ist der Substanzkonsum vor allem von Cannabis zur Problembewältigung und Selbstmedikation. Eingesetzt wird die Substanz, um belastende Gedanken zu stoppen. Die negativen Gedanken betreffen die Vergangenheit, vor allem die fehlende Familie, ihre aktuelle Situation und die ungewisse Zukunft. Die Jugendlichen können dadurch abschalten und auch an andere Dinge denken.

Häufig wird Cannabis zudem dazu verwendet, Schlafstörungen zu behandeln. Wie Studien zeigen, ist die Zahl derer, die an einer depressiven Symptomatik leiden, hoch. Wenn man es aber schafft, sie soziokulturell zu integrieren und Unterstützung anzubieten, zeigen sie ein hohes Potential, Resilienzen aufzubauen (Opedal & Idsoe, 2012).

Die jungen Geflüchteten befinden sich in einer Lebenssituation mit wenig Selbstbestimmung, die von Warten und Ungewissheit geprägt sind. Mit dem Konsum von Substanzen können sie ihre aktuelle Situation selbst beeinflussen und durch die rasche Wirkung wird der Effekt noch deutlicher verspürt. Dazu kommt die Tatsache, dass sie über viel freie Zeit verfügen, der Tag oft nicht ausreichend durch Ausbildungs- und/oder Freizeitangebote strukturiert werden kann und der Langweile und Untätigkeit mit Konsum begegnet wird. Welche Versprechungen in Bezug auf Alternativen können also durch die Suchtprävention gegeben und letztendlich auch eingelöst werden? Welche Ziele sind realistisch und erreichbar? Und wie erlangen wir in kurzer Zeit Zugang zu den Jugendlichen, über die möglichen negativen Folgen ihres Konsums zu informieren, ohne diesen zu verharmlosen und zu dramatisieren?

In den Workshops mit den Jugendlichen haben wir – trotz des Einsatzes von Dolmetscher_innen – vor allem auf nonverbale Methoden gesetzt. Um Substanzen und Konsum zu besprechbaren Themen zu machen, entwickelten wir Landkarten ihrer Herkunftsländer und von Österreich, in die sie die im jeweiligen Land bekannten Mittel zeichnen konnten. So wurde es möglich, über Substanzgebrauch in den Herkunftsländern zu sprechen und auch eine Brücke zu Österreich zu schlagen (Traditionen, Gesetze, gesellschaftliche Aspekte, vor allem mit dem Schwerpunkt Alkohol). Durch das Aufzeigen von Unterschieden und Gemeinsamkeiten, ohne dass es zu Beginn schon zu konkret um sie als Personen ging, konnte das Tabu „Suchtmittelkonsum“ gebrochen und Vertrauen aufgebaut werden.

Ein wesentlicher Punkt, der bei der suchtpreventiven Arbeit einen Unterschied zu der Arbeit mit österreichischen Jugendlichen macht, sind die Auswirkungen der rechtlichen Situation. Bei Jugendlichen allgemein besteht oft der Eindruck, dass der Konsum und Besitz von Cannabis legal sei oder zumindest nicht geahndet werde. Was für österreichische Jugendlichen unangenehme Folgen haben kann, ist für Asylwerber_innen insofern noch schwerwiegender, als eine Anzeige nach dem Suchtmittelgesetz einen negativen Einfluss auf das Asylverfahren haben kann. Umso wichtiger war es,

den Jugendlichen nicht nur Informationen über die (gesundheitlichen Aus-)Wirkungen der Suchtmittel zu geben, sondern auch über die rechtliche Situation in Österreich.

5 Arbeit mit Betreuer_innen – gefangen im System

Das Dilemma, dass einerseits der Konsum in der Situation zumindest nachvollziehbar ist, andererseits jedoch mögliche negative Konsequenzen unterbunden werden müssen, betrifft nicht nur die Jugendlichen, sondern auch die Betreuer_innen. Wie alle Berufsgruppen, die mit jungen Menschen arbeiten, sind sie gefordert, eine klare Haltung zu entwickeln, Regeln aufzustellen, die einhaltbar sind, und bei deren Bruch Konsequenzen zu setzen. Doch was sich in der Schule, im Lehrbetrieb oder auch in einem Jugendzentrum – nicht immer leicht, aber doch – umsetzen lässt, ist in den Wohneinrichtungen für UMF zum Teil Utopie.

Die Gründe dafür wurden zum Teil schon genannt: Die Strukturen sind (über)fordernd, die Ressourcen reichen häufig gerade dazu, die Gestaltung des Alltags zu gewährleisten, der Kontakt mit einer großen Gruppe von häufig traumatisierten Jugendlichen mit anderen Traditionen und (Werte-)Haltungen erfordert Empathie bei gleichzeitiger Abgrenzung, um die berufliche Rolle wahrnehmen zu können.

Zwei weitere Faktoren erschweren das Ansprechen des Konsums: Erstens ist Sucht(-gefährdung) ein Thema von vielen, mit dem Betreuer_innen in der Flüchtlingshilfe konfrontiert sind. Oft fehlt dazu grundlegendes Wissen, das auf Grund von zu wenig Zeit und zu vielen anderen Notwendigkeiten nur bedingt eingeholt werden kann. Dieses Wissen umfasst die möglichen gesundheitlichen Folgewirkungen jugendlichen Cannabiskonsums. Zweitens hat das Ansprechen des Konsums illegaler Substanzen in dem Fall eine ganz andere Auswirkung. Während etwa ein(e) Lehrer_in bei einem Verdacht auf Suchtmittelkonsum im Rahmen des § 13 SMG eine Jugendliche motivieren kann, eine Beratungsstelle aufzusuchen, ohne dass diese negative Konsequenzen zu fürchten hat, stellt jede „Einmischung“ der Betreuer_innen eine Bedrohung für den Jugendlichen dar. Welche Konsequenz kann in Aussicht gestellt werden, wenn der Jugendliche weiterhin konsumiert, ohne ihn sämtlicher Chancen zu berauben?

In den Workshops mit Betreuer_innen versuchen wir von der Suchtprävention und Früherkennung des Vereins „Dialog“ daher, Wissen und damit auch Verständnis für Suchtmittel-

konsum und seine Folgen zu vermitteln, aber auch genau diese Problematik anzusprechen und mögliche Lösungen zu entwickeln. Oft ist Konsens über den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen und das Entwickeln einer gemeinsamen Haltung im Team ein erster Schritt, um die belastende Situation zu entschärfen.

Ein wichtiger Inhalt in den Workshops mit Betreuer_innen ist auch die Differenzierung der Konsummotive: Wann handelt es sich um einen „normalen“ jugendlichen Substanzkonsum, wann geht es um Problembewältigung. Davon hängt auch die Art der Intervention ab, wobei das Bekanntmachen der Angebote der Suchthilfe Ziel in den Workshops war. Den Betreuer_innen wurden Wege aufgezeigt, wie sie Jugendliche unkompliziert in Einrichtungen der Suchthilfe vermitteln können.

Vielmehr jedoch gilt es, nicht nur auf individueller Ebene zu arbeiten, sondern auch im Bereich der Verhältnisprävention Maßnahmen zu entwickeln und vorhandene Strukturen zu überdenken. Dies liegt nur zum Teil im Einflussbereich der Betreuer_innen, doch auch kleine Veränderungen in der Organisation des (Arbeits-)Alltags mit den Jugendlichen zeigen Wirkung. Die Betreuer_innen leisten nämlich einen täglichen Beitrag zur Suchtprävention, indem sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten sinnvolle Beschäftigung anbieten, bei Ausbildung/Schule unterstützen und Räume bieten, in denen sich die Jugendlichen aufhalten können. Somit haben sie Einflussmöglichkeiten auf die Jugendlichen und können auf diesem Weg ihre Lebenskompetenzen stärken.

6 Peerarbeit/Empowerment/Theaterprojekt

Auf Grund der Relevanz von Suchtprävention für diese Zielgruppe und den Erfahrungen aus der bisherigen Arbeit wurde 2017 begonnen, an einem Peerkonzept zu arbeiten. Wir luden also eine Gruppe junger Flüchtlinge und Betreuer_innen einer Bildungseinrichtung, dem Verein Prosa, ein, um von ihren Haltungen, Meinungen und Erfahrungen zu profitieren. Die bisherigen Erkenntnisse wurden weitestgehend bestätigt.

In der folgenden Diskussion wurde jedoch auch deutlich, dass sich der Einsatz von Peers zur Informationsweitergabe schwierig gestalten würde: In welchem Setting können UMF von Gleichaltrigen erreicht werden? Wie kann die Qualität gesichert werden? Und vor allem: Wie können geeignete Peers gefunden und entsprechend entlohnt werden? Was wir jedoch als Suchthilfe leisten könnten, so der Tenor der

Teilnehmer_innen des Austauschs, läge im Bereich des Empowerments, um den Umgang mit Suchtmitteln zu thematisieren und die Jugendlichen zur Reflexion anzuregen. Oppedal und Isode (2012) betonen die Wichtigkeit, Interventionen zu setzen, welche die Selbstwirksamkeit der Jugendlichen erhöhen, indem sie auf kulturelle Muster hinsichtlich Kommunikation, Denken und Handeln sensibilisiert werden. Dies führe zu einer Abnahme bestehender depressiver Symptomatiken.

Nach einer intensiven Diskussion fiel die Entscheidung auf ein Peer-Theater-Projekt, das der Verein „Dialog“ gemeinsam mit dem Institut für Suchtprävention der Sucht und Drogenkoordination Wien initiiert hat und von diesem gefördert wird. „Die Dosis“ ist eine Auseinandersetzung mit Konsummotiven und Wirkungen von Suchtmitteln. Zwei Künstler_innen entwickelten gemeinsam mit jungen Menschen mit und ohne Fluchterfahrung ein Theaterstück zum Thema Suchtmittel mit den Methoden der Bewegungsimprovisation, des „Story Tellings“ und des Tanzes. Die Szenen entstanden gemeinsam mit den Protagonist_innen aus biografischen Textfragmenten, Choreografien und Übungen und basieren auf ihren Assoziationen zu Suchtmittelkonsum. Wichtig dabei war es, die ständige Weiterentwicklung der Szenen nicht nur zuzulassen, sondern auch zu fördern. Was in den „Voraufführungen“ zu sehen war, entsprach letztendlich nicht mehr dem, was bei den ersten öffentlichen Vorstellungen gezeigt wurde.

Diese fanden im Juni 2018 im Theater „Dschungel“ im Wiener Museumsquartier statt. Eine davon war für erwachsene Expert_innen gedacht, zwei weitere für Jugendliche. Beide Gruppen zeigten sich beeindruckt von der Intensität, mit der die Jugendlichen ihre Fragen, Wünsche, Ängste und Zugänge zu Suchtmitteln künstlerisch transportierten. In den Nachbesprechungen wurde diese Uneindeutigkeit auch angesprochen: Nicht die Information stand im Vordergrund, sondern die Emotionen, die mit dem Konsum von Substanzen im Kontext mit Migration verbunden sind.

Die Aufführungen können seit Herbst 2018 von Schulen und Jugendeinrichtungen gebucht werden. Die ersten Erfahrungen an Schulen zeigen ein differenziertes Bild: Einerseits lassen sich die Zuseher_innen emotional sehr auf das Thema ein, andererseits kann auf Grund der künstlerisch-abstrakten Darstellung zum Teil nur schwer der Bezug zum Thema Suchtprävention hergestellt werden. Da sich die Szenen jedoch laufend verändern, kann dieses Feedback auch in die Arbeit einfließen.

Wichtig erscheint jedenfalls die Arbeit mit den Jugendlichen, die an dem Projekt beteiligt sind. Für sie bietet sich die Möglichkeit, gemeinsam mit Gleichaltrigen ohne Fluchterfahrung in einen Austausch zu treten. In dem intensiven Probenprozess wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf ihre aktuelle Lebenssituation, ihre Erfahrungen und ihre Ängste sichtbar. Für einige eröffnet die Teilnahme zudem neue Perspektiven. Somit wird genau das gefördert, was ein Ziel von Suchtprävention ist, nämlich Empowerment. Eine Herausforderung stellt die Fluktuation der Künstler_innen dar: auch wenn sich durch die Änderungen in der Gruppe immer wieder neue Perspektiven ergeben, so ist der laufende Rekrutierungsprozess nicht einfach, zumal sich jede neue Person auch mit dem auseinandersetzen muss, was bereits in der Gruppe erarbeitet wurde. Die Fortführung dieses spannenden Projekts ist für das Jahr 2019 jedenfalls gesichert.

7 Fazit: Was wird gebraucht?

Alles gut also? Es wäre vermessen, hier einen Punkt zu machen und das Thema Suchtprävention für UMF abzuhaken. Es ist ein klarer Auftrag, sich weiter mit dem Thema auseinanderzusetzen, die Entwicklungen im Auge zu behalten und adäquat darauf zu reagieren. Zudem erreichen wir mit dem Projekt nur einen bestimmten Teil der UMF, unser Bestreben muss sein, weitere Überlegungen anzustellen, wie Information und Prävention in dem Bereich verankert werden können. Was aber brauchen die unterschiedlichen Beteiligten, damit Suchtprävention für diese Zielgruppe sinnvoll gestaltet werden kann?

Die Mitarbeiter_innen der Suchthilfe und Suchtprävention müssen über interkulturelle Kompetenzen verfügen, zudem braucht es mehr Wissen über die Herkunftsländer, den Umgang mit Substanzen in diesen Ländern und wie Sucht verstanden wird. Der Einsatz von Videodolmetschern, wie er in den Beratungsstellen des Vereins „Dialog“ bereits angeboten wird, erleichtert die Beratung und Behandlung von nicht deutschsprachigen Personen, diese können so frühzeitig erreicht werden. Trotzdem erscheint es auch notwendig, mehr muttersprachliche Angebote in der Suchthilfe und Suchtprävention setzen zu können. Und natürlich bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit den Betreuungseinrichtungen aus dem Bereich Asyl und Wohnen auf der einen Seite, um Betroffene rasch in die Suchthilfe vermitteln zu können, und einer Kooperation mit Traumaeinrichtungen auf der anderen Seite. Das Bearbei-

ten von Traumata ist ein wichtiger Schutzfaktor vor einer Suchtentwicklung, der Ausbau von Therapieangeboten, bevor sich Jugendliche an die Suchthilfe wenden (müssen), ist daher dringend notwendig.

Die Mitarbeiter_innen der Flüchtlingshilfe brauchen Wissen über jugendlichen Substanzkonsum. Insbesondere sollten sie diesen von problematischem Konsum bzw. süchtigem Verhalten differenzieren können, um frühzeitiges Erkennen, Ansprechen und Intervenieren zu erleichtern. In der Einrichtung sollte eine gemeinsame Haltung mit Regeln und daraus resultierenden Konsequenzen entwickelt werden. Ein Ziel des Vereins „Dialog“ ist es, auch Mitarbeiter_innen, die selber aus den relevanten Herkunftsländern kommen, zu schulen. Wir gehen davon aus, dass Informationen sowie Maßnahmen der Suchtprävention und Früherkennung besser angenommen werden, wenn sie von ihnen vermittelt werden.

Suchtprävention ist immer dann am wirksamsten, wenn Maßnahmen der Verhaltensprävention und Verhältnisprävention kombiniert werden, daher bedarf es dringend struktureller Maßnahmen. Wenn man mit den Jugendlichen selber und Expert_innen spricht, kommt man zu dem gleichen Ergebnis. Suchtpräventiv sind alle Maßnahmen, die gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Sprachkenntnisse, die Möglichkeit sinnvoller Beschäftigung, Zugang zu Ausbildung und Arbeit, Kontakt zu österreichischen Jugendlichen, Räume, die sie für sich nutzen können, um sie von einschlägigen Orten fernzuhalten, und ein Ausmaß an Sicherheitsgefühl, Unterstützung und Begleitung bei ihren alltäglichen Schwierigkeiten stellen nicht nur die Basis für eine Auseinandersetzung mit Konsum dar. Hier ist vor allem die Politik gefragt. Wenn die Ressourcen für einen menschenwürdigen Aufenthalt im Zielland nicht zur Verfügung gestellt werden, wird Suchtprävention ein Tropfen auf dem heißen Stein bleiben.

Literatur

- Bühler, A. & Kröger, Ch. (2006). *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Czycholl, D. (2017) Sucht und Migration: „Nicht mit der Tür ins Haus fallen!“ In: D. Czycholl (Hrsg.), *Integration heißt Erneuerung – Beiträge zu Migration und Sucht* (S. 157-164). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Klein, M. (2015). *Vom (Irr-)Sinn der Sucht – ein modernes Konzept für ein archaisches Verhalten*. Fachtagung (Neue) Süchte – Neue Wege in der Wohnungslosenhilfe?! 20.04.–21.04.2015, Irsee/Deutschland.
- Koller, G. (2007). Risiflecting – Ein pädagogisches Handlungsmodell zur Entwicklung von Rausch- und Risikokompetenz. In: J. Einwanger (Hrsg.), *Mut zum Risiko – Herausforderungen für die Arbeit mit Jugendlichen*. München: Reinhardt.
- Niederland, W. G. (1961). The problem of survivor. *Journal of Hillside Hospital*, 10, 233-247.
- Oppedal, B. & Idsoe, T. (2012). Conduct problems and depression among unaccompanied refugees: the association with pre-migration trauma and acculturation. *Anales de psicologia*, 28 (3), 283-294.
- Parusel, B. (2015). Unbegleitete minderjährige auf der Flucht. *APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte*, 65 (25), 31-38.
- Sluzki, C. E. (2016). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Th. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-124). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Strizek, J. et al. (2017). *Suchtspezifische Problemlagen unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter in Wien*. Unveröffentlichtes Dokument. Gesellschaft gesundes Österreich.
- Uhl, A. & Springer, A. (2002). *Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Download: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/6/4/CH1347CMS1343046688460/professionelle_suchtpraevention_in_oesterreich1.pdf – abgerufen 07.03.2019.
- UNODC – United Nations Office on Drug Use and Crime. <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html> – abgerufen 29.01.2018.



Mag. Lisa Wessely
Klinische und Gesundheitspsychologin,
Arbeitspsychologin,
Notfallpsychologin,
Leiterin Suchtprävention und Früherkennung
Verein Dialog
lisa.wessely@
dialog-on.at



Mag. Martin Weber
Sprachwissenschaftler,
stellvertretender
Geschäftsführer
Verein Dialog
martin.weber@
dialog-on.at

Jugendliche und junge Erwachsene mit Fluchterfahrung im Beratungssetting der Suchtberatung Kö *Schanze in Hamburg

Nicole Krol

In der Zeit der Jugend ist das Ausprobieren psychoaktiver Substanzen ein verbreitetes und alterstypisches Phänomen, das u.a. aus der Neugier auf Erfahrungen, die das Erwachsenwerden bereithält, und einer gesteigerten Bereitschaft, Risiken einzugehen („risk behaviour“), resultiert (Scheithauer et al., 2008). Dass der Konsum von Drogen zumeist in diesem biographischen Lebensabschnitt kulturspezifisch initiiert wird, erscheint angesichts dessen ebenso wenig überraschend wie die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie 2015 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Laut dieser zählt Deutschland mit einem durchschnittlichen pro-Kopf-Konsum von zwölf bis 14 Litern bezogen auf Alkohol zu den Hochkonsumländern. Dementsprechend gaben im Rahmen dieser Erhebung 68 Prozent aller befragten Zwölf- bis 17-Jährigen an, schon einmal Alkohol konsumiert zu haben (Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums). In der Gruppe der 18- bis 25-Jährigen sind es mit 95,3 Prozent nahezu alle befragten jungen Erwachsenen, die bereits Erfahrungen mit Bier, Wein, Schnaps und anderen alkoholischen/alkoholhaltigen Getränken haben (BzG, 2016). Nicht jeder Probierkonsum führt dabei zu einer Abhängigkeitserkrankung. Ob sich bei der oder dem Einzelnen risikoarme oder aber riskante Konsummuster ausbilden, unterliegt dabei einer Vielzahl von Einflussfaktoren. Werden Drogen im Verlauf der Adoleszenz jedoch chronisch missbräuchlich oder abhängig konsumiert, kann der erfolgreiche Übergang ins Erwachsenenleben dadurch erheblich erschwert werden. Als Suchtberatungsstelle für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und deren Angehörige hat es sich die „Kö *Schanze“ seit ihrer Entstehung u.a. zur Aufgabe gemacht, den Heranwachsenden in dieser kritischen Lebensphase Orientierung für den Umgang mit abhängigkeitsauslösenden Substanzen zu geben und sie auf dem Weg zu selbstverantwortlichem Handeln zu stärken. Dabei sieht sie sich besonders in den letzten zwei Jahren vor Herausforderungen gestellt, die mit der Zunahme von konsu-

mierenden Jugendlichen mit Fluchterfahrung im Beratungssetting einhergehen. Welcher besondere Bedarf sich daraus ergibt und welche Maßnahmen ergriffen wurden, um diesem gerecht zu werden, soll im Folgenden ausgeführt werden. Zuvor werden die Einrichtung und ihr allgemeiner Auftrag kurz vorgestellt. Da die Jugendsuchtkrankenhilfe mittlerweile ein eigenes Feld des Suchthilfesystems darstellt und der Text zudem die spezifische Lage geflüchteter Jugendlicher behandelt, wird in dem darauf folgenden Abschnitt verdeutlicht, welchen Einfluss der biographische Lebensabschnitt des Heranwachsenden auf die Entwicklung riskanter Konsummuster haben kann, insbesondere, wenn es an protektiven Faktoren für eine gelingende Lebensführung frei von Abhängigkeiten mangelt. Im weiteren Verlauf werden die sich aus der Flucht ergebenden Spezifika aufgeführt, da diese im Beratungskontext nicht missachtet werden dürfen. Anschließend wird beschrieben, wie die Kö *Schanze auf die neuen Anforderungen reagiert.

Die Suchtberatung Kö *Schanze für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene sowie deren Angehörige

Die Kö *Schanze wurde 1972 als erste ambulante Drogenberatung für Jugendliche im Hamburger Bezirk Altona als Antwort auf eine starke Zunahme der Anzahl jugendlicher Konsumenten illegaler Drogen (hauptsächlich Cannabis) und solcher, die an den Folgen des Konsums opiathaltiger Drogen verstorben sind, eröffnet. Im Bereich der Suchthilfe entstand zu dieser Zeit ein Bewusstsein dafür, dass sich präventive und helfende Angebote an der Lebenslage der Heranwachsenden ausrichten sollten, um die Zielgruppe zu erreichen und adäquat zu versorgen. Erfahrungen, die in dieser einschneidenden Lebensphase gemacht werden, beeinflussen die Einstellung der erwachsenen Person zum Drogenkonsum mitunter erheblich. Mittlerweile bietet das The-

menfeld „Jugend und Sucht“ einen eigenen Teilbereich der allgemeinen Drogenberatung. Basierend auf aktuellen Sozialforschungsergebnissen werden Methoden und Interventionen, die Lebenswelten junger Menschen berücksichtigend, konzeptionell erarbeitet, um in der pädagogischen Praxis umgesetzt zu werden. An dem eigens für dieses Themengebiet entstandenen Arbeitskreis „Jugend und Sucht“ in der Stadt Hamburg nehmen Berater*innen der Kö *Schanze regelmäßig teil. Systemische Zusatzqualifikationen der sozialpädagogisch ausgebildeten Mitarbeiter*innen zur Systemischen Kinder- und Jugendtherapeut*in, Berater*in sowie zur Familientherapeut*in tragen dazu bei, dass die Beratungsstelle familienorientiert ausgerichtet arbeitet und sich eine systemische Haltung im Team etabliert hat. Sie versucht wenn möglich die Familie oder andere wichtige Personen aus dem sozialen Umfeld der jungen Menschen in den Beratungsprozess miteinzubeziehen und bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit der Angehörigenberatung, wenn bei den betroffenen Jugendlichen die Bereitschaft, mitzukommen, nicht vorhanden ist. Als staatliche Einrichtung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg ist sie außerdem überregional, also für das gesamte Stadtgebiet, zuständig und kooperiert mit Einrichtungen der Jugendhilfe aus allen Bezirken. Die Zusammenarbeit reicht von aufsuchenden Angeboten für die Jugendlichen u.a. im Kinder- und Jugendnotdienst des Landesbetriebes für Erziehung und Bildung (LEB) über Schulungsangebote zum Thema „Jugendliche in Entwicklung“ für Mitarbeitende der Jugendhilfe, bis hin zum Angebot der kollegialen Beratung und Supervision für sozialpädagogische Fachkräfte oder ehrenamtliche Vormünder*innen. Heranwachsende bis zum Alter von 21 Jahren erhalten Information zum Thema Drogen und Drogenkonsum, Beratung und darüber hinaus Hilfe bei der Bewältigung von substanzungebundenen Verhaltensstörungen, also bei gestörtem Essverhalten, exzessiver Mediennutzung sowie Spiel- und Glücksspielsucht. Die Kö *Schanze sieht ihre Aufgabe darin, gefährdete Jugendliche bei einem erfolgreichen Übergang ins Erwachsenenalter zu unterstützen, und hat es sich zum Ziel gemacht, sie dazu zu befähigen, Probleme auf eine funktionale Art und Weise zu bewältigen und ihr Leben aktiv zu gestalten. Sie begegnet den Jugendlichen wertschätzend und richtet ihr Augenmerk auf bereits vorhandene unter Umständen verdeckte Ressourcen. Diese und weitere Resilienz fördernde Faktoren werden im Beratungsprozess auf- oder wiederentdeckt und gestärkt. Ihr Angebot passt die

Kö *Schanze seit ihrer Entstehung den sich aktuell im Stadtgebiet abzeichnenden Trends an. Nachdem im Jahr 2015 die Zahl der vorwiegend männlichen Jugendlichen mit Fluchterfahrung unerwartet und sprunghaft angestiegen ist, reagierte die Stadt auf diesen Mehrbedarf mit der Schaffung von zwei zusätzlichen Stellen. Durch die Erweiterung des Teams verkürzten sich die Wartezeiten für einen Beratungstermin, was gerade für die Zusammenarbeit mit jungen Menschen vorteilhaft ist, da die Motivationslage bei jungen Menschen zum Teil stärker von situativen Stimmungen abhängig ist als bei Erwachsenen (Keppeler, 2001). Wenn die Bereitschaft, sich Hilfe zu holen, vorhanden ist, sollte ein Erstgespräch möglichst zeitnah stattfinden. Ziel der Erweiterung des Teams war es außerdem, die Anforderungen, die das Beratungssetting mit jungen geflüchteten Menschen mit sich bringt, bestmöglich zu erfüllen. Konkrete Maßnahmen werden im Verlauf des Textes aufgeführt. An dieser Stelle soll vorerst noch betont werden, dass das Ausprobieren von Drogen bei dem Großteil der jungen Konsumenten zu einem maßvollen Gebrauch und einem verantwortungsbewussten Umgang mit diesen führt. Sie verfügen über genügend protektive Faktoren, um psychosozialen Belastungen und krisenhaften Situationen angemessen zu begegnen und es stehen genügend alternative Problembewältigungsstrategien zur Verfügung. Dass die Beratungsstellen jedoch beständige Klientenzahlen aufweisen, liegt u.a. daran, dass vereinzelte Jugendliche regelmäßig und problematisch Drogen konsumieren und eine bestmögliche Persönlichkeitsentwicklung damit gefährden (Weichold 2009). Warum das Jugendalter an sich bereits als Risikofaktor für das Entstehen missbräuchlicher Konsummuster verstanden werden kann, wird im Folgenden kurz zusammengefasst.

Drogenkonsum im Jugendalter

Die Adoleszenz stellt einen wichtigen biographischen Lebensabschnitt dar, in dem sowohl der Körper eines jungen Menschen als auch seine emotionale und psychische Entwicklung einschneidenden Veränderungsprozessen unterliegen. Sie geht außerdem einher mit gesteigerten familiären und gesellschaftlichen Anforderungen und gilt somit als kritische Lebensphase. Die Entwicklung vom Kind zum jungen Erwachsenen ruft bei vielen Heranwachsenden Verunsicherungen hervor und kann unter bestimmten Umständen eine Überlastung für sie darstellen. Machen junge Menschen in diesem Zusammenhang die Erfahrung, dass

der Konsum psychoaktiver Substanzen in krisenhaften Momenten zunächst zu einer kurzzeitigen Entlastung führen kann, kann dies das Entstehen missbräuchlicher Konsummuster begünstigen, insbesondere wenn Ressourcen, mit Hilfe derer die neuen Entwicklungsaufgaben konstruktiv bewältigt werden können, noch im Verborgenen liegen. Aus einer bindungstheoretischen Perspektive betrachtet, stellt die Ablösung vom Elternhaus eine das Bindungssystem aktivierende Trennungssituation dar. Ob die Ablösung gelingt, hängt zu einem großen Teil davon ab, wie weit die primären Bindungspersonen hier noch zur Verfügung stehen, aber auch wie weit sie ihre Kinder dazu ermutigen und befördern, Autonomie zu erfahren und die Welt selbständig zu erkunden. In der familientherapeutischen Literatur wird adoleszenter Substanzmissbrauch immer wieder mit misslingender Ablösung in Verbindung gebracht. Eine sichere Bindung kann in Bezug auf die Entwicklung riskanter Konsummuster als protektiver Faktor dienen, während ihr Fehlen Substanzmissbrauch begünstigen kann. Hier kann von einer Wechselwirkung gesprochen werden, da missbräuchlicher Konsum wiederum die Bindungsfähigkeit beeinträchtigen kann. „Mit fortgesetztem Konsum werden Bindungserfahrungen vermieden, ersetzt und behindert“ (Schindler, 2013, S. 17).

Im Zuge dieses Ablösungsprozesses orientieren sich Heranwachsende zunehmend an Gleichaltrigen und die Meinung der Eltern zählt weniger als in der Kindheit. Die Rolle der Peer-Group wird wichtiger und der Wunsch nach Zugehörigkeit zu dieser größer. Handlungsempfehlungen der Erwachsenen werden entweder nicht berücksichtigt oder aber es findet aus adolescentem Protestverhalten konträres Verhalten statt. Beeinflusst werden die Verhaltensweisen junger Menschen außerdem durch die sich in diesem Lebensabschnitt vollziehende Reorganisation der Hirnstruktur. Dass das Gehirn Heranwachsender anders funktioniert als das erwachsene konnte in den letzten Jahren dank moderner Untersuchungsmethoden, die es erlauben das Hirn in Aktion zu betrachten, nachgewiesen werden (Crone, 2008). Jugendliche galten schon während der „Sturm und Drang“-Zeit zu Beginn des 19. Jahrhunderts als impulsiv, launisch und risikofreudig. Mittlerweile lassen sich diese Verhaltensweisen mit der Reifung bestimmter Hirnareale in Zusammenhang bringen. „Wenn die für die ‚emotionalen Kicks‘ zuständige Region schon aktiv wird, während sich der Emotionen zügelnde Bereich noch entwickelt, befinden sich Jugendliche kurzzeitig in einer ‚Risikophase‘, in der sie stärker zu riskanten Aktivitäten tendie-

ren, ohne sie wirklich kontrollieren zu können“ (a.a.O., S. 14). So lässt es sich ansatzweise erklären, warum ein jugendlicher Mensch sich eher auf Experimente mit Drogen einlässt als eine erwachsene Person.

Bei vielen Adoleszenten lässt sich beobachten, dass Emotionen sich zum einen schneller abwechseln, zum anderen auch ausgeprägter zu sein scheinen. Führt ein jugendlicher Probierkonsum hier zu einer kurzzeitig empfundenen Entlastung und wird er dann in schwierigen Situationen gezielt eingesetzt, kann dies verhindern, dass andere funktionale Wege gefunden werden Schwierigkeiten zu lösen. Abgesehen davon kann der Probierkonsum zu gesundheitlichen Schäden führen. Zusammenfassend kann also behauptet werden, dass Faktoren wie Verunsicherungen durch Veränderungen an Körper und Hirnstruktur, die Orientierung an Gleichaltrigen und die Trennungssituation in Form der Ablösung vom Elternhaus die Entstehung einer Abhängigkeit im Jugendalter unter bestimmten Umständen begünstigen können, vor allem, wenn nicht genügend protektive Faktoren, wie z.B. familiärer Rückhalt, vorhanden sind. Mehr noch handelt es sich hier um einen Lebenszeitpunkt, zu dem die Weichen für zukünftiges Konsumverhalten gestellt werden. Es wird deutlich, dass der Übergang ins Erwachsenenalter mit Stress für junge Menschen einhergehen kann und eine vulnerable Phase darstellt. Jugendliche, die die Orte ihrer Herkunft verlassen und ohne ihre Eltern oder andere wichtige sorgetragende Personen in ein fremdes Land migrieren, haben nicht nur ihre Entwicklungsaufgabe zu bewältigen, sondern sehen sich oft vor eine Reihe weiterer Probleme gestellt, die mit der Trennung vom familiären Umfeld und der Migration einhergehen können. Sind Bedrohungen wie gewalttätige Konflikte und Menschenrechtsverletzungen, Verfolgung, Hunger und Armut die Ursachen der Migration, können weitere belastende Umstände dazu beitragen, dass die Anfälligkeit für missbräuchlichen Substanzkonsum steigt.

Geflüchtete Jugendliche und junge Erwachsene im Beratungssetting der Kö *Schanze

Ob jugendliche Geflüchtete tatsächlich vermehrt riskante Konsummuster aufweisen, ist bisher nicht belegt. Aktuell gibt es eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Erhebung zum „Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern“, die davon ausgeht, dass etwa zehn Prozent der

jungen Geflüchteten wiederholt Drogen konsumieren. Im Verlauf der Durchführung zeigte sich auch, dass dieser Konsum oftmals im Zusammenhang mit den konkreten Lebens- und Betreuungsbedingungen steht (Zurhold, 2017). Es ist davon auszugehen, dass nicht nur vorhandene Risikofaktoren die Konsummuster beeinflussen, sondern vor allem das Wegfallen protektiver Faktoren, wie z.B. dem Schutz durch die Familie.

Schutzfaktoren Familie und soziale Netzwerke

Familie kann in Bezug auf die Entstehung problematischer Substanzkonsummuster als protektiver Faktor wirken und somit das Risiko, eine Abhängigkeitsstörung zu entwickeln, senken. Die elterliche Aufsicht und die Zuneigung, die Kinder innerhalb familiärer Bindungen erfahren, tragen zur Entwicklung einer starken resilienten Persönlichkeit bei, der ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um ein weitestgehend unabhängiges Leben zu führen. Jugendliche, die von ihren Eltern getrennt sind, geht dieser Schutzfaktor zum großen Teil oder aber ganz verloren, wenn gar kein Kontakt zu den Familienmitgliedern besteht, weil es entweder keine Möglichkeit zur Kommunikation gibt oder weil diese als vermisst gelten oder im schlimmsten Fall nicht mehr am Leben sind. Gleichzeitig begünstigt die Trennung selbst unter Umständen eine erhöhte Bereitschaft zum missbräuchlichen Konsum als Bewältigungsstrategie. Migration und Flucht ziehen häufig Brüche in sozialen Beziehungen nach sich. Dies kann neben Sorgen um das Wohlergehen der zurückgelassenen Bezugspersonen Gefühle der Isolation und Einsamkeit hervorrufen. Im Zufluchtsland müssen erst neue Netzwerke geschaffen werden, damit diese auch als Ressource zur Verfügung stehen können (Grieger, 2007). Hier setzen die Berater*innen der Kö *Schanze an, indem sie eine ihrer Hauptaufgaben darin sehen, bestmögliche Beziehungsarbeit zu leisten und für die geflüchteten jungen Menschen eine verlässliche Ansprechperson darzustellen, um hier die Möglichkeit für positive Beziehungserfahrungen zu schaffen. Sie können ein Vertrauensverhältnis schaffen und eine erste Anlaufstelle bei krisenhaften Situationen oder schwierigen Gefühlslagen für die Jugendlichen sein. Der protektive Effekt der Familie kann jedoch nicht durch pädagogische Fachkräfte oder neue Kontakte im Zufluchtsland ersetzt werden. Bei den jungen Geflüchteten, deren Eltern am Leben sind, sich aber in einem anderen Land aufhalten, sind aus suchtpreventiver Sicht

Anstrengungen sinnvoll, die diese Familien wieder zusammenführen.

Trauma und Traumafolgestörungen

Fluchterfahrungen können akute und chronische Belastungen sowie existenzbedrohende Situationen beinhalten und dadurch zu Traumata führen. Diese können so schwerwiegend sein, dass sie Traumafolgestörungen und im ungünstigsten Fall eine posttraumatische Belastungsstörung oder andere psychischen Erkrankungen wie z.B. Depressionen hervorrufen können. Das Verlassen der Heimat, das Erleben von andauerndem Stress und die Ungewissheit in Bezug auf die Zukunft stellen für junge Menschen in jedem Fall aber eine Belastung dar, die die Bereitschaft zu Substanzmissbrauch, auch im Sinne einer Selbstmedikation, erhöhen kann. Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass psychische Auffälligkeiten unter Flüchtlingskindern erhöht sind und unbegleitete junge Geflüchtete zudem signifikant häufiger traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren als begleitete (Zurhold, 2017). Laut systematischer Auswertungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) weisen etwa 42 Prozent aller unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge im klinischen Interview eine psychische Störung auf. In 20 bis 30 Prozent der Fälle handelte es sich um posttraumatische Stresssymptome (Zurhold, 2017). Eine Vielzahl der Klienten der Kö *Schanze aus den Erstversorgungseinrichtungen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge berichtet, dass sie Cannabis konsumieren, um unter anderem die Gedanken an zurückgelassene Familienmitglieder, insbesondere ihre Eltern, und die Sorgen um diese loszuwerden. Sie berichten von Schlaf- und Konzentrationsstörungen und dem Wunsch, Erinnerungen und Gedanken an die Flucht für eine Zeit loszuwerden. Zeigen sich im Beratungssetting Anzeichen dafür, dass der Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation eingesetzt wird, um unangenehme innere Zustände zu bewältigen, ist ein Teilziel des Beratungsprozesses, die jungen Menschen über die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung aufzuklären und eine Therapiebereitschaft zu schaffen. Da geflüchtete Jugendliche einen gesonderten Krankenversicherungsstatus haben und nur akute Behandlungen übernommen werden, ist eine stationäre Entwöhnungstherapie oft keine Option. Je nach Fall erklärt sich das Jugendamt bereit, die Kosten für diese zu übernehmen. In der Praxis sind es dann jedoch häufig die Fachkliniken, die auf Grund der Sprachbarrieren keine geeigneten Plätze zur Verfügung stellen

können. Im ambulanten Einzelsetting werden für das therapeutische Gespräch Übersetzungsfachkräfte hinzugezogen. Fachkliniken arbeiten jedoch viel im Gruppensetting und haben hier noch keine passenden Ansätze zur Integration der Klient*innen, die die deutsche Sprache erst noch lernen. Vor dem Hintergrund, dass Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation eingesetzt wird, ist es aber wesentlich, die psychischen Störungsbilder zu behandeln, damit missbräuchliche Konsummuster eingestellt werden können. Hinzu kommt, dass einige Therapeut*innen einer Behandlung erst unter der Voraussetzung einer Substanzabstinenz zustimmen. Dies ist für viele abhängig Konsumierende jedoch erst möglich, wenn sie ihre gewohnten Alltagsstrukturen für die Zeit der Behandlung verlassen können. Der Alltag vieler unbegleiteter jugendlicher Geflüchteter hält, wie zum Teil schon aufgeführt, belastende Umstände bereit. Wer hier gewohnheitsmäßig zu psychoaktiven Substanzen greift, um sich kurzzeitig Erleichterung zu verschaffen, hat es schwer, den Konsum einzustellen. Eine ambulante Psychotherapie ist hier wesentlicher Bestandteil einer effektiven Hilfe auf dem Weg zu einer unabhängigen Lebensgestaltung. Wo eine Behandlungsbereitschaft nicht vorhanden ist oder aber aus Mangel an geeigneten Therapieplätzen lange Wartezeiten entstehen, werden in der Kö *Schanze zunächst stabilisierende Interventionen angewandt. Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll hat sich hier für vereinzelte Jugendliche mit, aber auch ohne Fluchterfahrung als gute Möglichkeit erwiesen.

Die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll

Die Akupunktur der fünf Ohrpunkte nach dem NADA-Protokoll zeigt bei der Behandlung von Abhängigkeitsstörungen große Erfolge und ist vielerorts fester Bestandteil des Suchthilfesystems. In jüngster Zeit gibt es zudem gute Erfahrungen mit dieser Anwendung bei der ergänzenden Behandlung diverser psychischer Störungsbilder. Sie wirkt allgemein stabilisierend und vegetativ beruhigend und hat sich in den vergangenen Jahren auch in Flüchtlingscamps bewährt. Die NADA hat zudem ein Konzept für die Anwendung des NADA-Protokolls bei Flüchtlingen mit besonderen psychischen Problemen entwickelt. Psychotraumatheapeut*innen schlagen vor, diese Form der Akupunktur in Erstaufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete anzubieten, da sie in diesem Zusammenhang viele Vorteile bietet. Sie stellt eine kostengünstige und einfache Hil-

fe dar, die weitestgehend non-verbal geleistet werden kann und somit durch Sprachbarrieren nicht sonderlich beeinflusst wird. Gleichzeitig findet eine Form der Zuwendung statt, die gerade für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge wohltuend sein kann. Die Wirkung kann zur Reduktion von Stresssymptomen führen und somit dabei helfen, mit eventuellen Traumafolgestörungen besser zurechtzukommen und die destruktiven Spitzen von negativen Affekten auszugleichen. Die Kö *Schanze bietet ein laufendes Angebot der Gruppenakupunktur an. Hier wird nicht nur das Angebot der Hilfe zur Stabilisierung, sondern außerdem ein gegenseitiges Kennenlernen anderer Jugendlicher und ein Austausch mit diesen ermöglicht.

Unterbringung

In Hamburg sind die Erstversorgungseinrichtungen (EVEN) des Landesbetriebes für Erziehung und Bildung (LEB) zuständig für die Unterbringung und Betreuung der minderjährigen geflüchteten Jugendlichen, die unbegleitet in Deutschland angekommen und Hamburg zugeteilt worden sind. Bis sich eine alternative Wohnmöglichkeit finden lässt, werden die – meist männlichen – Jugendlichen vorübergehend in den EVEN untergebracht. Aufgrund des rasanten Anstiegs der Flüchtlingszahlen in den letzten Jahren ist die Vermittlung der Jugendlichen in Folgeunterbringungen jedoch ins Stocken geraten. Dies hat zur Folge, dass die dort Unterbrachten statt weniger Monate oft bis zu einem Jahr und länger in den Einrichtungen zur Erstversorgung verbleiben. Diese wurden im Laufe des letzten Jahres umstrukturiert zu Betreuten Einrichtungen für Flüchtlinge (BEF), die auch junge Erwachsene im Rahmen einer Hilfe für junge Volljährige betreuen. Die Einrichtungen sind jedoch nicht für einen dauerhaften Aufenthalt konzipiert. Die Jugendlichen schlafen oft in Mehrbettzimmern, die eine altersentsprechende Intimsphäre nicht gewährleisten und zudem das Schlafverhalten massiv beeinflussen können. Hier kann von einer räumlichen Segregation der Jugendlichen mit Fluchthintergrund gesprochen werden, die sich negativ auf eine Integration auswirkt.

Migration

Zunächst sei an dieser Stelle erwähnt, dass Migration nicht mit Flucht gleichzusetzen ist, Flucht jedoch auch eine Migrationserfahrung einschließt. Der Umstand, dass der Migration Fluchtursachen zugrunde liegen, kann wie

bereits erwähnt weitere Spezifika, wie traumatische Erfahrungen, mit sich bringen. Ob Belastungen durch Migration das Risiko, abhängige Konsummuster zu entwickeln, erhöhen, ist nicht erwiesen. Diverse Ansätze deuten jedoch auf Zusammenhänge hin und so bildet „Migration und Sucht“ mittlerweile ein weiteres Themenfeld der allgemeinen Suchtberatung. Die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland wächst seit dem Ende des zweiten Weltkrieges stetig auch durch Zuwanderung. Die Migration von ca. 7,3 Mio. Menschen aus dem vormaligen Raum der Sowjetunion zwischen 1990 und 2000 stellt nur ein Beispiel dafür dar (Czycholl, 2002). Dieses aber ist wesentlich daran beteiligt, dass Migration als Einflussfaktor auf Abhängigkeitsentstehung erforscht wurde und wird. Die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren setzte sich bereits 1997 mit dem Thema auseinander, um die Fachöffentlichkeit dafür zu sensibilisieren. Sie weist darauf hin, welchen Bruch Migrationserfahrungen für die Biographie darstellen, welche Schwierigkeiten sich daraus ergeben können und, dass ein übermäßiger Drogenkonsum auch als Versuch verstanden werden kann, diese Belastungen zu überwinden. „Interkulturelle Suchthilfe“ beschäftigt sich mit den Besonderheiten abhängiger Menschen mit Migrationserfahrung, um auf die erforderlichen Veränderungen im Hilfesystem zu reagieren (Tuna, 1998). An dieser Stelle sollen zwei Besonderheiten aufgeführt werden.

Keine Kenntnisse über das Hilfesystem

Vielen in Deutschland lebenden Menschen, die selbst migriert sind, sind das psychosoziale Hilfesystem und seine Organisationsstruktur nicht bekannt. Auch in der Kö *Schanze stoßen die Berater*innen teilweise auf Misstrauen seitens ihrer jungen geflüchteten Klienten, das unter anderem aus der Unkenntnis der sozialen Infrastruktur im Aufenthaltsland resultiert. Einige sind anfangs besorgt, dass Daten der Ausländerbehörde zur Verfügung gestellt werden oder dass sich das Bekenntnis zu einem Drogenkonsum negativ auf das laufende Asylverfahren auswirkt. Datenschutz und Schweigepflicht sind diesen Jugendlichen nicht bekannt (Zurhold, 2017). Dies kann für Jugendliche eine Hürde darstellen, Hilfeleistungen von Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Ein Beziehungsaufbau kann daher zunächst mehr Zeit und Einfühlungsvermögen benötigen als im Beratungssetting mit in Deutschland sozialisierten und mit dem Hilfesystem vertrauten Jugendlichen (Osterloh, 2002). Mit den

zwei zusätzlich geschaffenen Stellen versucht die Kö *Schanze dieser Anforderung gerecht zu werden. Es sollen nicht nur genügend Kapazitäten geschaffen werden, um vielen Betroffenen die Chance auf Unterstützung zu ermöglichen, sondern außerdem ausreichend Zeit für den einzelnen Beratungsprozess zur Verfügung stehen. Der persönlichen Beziehung zwischen beratender und jugendlicher Person kommt eine entscheidende Rolle zu. Der Erstkontakt zur Beratungsstelle wird vorwiegend über die pädagogischen Fachkräfte in den BEF und/oder EVE hergestellt. In diesen Einrichtungen der Jugendhilfe ist der Konsum von Drogen nicht gestattet und erfordert intervenierende Maßnahmen, auch wenn es sich in vielen Fällen um jugendliches Probierverhalten handelt. Das Kennenlernen der Tätigkeit der Suchtberatung und vor allem ihrer Berater*innen kann in diesem Zusammenhang als selektiv präventiv wirkendes Angebot verstanden werden, da es die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass eine Kontaktaufnahme in krisenhaften Zeiten auf Eigeninitiative erfolgt (Osterloh, 2002). Um diese Hemmschwellen abzubauen, bietet die Kö *Schanze im Sinne einer aufsuchenden Beratung an, erste Gespräche mit den Jugendlichen in ihren Unterkünften zu führen.

Aufklärung und Informationsvermittlung

Es wurde schon erwähnt, dass Erhebungen darauf hindeuten, dass nur ein geringer Anteil der unbegleiteten jungen Geflüchteten von riskantem Drogenkonsum betroffen ist. Was für einen großen Teil jedoch zutrifft, ist, dass oftmals keine Informationen zu Substanzen wie z.B. Alkohol vorhanden sind. Die in Deutschland sozialisierten Jugendlichen werden im Rahmen des Besuchs der Regelschule präventiv aufgeklärt. Da jugendliche Geflüchtete zunächst meist Vorbereitungsklassen besuchen, die präventive Maßnahmen nicht regelhaft anbieten, haben sie zum Thema Drogen und Abhängigkeitsentstehung oft ein Informationsdefizit. Die Kö *Schanze bietet darum Informationsveranstaltungen für Jugendliche mit Fluchterfahrungen im Sinne einer präventiven Arbeit an. Diese kann auch durch persönliche Gespräche mit den betreuenden Fachkräften erfolgen. Hierfür ist es jedoch nötig, dass diese selbst über entsprechendes Wissen verfügen. Dieses kann in Schulungen, die die Kö *Schanze zum Thema Jugendliche und Substanzkonsum aktiv anbietet, erworben werden.

Diskriminierungserfahrungen und Chancenungleichheit

Auch Erfahrungen der Diskriminierung können dazu führen, dass sich jugendliche Geflüchtete in Deutschland nur schwer einrichten können. So besteht bezüglich der Schulbildung und der Möglichkeit, eine Ausbildung zu absolvieren, Chancenungleichheit, besonders wenn Ausbildungsbetriebe sich scheuen junge Geflüchtete einzustellen, die noch keinen gesicherten Aufenthaltsstatus haben. In der Öffentlichkeit sind Kriminalität und Drogenkonsum im Zusammenhang mit jugendlichen Flüchtlingen ein ständiges Thema (Osterloh, 2002). Auch werden einige junge Geflüchtete durch die Polizei kontrolliert. Identitätsfeststellungen, die auf Grund äußerlicher Merkmale, die die Ethnie betreffen, ausgeführt werden und die nicht ausschließlich auf auffälligem Verhalten beruhen, kommen scheinbar auch in Hamburg in der polizeilichen Praxis vor. 2017 gab Hamburgs Polizei zu, dass die Kontrolle eines Afrikaners rechtswidrig war, erst nachdem dieser eine Klage eingereicht hatte (Stemmler, 2017). Es ist davon auszugehen, dass viele Fälle nicht zur Anzeige gebracht werden und es eine Dunkelziffer gibt. Es ist auch Aufgabe der Suchtberatungsstelle auf Diskriminierung aufmerksam zu machen und Informationen zur Verfügung zu stellen, die zu mehr Toleranz und Verständnis für die Problemlage dieser jungen Menschen führen (Osterloh, 2002). Es reicht nicht aus hier Veränderungsbereitschaft nur auf der Seite der jungen Klienten zu schaffen. Abhängigkeitsentstehung ist multifaktoriell zu betrachten. Ändern sich nicht auch die Bedingungen, unter denen diese schutzbedürftigen jungen Menschen im Zufluchtsland leben, ist die erfolgreiche Überwindung von abhängigem Konsum erschwert. Dies sind nur zwei Beispiele von Migration begleitenden Erscheinungen. Die in Hamburg Zuflucht suchenden jungen Menschen müssen ihr Leben in einer fremden Umgebung neu gestalten. Chancenungleichheit und Erfahrungen der Diskriminierung erschweren und behindern diesen Prozess.

Unsichere Perspektiven

Die Entscheidung über den Verbleib der Jugendlichen bleibt nach der Ankunft in Deutschland vorerst ungewiss, und für viele ist unvorhersehbar, unter welchen Umständen sie leben werden. Langfristige Perspektiven können erst entwickelt werden, wenn der Aufenthaltsstatus geklärt ist. Dies kann zu einer andauernden Unsicherheit und Sorge um die Zukunft führen. Ist

eine Bereitschaft zum Drogenkonsum vorhanden, können missbräuchliche Konsummuster auch hier einen Versuch der Bewältigung darstellen, wenn funktionale Handlungsalternativen fehlen. Ergibt sich aus diesem Versuch eine Substanzabhängigkeit, wird die Entwicklung erfolgreicher Perspektiven wiederum oft erschwert (Trautmann, 1998). Eine Zukunftsperspektive stellt einen protektiven Faktor dar (Boos-Nünning, 1998). Sind die Jugendlichen jedoch von Ausweisung bedroht oder führen Kettenduldungen dazu, dass die Zukunft nicht längerfristig geplant werden kann, fällt dieser Schutzfaktor weg. Abgesehen davon verursacht eine unsichere Bleibeperspektive einen Zustand von permanenter Anspannung, und in einigen Fällen kann eine mögliche Abschiebung außerdem ein erneutes traumatisches Erlebnis darstellen. Dass die Motivation, einen Sprachkurs oder den Schulunterricht zu besuchen sinken kann, erscheint vor diesem Hintergrund verständlich, vor allem, wenn innerpsychische Zustände und/oder Schlafstörungen es erschweren, einem geordneten Alltag nachzugehen.

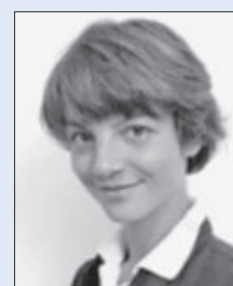
Fazit

Die Aufführung der Risikofaktoren für junge Flüchtlinge in Bezug auf die Entwicklung problematischer Konsummuster verdeutlicht die Vulnerabilität dieser Jugendlichen. Sie blicken auf eine Vergangenheit, die die Jugendlichen nach eigenen Angaben nicht mehr ertragen konnten und Grund dafür war, das Herkunftsland und im speziellen Fall der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten auch ihre Bezugspersonen zu verlassen. Dies geht mit Verlusten einher. Es sind Sprache und Kultur, gesellschaftliche bzw. ökonomische Stellungen, private Dinge und Freunde, die zurückgelassen wurden und damit auch Anteile des Selbst (Czycholl, 2002). Das Jugendalter hält zudem eine Reihe von Entwicklungsaufgaben bereit, die junge Menschen vor Herausforderungen stellen. Die Bahnen für ihre Zukunft werden u.a. davon beeinflusst, wie erfolgreich diese Aufgaben bewältigt werden. Geflüchtete Jugendliche sind weiteren spezifischen Belastungen ausgesetzt und müssen mit diesen zum Teil ganz auf sich selbst gestellt zurechtkommen. Um Fehlentwicklungen im Zusammenhang mit Substanzgebrauch zu vermeiden oder aufzufangen, benötigen sie ein die Persönlichkeitsbildung unterstützendes soziales Netz. „Die heranwachsenden MigrantInnen erfahren eine doppelte Belastung, da sie die Entwicklungsanforderungen des Erwachsenwerdens in einer völlig fremden Welt bewältigen müssen.

Sie mussten Freunde und die vertraute Umgebung zurücklassen, die sie alters- und entwicklungsbedingt gebraucht hätten“ (Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V., 2002, S. 1). Erfahrungen der Diskriminierung und Chancengleichheit erschweren es, sich im Zufluchtsland einzurichten. Sorgen um die Zukunft und unsichere Bleibperspektiven stellen zusätzliche Stressoren dar. Jugendliche Geflüchtete stehen vor der Aufgabe, Bewältigungsstrategien im Umgang mit diesen Belastungen zu entwickeln. Die aufnehmende Gesellschaft sollte sie mit entsprechenden Hilfsangeboten dabei unterstützen, damit sie nicht nur geschützt sind vor Gewalt, Menschenrechtsverletzungen, Vertreibung und Hunger, sondern auch vor einem persönlichen Scheitern im Zufluchtsland. Hier reicht es nicht aus, konsumierende Jugendliche zu beraten und sie zu unterstützen. Es ist aber ein wichtiger Aspekt, um die gesundheitliche Integrität jugendlicher Geflüchteter wieder herzustellen. Für einen breiten und nachhaltigen Erfolg bedarf es jedoch darüber hinaus ein Weniger an Diskriminierung, ein Mehr an Chancengleichheit und schnellstmögliche Abklärung von längerfristigen Bleibe- und Integrationsperspektiven.

Literatur

- Boos-Nünning, U. (1998) Die Sozialisation von Jugendlichen ausländischer Herkunft. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 41, S. 11-35). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln.
- Crone, E. (2008) *Das pubertierende Gehirn. Wie Kinder erwachsen werden*. München: Droemer.
- Czycholl, D. (2002) Sucht und Migration – ein Zusammenhang. In: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) (Hrsg.), *Sucht und Migration. Suchtprävention und -arbeit mit Menschen aus der GUS* (S. 3-17) (Berichte und Materialien, 1. Aufl.). München.
- Grieger, D. (2007) Migration, Gesundheitsversorgung und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis* (2. Aufl., S. 17-23). Berlin.
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) (Hrsg.) (2002). *Sucht und Migration. Suchtprävention und -arbeit mit Menschen aus der GUS* (Berichte und Materialien, 1. Aufl.). München.
- Osterloh, K. (2002). Arbeit mit MigrantInnen aus der GUS, die illegale Suchtmittel konsumieren – am Beispiel der mudra Drogenhilfe Nürnberg. In: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) (Hrsg.), *Sucht und Migration. Suchtprävention und -arbeit mit Menschen aus der GUS* (S. 49-62). (Berichte und Materialien, 1. Aufl.). München.
- Scheithauer, H., Hayer, T. & Niebank, K. (2008) Problemverhaltensweisen und Risikoverhalten im Jugendalter – Ein Überblick. In: Dies. (Hrsg.), *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention* (S. 11-33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schindler, A. (2013). Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Indikationen. In: K.-H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 13-33). Stuttgart: Klett-Cotta
- Stemmler, K. (2017). Rassistische Kontrollen amtlich. Hamburg: Polizei räumt vor Gericht ein, dass Überprüfung eines Afrikaners rechtswidrig war. *Junge Welt*, 03.11.2017, S. 4.
- Trautmann, F. (1998). Drogenarbeit mit Migranten in den Niederlanden. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. (Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 41, S. 234-248). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Tuna, S. (1998). Die Berücksichtigung kultureller Hintergründe in der Suchtkrankenarbeit mit Migranten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. (Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 41, S. 54-77). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Weichold, K. (2008) Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendalter. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner et al. (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 21-34). Stuttgart: Schattiger.
- Zurhold, H. (2017). *Ausmaß des problematischen Substanzkonsums von unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA)*. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit.



Nicole Krol
Sozialpädagogin,
systematische
Beraterin i.A.
nicole.krol@posteo.de

„... ein Mittel gegen Kummer und Groll und aller Leiden Gedächtnis“¹

Opioidabhängigkeit bei Geflüchteten aus Iran und Afghanistan – Beobachtungen und praktische Erfahrungen aus der Substitutionsambulanz in Hamburg-Altona

Hans-Günter Meyer-Thompson

Als im Sommer 2015 Angela Merkel die Grenze öffnen ließ und die Parole ausgab: „Wir schaffen das!“, da wussten wir, dass über kurz oder lang eine neue Gruppe Opioidabhängiger aus Afghanistan und Iran zur Aufnahme in unserer Ambulanz anstehen würde. Wenn aus der Weltgegend, aus der über 80 Prozent der illegalen Mohnprodukte stammen, Menschen fliehen bzw. auswandern, dann würden nicht wenige ein bereits manifestes Abhängigkeitsproblem mitbringen.

So kam es: Bereits wenige Wochen später erreichten uns die ersten Anfragen aus den Zentralen Erstaufnahmen, die sich mit drogenkonsumierenden Bewohnern überfordert fühlten. Einer der ersten Patienten war Herr A.:

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war er Mitte 20, er ist im Iran geboren und aufgewachsen. Seine Familie stammt ursprünglich aus Afghanistan, von wo sie in das Nachbarland geflohen war: Vater, Mutter, drei Söhne, eine Tochter. Die Familie lebte illegal in Iran und hielt sich mit Tagelöhnerarbeiten über Wasser. Als Herr A. 17 war, wurde die Familie von den iranischen Behörden ausgewiesen zurück nach Afghanistan. Dort kam der Vater durch eine Gewalttat ums Leben. Die Mutter schlug sich daraufhin mit ihren Kindern erneut durch nach Teheran. Kurz darauf verschwand der älteste Bruder spurlos. Herr A., der bereits als Kind Theriak, wie Opium in dieser Region heißt, als Medizin kennengelernt hatte, begann in dieser Zeit, erst Theriak zu konsumieren, nach einiger Zeit dann Heroin zu rauchen. Die Geschwister und die Mutter lebten unter ärmlichsten Bedingungen, stets in Gefahr, wieder ausgewiesen zu werden. Mit Anfang 20 wurde Herr A. festgenommen und vor die Wahl gestellt, dass er die Deportation seiner Angehörigen abwenden könne, wenn er sich „freiwillig“ für einen Einsatz in Syrien melde. Dort kämpfte er in den iranischen Verbänden auf Seiten

des Assad-Regime. Als sein mitgebrachter Heroinvorrat zur Neige ging, meldete er sich bei seinem Kommandeur, der ihm Morphinum verschaffte. Nach einer Granatsplitterverletzung kehrte er zurück in den Iran, wurde dort chirurgisch weiterbehandelt, erhielt als Schmerzmittel Morphinum und konsumierte nach der Krankenhausentlassung wieder Heroin, erstmalig auch Methadon als Schmerzmittel und Substitut. Methadon nahm er mit auf die Flucht nach Europa, wo er einige Monate nach der Ankunft in Hamburg in unsere Ambulanz kam und um Behandlung bat.

Diese Anamnese weist so ziemlich alle Elemente auf, die mit dem Thema Flucht aus Nah- und Mittelost in Verbindung mit Opioidabhängigkeit einhergehen: Gewalt, Tyrannei, Vertreibung, Kriegsverletzungen, eine hohe Prävalenz für den Konsum von Opium-Theriak-Heroin, Selbstmedikation, Armut, geringe Bildung, zerrissene Familien, lebensgefährliche Fluchtwege und Entwurzelung. Jedes Detail ist für sich bereits ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung und es sind psychosoziale Traumata auf allen Ebenen. Und diese Vorgeschichte stellt wie viele andere in unserer Ambulanz die nah- und mittelöstlichen Konflikte wie unter einem Vergrößerungsglas dar.

Seit Ende 2015 haben wir an die 50 Patienten aus Afghanistan und Iran neu aufgenommen, die geflohen waren vor dem Krieg in ihrer Heimat, vor der Verfolgung aus politischen oder religiösen Gründen, wegen ihrer sexuellen Orientierung oder aus wirtschaftlicher Not. Die Haltequote liegt nach einem Jahr über 70 Prozent.

In Hamburg-Altona besteht seit 1991 die zentrale Substitutionsambulanz der Stadt mit aktuell um die 900 Patientinnen und Patienten im Quartal. Seit Anfang der 1990er Jahre

¹ Dieser Artikel beruht auf einem Vortrag, gehalten auf dem 22. Substitutions-Forum – Plattform für Drogen-Therapie der ÖGABS – Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit und der ÖÄK – Österreichischen Ärztekammer, 6.-7. April 2019, Schlosshotel Mondsee.

wurden hier Menschen aus über 50 Ländern behandelt. Migranten und Asylsuchende aus Afghanistan, Iran und aus der Türkei gehörten bereits zu den ersten Patienten: Der ehemalige Major der königlich afghanischen Luftwaffe, der Oberst der kaiserlich-iranischen Armee, der Partisan aus den Bergen Kurdistans, die geflüchteten Oppositionellen nach den Repressionswellen in Iran – jede politische Unruhe in diesen Ländern sorgte für neue Geflüchtete in Hamburg, von denen dann einige mit einem Opioidproblem früher oder später bei uns auftauchten. Seit Mitte der 1990er Jahren kamen auch Patienten aus den Kriegen im vormaligen Jugoslawien und in den ehemaligen Republiken der UdSSR im Kaukasus.

Was wir in den zurückliegenden vier Jahren erlebten, hatte eine andere Dimension. Seit Sommer 2015 haben weit über eine Million Menschen Zuflucht in Deutschland gesucht: Mehr als die Hälfte der seit 2015 nach Deutschland Geflüchteten stammen aus Syrien, Irak, Iran und Afghanistan (Bundeszentrale für politische Bildung, 2019). Unter ihnen sind viele Männer, die bereits in ihren Heimatländern in einer Opium-Theriak-Kultur großgeworden sind: Bei den ersten Zähnen, bei Durchfall- und Atemwegserkrankungen, bei Schmerzen und weiteren Leiden – in Afghanistan gibt es zu Opium/Theriak als Medikament häufig keine Alternative. Im Zuge der kriegesischen Konflikte seit 1979, und besonders seit 2001, steigt außerdem die Zahl der Opioidabhängigen im Lande selber stetig an. Es wird von einer Prävalenz zwischen fünf und zehn Prozent ausgegangen bei einer Bevölkerung von 35 Millionen Menschen (Afghanistan National Drug Survey, 2015).

Eine nicht ungewöhnliche Substanzanamnese erhoben wir bei Herrn B.:

Als Kind und Jugendlicher in Afghanistan Opium/Theriak bei Zahnschmerzen, Durchfall, Husten und Schmerzen. Kein regelmäßiger Konsum dort. Dieser habe erst 2014 im Iran begonnen im Kreise seiner damaligen Freunde. Er habe nach einer alten Splitterverletzung am Bauch und rechten Oberschenkel häufiger Schmerzen gehabt, wogegen Theriak gut geholfen habe. Die Verletzungen rührten her von einem Granateinschlag bei ihm zu Hause, bei dem mehrere Familienmitglieder ums Leben gekommen waren. In Hamburg habe er begonnen, auch Heroin zu nehmen – inhalativ, nie i.v.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führte das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) von 2017 bis 2018 eine Erhebung durch über „Drogenkonsum und Hilfebedarfe von

Geflüchteten in niedrighschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland“ (Kuhn, Zurchold, Lehmann & Verthein, 2018).

„Es wurden deutschlandweit 139 Suchthilfeeinrichtungen leitfadengestützt befragt und sieben qualitative Interviews geführt. (...) Die interviewten 128 drogenabhängigen Geflüchteten waren ausnahmslos männlich und im Durchschnitt 30 Jahre alt. Die Mehrheit betrieb einen Rauchkonsum von Heroin. 116 (90,6%) Personen kamen aus farsi- oder darisprechenden Ländern, darunter 37,9 Prozent Iraner, 31,9 Prozent Afghanen aus dem Iran und 30,2 Prozent Afghanen aus Afghanistan. Unter ihnen waren 55,2 Prozent schon in ihren Heimatländern drogenabhängig, 16,4 Prozent konsumierten gelegentlich Alkohol und/oder Cannabis und 28,4 Prozent gaben keinen Konsum im Heimatland an. Erfahrungen mit Entgiftungsbehandlungen im Heimatland hatten etwas mehr als die Hälfte der bereits Abhängigen. 34,4 Prozent kauften Methadon auf dem Schwarzmarkt gezielt gegen Entzugsserscheinungen während der Flucht“ (a.a.O.).

Einer der Befragten mit einer typischen Vor- und Fluchtgeschichte ist Herr C.:

Herr C. hat mit 18 Jahren Opium (Theriak) erstmalig geraucht. Er habe damals im Iran auf dem Bau gearbeitet. Die Arbeitgeber hätten Arbeitszeiten bis zu 20 Stunden erwartet. Unter Theriak, das er anfangs von Kollegen erhielt, habe er sich stärker und leistungsfähiger gefühlt und habe seine Schmerzen durch die harte körperliche Arbeit nicht so gespürt. Es sei nicht ungewöhnlich gewesen, dass Theriak und später auch Heroin frei erhältlich waren auf der Baustelle. Er habe in dieser Zeit die Substanz gewechselt, von Theriak auf Heroin, habe aber niemals injiziert.

Seitdem sei er höchstens sechs Monate abstinent geblieben. Auch auf dem Weg von Iran nach Deutschland (Ende 2015) habe er Methadontropfen und Heroin mitgenommen und später auch in der Türkei und Griechenland Heroin kaufen können. Die Flucht habe zwei Monate gedauert.

In Hamburg habe er einen Monat nach der Ankunft Anfang 2016 wieder begonnen, Heroin zu rauchen. Heroin habe geholfen, Angst und Unsicherheit zu überdecken, „wie ein warmer Mantel“. Er habe sich wieder „fröhlich“ gefühlt.

Posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen und Angsterkrankungen sowie die Folgen von Entwurzelung und Heimatlosigkeit bilden die Kernelemente der seelischen Verfassung unserer Patienten.

Das Europa-Büro der WHO kommt in seinem jüngst erschienenen „Report on the health of refugees and migrants in the WHO European

Region“ (WHO Regional Office for Europe, 2018) zum Ergebnis, dass Posttraumatische Belastungsstörungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden im Vergleich mit der Ursprungsbevölkerung häufiger zu beobachten sind. Depressive Störungen und Angsterkrankungen werden ebenfalls berichtet, abhängig von der Länge des Anerkennungsverfahrens und prekären sozio-ökonomischen Verhältnissen wie Arbeitslosigkeit und Vereinsamung.

So nimmt es nicht wunder, dass einige dieser Menschen am Zielort ihrer Flucht neu oder wieder beginnen, Opioide zu konsumieren. Bei den Geflüchteten aus dem Krieg in Syrien ist es häufig Tramadol, das im arabischen Raum weit verbreitet ist; Menschen aus Afghanistan und Iran bringen eine Prägung für Opium und Heroin mit; wie auch Herr D.:

Der 26-jährige afghanische Patient hat auf der Flucht nach Deutschland fünf Monate im Iran verbracht. Konsumiert hat er mit 16 Jahren erstmalig Theriak (oral); nach zwei Jahren auch Heroin geraucht und einige Male injiziert. Er kannte die Methadonsubstitution aus dem Iran, wo er im Sommer 2015 drei Monate behandelt wurde. Auf die Flucht nach Deutschland nahm er Methadon mit. Der Vorrat reichte knapp bis Österreich, wo er in Wien kurzfristig Methadon erhielt – auch für die Weiterreise nach Deutschland. In Hamburg begann er wieder, Heroin zu rauchen und stellte sich erst 18 Monate später zur Aufnahme in die Substitutionsbehandlung vor. In der Vorgeschichte gibt es eine kurze heftige Periode mit Alkoholkonsum und einer schweren Überdosis. In Hamburg hat er begonnen, Crack zu rauchen. Der Kokainverschnitt unterbreche seine kreisenden Gedanken und die depressive Stimmung und verschaffe ihm für kurze Zeit Ruhe, beschrieb er die erwünschte Wirkung. Die verstärkte Postkonsumdepression habe ihn aber wieder Abstand nehmen lassen von dieser Substanz.

Herr D. leidet an einer hereditären Augenerkrankung, die zur Erblindung führen wird; bereits jetzt ist seine Sehkraft stark eingeschränkt. Bei einem Überfall der Taliban auf sein Heimatdorf wurde sein Bruder erschossen, er selbst erhielt einen Gewehrkolbenschlag gegen den Kopf mit anschließender Verschlechterung der Sehkraft.

Er muss sich bei den wenigen Heroininjektionen mit Hepatitis C infiziert haben.

Herr D. wird keinen Ort in Afghanistan finden können, an dem er friedlich leben und seine Leiden behandeln lassen könnte. Dennoch wurde sein Asylantrag abgelehnt, er wird geduldet und kann zur Zeit nicht abgeschoben werden.

Immerhin steht ihm eine angemessene medizinische Versorgung zu: Die Stadt Hamburg hat bereits 2012 die Gesundheitskarte für Asyl-

suchende eingeführt. Die Opioidsubstitution war deshalb nach kurzer Zeit bei den Neu-Ankommenden unbürokratisch möglich, zumal aus der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen in Ochsenzoll bereits im Winter 2015/16 berichtet wurde, dass in kurzer Zeit Entzüge und Rückfälle aufeinander folgten. Diesen Drehtüreffekt galt es durch einen niedrigschwelligen Zugang zur Substitutionsbehandlung zu unterbrechen. Das sah auch die mit der Krankenversicherung der Hamburger Neubürger und Neubürgerinnen beauftragte Kasse so.

Frühzeitig möglich war auch, Grund- und Begleiterkrankungen behandeln zu lassen – im Fall von Herrn D. bei fachärztlich neurologischen, ophthalmologischen und infektiologischen Kolleginnen und Kollegen. Und zahnärztlichen, da er wie viele andere einen sehr schlechten Zahnstatus hatte bei der Aufnahme. Herr D. zählt zu jenen drei neu zugewanderten Patienten aus der Ambulanz, die erfolgreich mit den direkt-aktiven Medikamenten vom Hepatitis-C-Virus befreit werden konnten.

Zugute kommt unseren Patienten, dass die afghanischen und iranischen Gemeinden in Hamburg zu den größten in Europa zählen und die Kassenärztliche Vereinigung der Stadt 86 niedergelassene ärztliche Kolleginnen und Kollegen nennt, die Farsi sprechen, 18 für Dari und 25 für Pashtu (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, 2019).

Die Freie und Hansestadt Hamburg ist reich. Und in der Kaufmannsstadt lautet die kühle Rechnung, dass es kostengünstiger ist, den Zugang nicht nur zu Notfallbehandlungen, sondern auch zum ambulanten und stationären Gesundheitssystem zu öffnen. Gesundheitsbehörde, Ärztekammer und die Ärzteschaft haben seit Spätsommer 2015 für eine vorbildliche medizinische Versorgung in den Erstaufnahmезentren gesorgt, u.a. mit Spezialsprechstunden für Frauen und Kinder.

Viele andere Menschen und Institutionen haben sich beteiligt: Das Tropeninstitut hat Fachkräfte und Expertise bereitgestellt. Die Stadt finanziert auch Sprachmittlerpools für psychisch Kranke oder behinderte Geflüchtete; eine private Stiftung bildet Fachkräfte aus den Reihen der Geflüchteten für die transkulturelle Sozialarbeit aus. Und SUCHT.HAMBURG, die ehemalige Landesstelle für Suchtfragen, unterhält das Programm *Herkunft – Ankunft – Zukunft* (HAZ; SUCHT.HAMBURG, 2019):

„HAZ leistet seit über zehn Jahren kultursensible Aufklärung über das Suchthilfesystem in Hamburg und vermittelt Informationen rund um das Thema Sucht in den jeweiligen Communities und in Muttersprache. Dabei steht

die Enttabuisierung des Suchtthemas unter den MigrantInnen im Mittelpunkt. Hierzu wird das Projekt von ehrenamtlichen Keypersons (Schlüsselpersonen) unterstützt, die ihr speziell geschultes Wissen zu dieser Thematik in einzelnen Veranstaltungen (in ihrer Sprache, Anm.) einbringen.

Die hamburgweiten Informationsveranstaltungen sind in Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Hebräisch, Italienisch, Kurdisch, Malinké, Paschto, Polnisch, Portugiesisch, Romanes, Russisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch, Twi abrufbar – diese Vielfalt ist einmalig in Deutschland.“

Am Universitätsklinikum Eppendorf wird zum Thema Migration, Trauma und Sucht geforscht. 260 Patientinnen und Patienten, überwiegend nicht abhängigkeitskrank, werden pro Jahr ambulant behandelt. Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg ist auch beteiligt am Forschungsverbund PREPARE (Prevention and Treatment of Substance Use Disorders in Refugees; ZIS, 2019). Das Projekt findet statt im Rahmen der Förderinitiative zur psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und wird über fünf Jahre laufen. Beteiligt sind neben dem ZIS die Technische Universität und die Charité in Berlin, die Katholische Hochschule NRW und die Hochschule Emden/Leer sowie deutschlandweite Praxispartner in mehreren Metropolregionen.

Weitere Einrichtungen in Hamburg bieten Trauma- und Psychotherapie in Farsi an.

Drei Träger für die psycho-soziale Behandlung von Opioidabhängigen bieten Therapiebegleitung mit Farsi-sprechenden Fachkräften an. In einer Einrichtung hat sich eine NA-Gruppe Farsi-sprechender Interessierter gebildet.

In der Altonaer Ambulanz hat das Team zusätzliche transkulturelle Kompetenz erworben und praktisch über Nacht Sprachkarten auf Farsi laminiert mit Sätzen wie „Ich fühl mich entzückt“, „Die Dosis reicht“, „Sie haben morgen einen Arzttermin“ oder „Wir benötigen eine Urinprobe“. Recht schnell hat dann eine Dolmetscherin einen Vertrag des Krankenhausträgers ASKLEPIOS Hamburg erhalten, als die Übersetzungsdienste aus den Aufnahmezentren eingespart wurden. Und die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen hat frühzeitig jeweils zwei Betten freigehalten für Suchtkranke aus Afghanistan und Iran.

Geflüchteten mit guter Bleibeperspektive stehen Sprach- und Integrationskurse zu, was für Asylsuchende aus Iran und Afghanistan häufig nicht zutrifft. Dennoch haben viele un-

serer Patienten das Glück, freie Plätze einnehmen zu dürfen. Mit zwei Patienten können wir uns bereits auf Deutsch sehr gut verständigen. Rund ein Viertel hat Zugang zum ersten Arbeitsmarkt gefunden. Nicht verschwiegen werden sollte, dass iranische und afghanische Gruppen sich als zum Teil selbst konsumierende Frontdealer auf der geduldeten offenen Drogenszene am zentralen Konsumraum Drob Inn betätigen. Darunter wohl auch Patienten von uns. Einwanderung – Arbeitsverbot – Ausweichen in illegale Tätigkeiten: Diese Kette wiederholte sich zum x-ten Mal.

Die geschilderten Fallbeispiele weisen Elemente auf, die die EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht) 2017 zusammengefasst hat in der Literaturübersicht „Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services – a European guide“ (Lemmens, Dupont & Roosen, 2017).

Danach fällt auf, dass die Mehrheit der Migranten jung, männlich und gesund ist, das ist das „healthy migrant paradox“.

Die für unsere Patientengruppe wichtigsten Erkenntnisse sind:

- Die Lebensbedingungen in Flüchtlingslagern und auf den Fluchtrouten machen anfällig für Infektionskrankheiten wie TBC, Hepatitis A und für Verletzungen.
- Es sind aber auch die hiesigen Lebensumstände, die krank machen und anfällig für Drogenkonsum.
- Ein weiteres Paradoxon: Obwohl sie mehr seelische Störungen aufweisen, entwickeln Geflüchtete weniger Probleme mit Alkohol oder illegalen Drogen als die eingeseessene Bevölkerung.
- Die wichtigsten Faktoren für eine Substanzstörung sind Langeweile, Arbeitsverbot und Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus in Verbindung mit nicht diagnostizierten depressiven Störungen. Dies mag dazu führen, dass Drogenkonsummuster aus den Herkunftsländern fortgeführt oder sogar intensiviert werden.
- Im Falle der iranischen Migranten bedeutet dies – wenn die örtlichen Märkte kein Theriak anbieten – einen Wechsel vom traditionellen Opium zu Heroin mit seinen größeren Risiken. Nun hat die eingeseessene iranische Gemeinde in Hamburg über Jahrzehnte und unbeeinflusst von politischen Veränderungen im Iran nur selten ein Nachschubproblem mit Opium gehabt: Die Hafenstadt Hamburg und Persien verbinden seit über 150 Jahren enge Handelsbeziehungen, 20.000 bis 25.000 Menschen iranischer Herkunft leben in der Stadt.

- Die Literaturstudie der EMCDDA erwähnt auch, dass mehr als 90 Prozent der Geflüchteten mit traumatischen Kriegserlebnissen damit zurechtkommen, neun Prozent hingegen entwickeln eine Posttraumatische Belastungsstörung.

Unsere Patienten sind wie andere Migrantinnen und Migranten aus Afghanistan und Iran von der Abschiebepolitik Deutschlands bedroht – die Willkommenskultur von 2015 hat längst einer Politik der Abschottung und Ausweisung Platz gemacht. Die Ablehnungsquote für Asylanträge für diese Gruppe lag 2017 bei über 50 Prozent, gerade noch 16 Prozent der Asylsuchenden erhielten den vollen Flüchtlingsschutz (PRO ASYL, 2018).

Der substituierenden Ärzteschaft fällt in den Verfahren rund um das Asylrecht eine eigene Rolle zu:

Wenn unsere Patienten von Abschiebungen bedroht sind, können wir in Stellungnahmen nachweisen, dass die Opioidabhängigkeit eine von der WHO und nach ICD-10 anerkannte chronische Erkrankung mit hoher Rezidivgefahr ist und dass die Substitution heutzutage als Behandlung der ersten Wahl gilt. Wenn also diese oder assoziierte Erkrankungen im Heimatland nicht behandelbar sind und bei Abschiebung eine wesentliche Verschlechterung droht, dann kann vor den Verwaltungsgerichten eine Duldung bzw. ein Abschiebeverbot durchgesetzt werden. In einem Fall gelang es, einen Patienten per Gerichtsbeschluss praktisch aus dem Abschiebeflüger zu holen. In einem anderen Fall konnte die Deportation aus der Haft verhindert werden, denn die Situation für Opioidabhängige in Afghanistan ist grauenhaft:

„Grundsätzlich gibt es keine Substitutionsbehandlung mit Methadon in Afghanistan“, lautet die Antwort auf eine Anfrage an die deutsche Botschaft in Kabul (Persönliche Korrespondenz).

Laut UNAIDS (2019) hingegen ist die Anzahl der Substituierten in Afghanistan von 2015 bis 2017 von 68 auf 748 angestiegen. INCB dokumentiert im Bericht für 2017 den Import von 23 Kilogramm reinem Methadon; 2015 waren es noch sechs Kilogramm (UN, 2019).

Präzise Angaben gehen aus einer Korrespondenz mit UNODC Kabul hervor: Opioidsubstitution ist erhältlich in vier von 34 Provinzen Afghanistans (Kabul, Mazar, Herat und Nangarhar). Die Behandlung wird dort in kommunalen Zentren und Gefängnissen durchgeführt und ist intravenös Konsumierenden mit HIV oder mit Hepatitis B und C vorbehalten sowie Menschen nach mehrfachen abstinenzorientierten Therapien oder mit einer Überdo-

sis in der Anamnese. Gerade drei Prozent der i.v.-Konsumierenden haben Zugang zur medikamentengestützten Behandlung. Die Prävalenz für Opioidkonsum liegt bei zehn Prozent (Persönliche Korrespondenz).

Für iranische Patienten ist die Lage im Heimatland besser: Die Islamische Republik Iran weist mit Afghanistan die weltweit höchste Prävalenz für Opioidabhängigkeit auf. Über eine Million Menschen gelten als opioidabhängig, mehr als zwei Millionen sollen regelmäßig konsumieren. Handel und Wandel stehen in Blüte: Iran verbindet mit Afghanistan, dem globalen Hauptproduzent für Opium, eine eintausend Kilometer lange Grenze. Dort findet seit vielen Jahren ein Drogenkrieg zwischen Grenzwächtern und Schmuggelbanden statt.

Die Drogenpolitik des Landes bewegt sich zwischen Todesstrafe und Substitutionsprogrammen: Polizei und Justiz gehen mit äußerster Härte gegen Drogenkonsumierende und Handel vor, hochrangige Angehörige des Staatsapparates sollen aber auch am Rauschgifthandel beteiligt sein. Bis vor kurzem wurden Todesstrafen für Drogendelikte vollstreckt. Heroin- und Opium/Theriak-Abhängige finden einen schnellen und niedrigschwelligen Zugang zur Substitutionsbehandlung, auch in Haftanstalten. Grundlagen- und Versorgungsforschung stehen international in einem guten Ruf. 2018 hat die Reform des Drogenrechts die bisher drakonischen Strafen gemildert (Felbab-Brown & Porter, 2019; UNAIDS, 2019; Stone & Shirley-Beavan, 2018).

Wir können die neuen Patienten aus Afghanistan und Iran aufnehmen und behandeln – die Suchterkrankung, die somatischen und psychiatrischen Grund- und Begleitiden und die somatoformen Störungen. Die Substitutionsbehandlung trägt dazu bei, dass sie neue Wurzeln schlagen können, dass sie Familien gründen, ihren alten oder einen neuen Beruf ergreifen und Mitglieder ihrer Gemeinden in Hamburg werden. Dafür müssen die politischen Rahmenbedingungen stimmen – Integration ist ein langwieriger Prozess. Wenn die nicht gefördert wird, geraten allzu viele in der Fremde erst recht unter die Räder, entwickeln schwere psychische Erkrankungen oder versinken in Armut, Entwurzelung und Drogen.

Opioide sind als Rauschmittel und als Medikament gegen körperliche und seelische Schmerzen seit der Antike gebräuchlich. Eine frühe Form von Opiumtropfen/Laudanum hieß im östlichen Mittelmeerraum *Nepenthes* (aus dem Griechischen: *kein/gegen Kummer*) und war eine Mischung aus Wein und Opium.

Vor 2.500 Jahren schrieb darüber ein Dichter:

„Aber ein Neues ersann die liebliche Tochter
Kronions:
Siehe sie warf in den Wein, wovon sie tranken, ein
Mittel
Gegen Kummer und Groll und aller Leiden
Gedächtnis.
Kostet einer des Weins, mit dieser Würze gemischt;
Dann benetzt den Tag ihm keine Träne die
Wangen,
Wär' ihm auch sein Vater und seine Mutter
gestorben,
Würde vor ihm sein Bruder, und sein geliebtester
Sohn auch
Mit dem Schwerte getötet, dass seine Augen es
sähen.
Siehe so heilsam war die künstlich bereitete Würze,
...“ (Homer)

... so aktuell ist Homers *Odyssee*.

Literatur

- Afghanistan National Drug Survey (2015). https://www.issup.net/knowledge-share/publications/2016-10/afghanistan-national-drug-use-survey-2015#_ftn1
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). *Zahlen zu Asyl in Deutschland*. <https://www.bpb.de/node/265707d>
- Felbab-Brown, V. & Bradley S. Porter, B. S. (2019). *Out with the old, in with the old: Iran's revolution, drug policies, and global drug markets*: Brookings, USA, 24.02.2019 <https://www.brookings.edu/blog/order-from-chaos/2019/01/24/out-with-the-old-in-with-the-old-irans-revolution-drug-policies-and-global-drug-markets/>
- Homer. *Odyssee*. Übersetzung J. H.Voß, siehe dazu: <https://gutenberg.spiegel.de/buch/odyssee-1822/10>
- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2019). *Arztfinder*. <http://www.kvhh.net/kvhh/pa ges/index/p/274>
- Kuhn, S., Zurhold, H., Lehmann, K. & Verthein, U. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in Deutschland/Drug use and special needs of refugees in Germany. *Suchttherapie*, 19, 140-147.
- Lemmens, P., Dupont, H. & Roosen, I. (2017). *Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services – Background paper commissioned by the EMCDDA for health and social responses to drug problems: a European guide*. Lisbon: EMCDDA. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6341/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Migrants-Asylum-seekers-Refugees-Drug-use.pdf
- PRO ASYL (2018). *Der Einzelfall zählt*. <https://www.proasyl.de/>
- Stone, K. & Shirley-Beavan, S. (Eds.) (2018). *Global state of harm reduction. HRI – Harm Reduction International*. <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>
- SUCHT.HAMBURG (2019). *Herkunft – Ankunft – Zukunft*. <https://www.sucht-hamburg.de/hilfe/suchthilfe-und-migration>
- UN (2019). *Narcotic drugs – Technical report*. INCB – International Narcotics Control Board, E/INCB/2018/2. New York. https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2018/INCB-Narcotics_Drugs_Technical_Publication_2018.pdf
- UNAIDS (2019). *Health, rights and drugs – harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs, unaids*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2954_UNAIDS_drugs_report_2019_en.pdf
- WHO Regional Office for Europe (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health*. Copenhagen.
- ZIS (2019). *Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (Projekte)*. <http://www.zis-hamburg.de/>



Hans-Günter Meyer-Thompson

Arzt und Journalist in Hamburg, Jg. 1955,
h.meyer@asklepios.com,
Redakteur www.forum-substitutionspraxis.de

Flaschenpost

Sendungen zu Andreas Kieners „Odysseus“

Thomas Ballhausen

Andreas Kiener legt mit seinem „Odysseus“ (Kiener, 2018) eine Alternative rund um den homerischen Helden und seine Erlebnisse vor: Nicht der trickreiche Odysseus steht, trotz der Titelwahl, im Zentrum der Darstellung, sondern ein Bericht des Schreibers Retes und seines Dieners. Im Auftrag der gar nicht duldsamen Penelope ermitteln sie über den Verbleib des Helden und tragen widersprüchliche Aussagen, Gerüchte und Vermutungen über ihn zusammen. Kieners gleichermaßen gewitzte wie reflektierte Arbeit verknüpft Diskurse von Zeugenschaft, Alterität und Bewegung zu einem lesenswerten Kunstwerk, das dabei nie seine literarischen Vorlagen – die „Ilias“, die „Odyssee“, die „Aeneis“ und die Kontexte antiker Mythen und Heldensagen – aus dem sprichwörtlichen Auge verliert. Der vorliegende, bewusst an Prinzipien literarisch-künstlerischer Forschung (vgl. Caduff & Wälchi, 2019) und der Vorstellung von Archäologie als poetischer Freilegung (vgl. Bloomfield, 2016; Kocziszky, 2015) orientierte Essay nimmt Kieners poetologisches Programm auf – und bietet nicht zuletzt deshalb eine vorsätzlich verspielte Hinführung zum hier vorgestellten, überaus empfehlenswerten Comic.

(1)

L– (lass mich diese Chiffre wählen, mehr aus Geneigtheit denn aus Nachlässigkeit; lies hier also bitte immer auch *elle*), also, L–, beginnen wir mit Deiner Abreise, dem hektischen Packen Deines zu kleinen Koffers. In das Durcheinander aus Kleidung, Gegenständen und Büchern schmuggle ich Dir Andreas Kieners „Odysseus“, über den wir uns lange unterhalten haben. Ausgehend von Deiner Sammlung unterschiedlichster Übersetzungen und Überarbeitungen der Werke Homers, zu denen wir auch meine hätten hinzufügen können (vgl. Énard, 2010; Homer, 2000; 2010; Mason, 2012), sind wir auch auf die Übertragung zwischen Medien zu sprechen gekommen, nicht zuletzt auf die eigenständige Medienform Comic. Später wirst Du

mir davon gesprochen haben, wie Du Kieners Buch auf dem Rückflug gelesen hast, wie Du die Verlagerung auf den Bericht, den Rapport des Schreibers und seines Dieners – oder in letzter Konsequenz: den Bericht des Dieners, der Penelope nicht erreichen und vielmehr, so Kiener, Homer zugeweht wird – genossen hast.

(3)

L–, natürlich ist Dir zuerst die Haltung des Erzählens in dem Comic aufgefallen: einerseits wie sehr sich hier alles unausgesprochen um die Frage des sprichwörtlichen Fadens dreht und andererseits wie Kieners Alternative, ganz seinen Vorlagen folgend, gleichermaßen Linearität befragt oder auch unterschlägt. Homer mit seinen vierundzwanzig Gesängen ist mitunter nicht linear, wir sind es bestimmt auch nicht, Kiener ist es, so macht es den Anschein, ebenfalls nur sehr bedingt. Odysseus, der Gesuchte und Erwartete, ist darüber hinaus über weite Strecken nicht anwesend; an die Stelle seines Sohns treten hier ein von seinem Untersuchungsobjekt etwas zu begeisterter Gelehrter (was ihn in seiner Enttäuschung später sogar das Leben kosten wird) und sein Diener, eine notwendigerweise duldsame Figur, die über den Verlauf der Reise hinweg reift. Nehmen wir die Nachricht, das *Nach-Richten* an dieser Stelle wortwörtlich, eben weil manche Botschaften uns nicht erreichen, zurückgerufen oder gelöscht werden, in Varianten vorliegen, sie unterwegs verloren gehen oder später nicht mehr auffindbar sind. Lücken und Widersprüche sind auch bei Zeugnissen nicht immer auszuschließen. In der sich einstellenden, zentralen Enttäuschung der Ermittler liegt aber nicht zuletzt die *Ent-Täuschung*, Drama und Erleichterung zugleich.

(7)

Wie also, L–, der Frage nach dem „garment“ (Critchley, 2014, S. 16), nach der erhofften „stability“ (Lipovetsky, 1994, S. 19), nachgehen, die

sich daraus ableiten lässt? Es ist nicht die Gerade des Gewebten, die interessiert. Nein, eher das Weben, so muss ich vermuten, als Praxis und Strategie des Hinhaltens, des Verbindens und Auflörens, aber auch, um mich von Clive Barker inspirieren zu lassen, als eine Frage der Struktur, als das Einlagern von Wirklichkeiten innerhalb anderer: Der Webstuhl des Erzählens interessiert uns als „Schaffenszustand“ (Barker, 2008, S. 150). Das Moment angetretener und vor allem auch nicht angetretener Reisen knüpft sich daran, der Umstand der Verzögerungen, die im Nachhinein erzählt werden. Zeile, Linie und Faden geben uns Text, Comic und – ich bleibe bei diesem Begriff – Gewebe. Wie auch der im Rückblick erzählende Heimkehrer sind wir immer schon verwickelt.

(8)

Für Dich, L–, eine Stelle von Barker, von dem ich mir kaum vorstellen kann, dass er Dir nicht bekannt gewesen sein soll. Du warst mir immer voraus, so wie Du mir stets voraus sein wirst. Barker also, auch in Hinblick auf die zuvor so leichthin erwähnte, voraussetzende und voraussetzbare Verwicklung: „Nichts hat jemals einen Anfang. Es gibt keinen ersten Augenblick; kein einzelnes Wort oder einen Ort, wo diese oder eine andere Geschichte ihren Anfang hat. Man kann die Fäden stets zu einer früheren Geschichte zurückverfolgen, und zu den Geschichten, die dieser vorausgehen; doch wenn die Stimme des Erzählers in den Hintergrund tritt, verblassen die Zusammenhänge scheinbar, denn jedes Zeitalter möchte die Geschichte so erzählt haben, als wäre sie sein ureigenes Produkt. So wird das Heidnische heilig, das Tragische lächerlich; große Lieben verkommen zu bloßer Sentimentalität, Dämonen schrumpfen zu mechanischen Spielzeugen. Nichts ist fest. Hin und her saust das Weberschiffchen, Dichtung und Wahrheit, Verstand und Materie weben sich zu Mustern, die nur eines gemeinsam haben mögen: daß die filigranen Bande zwischen ihnen mit der Zeit zu einer Welt werden“ (a.a.O., S. 17).

(11)

Wie auch Penelope wollen wir, L–, Gewissheit haben, erwarten uns von dem Bericht des Schreibers Klarheit, erhoffen uns Berichtigung und nicht zuletzt auch Berechtigung. Die Zeit drängt für Penelope, in Kieners Comic erwägt sie gar, erneut zu heiraten. Der beauftragte Bericht ist ein Beleg, der in die Lücke der Überlieferung treten soll, ein Schriftstück also, das als legitimierende Quelle später zu den entspre-

chenden Akten wandern wird. Lass es mich wiederholen, damit Du siehst, dass ich, wenn ich hier so vorsätzlich *ich* sage (vgl. Kitnick, 2018), tatsächlich verstanden habe: „ich komme viel zu spät“ (Falco, 2009, S. 21). Die Zeit drängt, die Metrik bietet ihr und der Sprache rhythmisches Korsett.

(12)

Der Bericht des Schreibers gedeiht über die Befragung der Zeugen hinweg, und so lässt Kiener Seite für Seite die unterschiedlichsten Figuren zu Wort kommen. Ihre Darstellungen und Widersprüche, die wenig erhofften Auskünfte machen dem Schreiber deutlich, wie wenig Sprache gelegentlich zu verheißen imstande ist. Es sind klassische Fragen, L–, die sich stellen: Sollen sie klärend hinzutreten, sollen sie für den bzw. die Abwesenden sprechen dürfen? Wo zielen sie auf Erkenntnis und Text; wann sind sie Verkörperungen, Bezeugungen des Erlebten? Lesend bekommen wir einen Eindruck vom Erscheinen der Dinge, nicht von den Dingen selbst. Retes will, auf seinen Diener gestützt, deshalb wohl eher eine Heldenbiografie verfassen als das von Penelope geforderte Schriftstück. Zum Weben der Penelope und zum Verfertigen des Berichts könnten wir – sozusagen als Ergänzung – das Seemannsgarn hinzurechnen. Hier finden die beiden anderen Unternehmungen der Sinnstiftung ihre Entsprechung.

(13)

Ich danke Dir für den so beiläufig eingestreuten Hinweis, L–, wie sehr sich in den jüngsten Adaptionen klassischer Texte die Gewichtungen zugunsten der Frauenfiguren verschoben haben. Waren sie zuvor oftmals limitiert wenn nicht gar ohnehin zum Schweigen und Ausharren verurteilt, billigen ihnen neuere Arbeiten andere Qualitäten zu. Sie finden, auf unterschiedlichste Weisen, ihre Stimmen und Körper (vgl. Beard, 2018, S. 13 f.; Graziosi, 2018; Howes, 2018). Kiener problematisiert diesen Umstand nicht nur anhand der Penelope, sondern auch in Bezug auf die traditionellerweise vielgeschmähte Kalypso. Danke auch für den Tipp, endlich mehr Katherine Mansfield zu lesen; in ihren Briefen finde ich dann die Stelle, in der sie sich so deutlich über Joyce, seine Umschrift der Odyssee und die, wenn ich sie richtig verstehe, Zurichtung seiner Frauenfiguren äußert. Ich will es bei einem Ausschnitt aus dem Zitat belassen, das ich Dir schon habe zukommen lassen: „Das ist kein Scherz“ (Mansfield, 1981, S. 243).

(15)

Zur oben erwähnten Zeit treten, das habe ich gelernt, L–, der Raum, der Abstand und die Distanzen. Auch im Aspekt des Raums lässt sich die Vielzahl der Themen, die sich in der „Odyssee“ nachweisen lassen, bündeln. Anders – also auch: auf andere Weise – spricht dieses Epos von Gesellschaft, von Gastfreundschaft, von Grenzen und zu bestehenden Proben. Der im literarischen Werk entfaltete Raum, den Kiener in seiner Szenenfolge durchaus berücksichtigt, lässt vermuten, dass „Homers dichterischer Staat größer sei als der Staat Alexanders von Mazedonien“ (Pavić, 1988, S. 100). Innerhalb dieses Staats – angesichts der Ereignisse, die die „Odyssee“ uns lesend bietet, ja doch ein zumindest bemerkenswerter Begriff – finden sich hoffentlich auch die Ufer, die Blanchot an den Beginn und ans Ende eines namhaften Romans stellt (vgl. Blanchot, 2017). Den Blick auf die Ferne gerichtet, hat sich Odysseus zumindest mit zweierlei Gepäck, mit *luggage* und *baggage*, herumzuschlagen. Letzteres begleitet und bleibt ihm, wenn ein spätes Echo von Blanchots Titelfindung sich zur möglichen Variante gescheiterten Wiedersehens zuspitzt: „Die Gattin verbrennt die Kleidungsstücke des Gatten. Der Gatte steht am Ende des Flurs, in jedem Stockwerk. Manchmal werfen wir uns mit ungebührlicher Hingabe unseren Beispielen an den Hals“ (Schwartz, 2019, S. 118). Kiener lässt auch diesen von der literarischen Vorlage abweichenden Ausgang offen, aber zumindest ein Wiedersehen zwischen Odysseus und Penelope deutet er auf der hinteren Flappe des Buchumschlags visuell an.

(17)

So wie Homer schon mit den ersten Zeilen den Menschen ins Zentrum seines Werks stellt, so entspricht auch Kieners Comic dieser Ausrichtung. Hinsichtlich des Götterreigens ist er sogar noch konsequenter, verbannt er ihr Wirken und Erscheinen doch an die Ränder des Wahrnehmbaren, in die Nebensätze, ins Abseits der Panels. Von dort aus entfalten sich ihre Konflikte und ihr Wirken, ihr von Mehlis in klaren Worten umrissener „Gegensatz von Sein und Sollen“ (Mehlis, 1915, S. 561). Die „schöne Harmonie“ (a.a.O., S. 694) aus Pflicht und Neigung wird in Folge auch für die Menschenwelt noch vermisst, es scheint zumindest bei Homer noch ungeschrieben. Das schlecht Memorierte, das ich Dir, L–, nicht in einem Brief schreiben soll, wenn ich es nicht wagen würde, dieselbe Botschaft in Dein Ohr zu flüstern; dieses Erinnernte also wäre dahingehend die unerfreuliche Ein-

sicht, dass „the gods do not need to care, and therefore they are gods“ (Jenkyns, 2015, S. 10).

(22)

Ungesucht stoße ich bei den Vorbereitungen neuer Sendungen nun überall auf Homer, ganz so wie ich überall auf Dich und Deine Spuren stoße. Es ist eine Suche, ohne eine zu sein. Gleich ob ich in Margaret Atwoods Essaysammlung blättere (vgl. Atwood, 2019) oder einen Blick auf den neuen, passenderweise in lichtem Grün gehaltenen Band von Durs Grünbein (vgl. Grünbein, 2019) werfe – jeder Text scheint mir in diesen grauen Tagen von Homer zu sprechen, von der Gewissheit, mit der das Leben enttäuscht. Auch deshalb übergibt der Diener den fertiggestellten Bericht wohl dem Wind, lässt Odysseus von seinen Erkenntnissen unbehelligt nach Hause zurückkehren. *Ent-Täuschungen*, einmal mehr, wenngleich auch unter der Perspektive eines Verzeihens und Vergebens, die über das Menschenmögliche hinausgehen mag.

(24a)

Wenn Du mich fragst, L–, welche Abenteuer ich mit Dir erleben will, welche ich hätte erleben wollen, ich antworte Dir, immer noch und immer wieder, *alle*. Kieners Comic für diese Zeilen neu konsultierend, aufschlagend, wird mir bewusst, dass ich aus der Haltung des Verlusts heraus schreibe. Was beinahe nicht gewesen wäre, ist *natürlich* ein Text. Dieser noch zu schreibende Text, der vielleicht ein gemeinsamer sein wird, das ist die Hoffnung, das ist – erlaube mir an dieser Stelle, ganz bezeichnend und bezeichnet, die Paraphrase meiner selbst – die Schwierigkeit in acht Buchstaben.

(24b)

Wenn Du mich fragst, L–, welche Abenteuer ich mit Dir erleben will, welche ich hätte erleben wollen, ich antworte Dir, immer noch und immer wieder, *alle*. Kieners Comic für diese Zeilen neu konsultierend, aufschlagend, wird mir bewusst, dass ich aus der Haltung des Verlusts heraus schreibe. Was beinahe gewesen wäre, ist *natürlich* ein Text. Dieser noch zu schreibende Text, der vielleicht ein gemeinsamer sein wird, das ist die Hoffnung, das ist – erlaube mir an dieser Stelle, ganz bezeichnend und bezeichnet, die Paraphrase meiner selbst – die Schwierigkeit in acht Buchstaben.

Kiener, A. (2018). *Odysseus*.
Zürich: Edition Moderne.

Literatur

- Agamben, G. (2013). *Was von Auschwitz bleibt. Das Archiv und der Zeuge (Homo Sacer III)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Atwood, M. (2019). *Aus Neugier und Leidenschaft. Gesammelte Essays*. München: Piper.
- Ballhausen, T. (2015). *Signaturen der Erinnerung. Über die Arbeit am Archiv*. Wien: Edition Atelier.
- Ballhausen, T. (2018). Zwischen Echo-Kammer und Fama-Industrie? Eine kurze Notiz zu literarischen Schreibungen der Geschichte. *medien & zeit. Kommunikation in Vergangenheit und Gegenwart* 4 (33), 4-8.
- Barker, C. (2008). *Gewebte Welt*. Bellheim: Edition Phantasia.
- Beard, M. (2018). *Frauen & Macht. Ein Manifest*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Blanchot, M. (2017). *Thomas der Dunkle*. Berlin: Suhrkamp.
- Bloomfield, M. (2016). *Archaeopoetics. Word, image, history*. Tuscaloosa: University of Alabama Press.
- Caduff, C. & Wälchi, T. (Eds.) (2019). *Artistic research and literature*. Paderborn: Fink.
- Critchley, S. (2014). *Memory theatre*. London: Fitzcarraldo Editions.
- Derrida, J. (1982). *Die Postkarte. Von Sokrates bis an Freud und jenseits. 1. Lieferung. Envois/Sendungen*. Berlin: Brinkmann & Bose.
- Derrida, J. (1992). *Acts of literature*. Ed. by D. Attridge. New York: Routledge.
- Énard, M. (2010). *Zone*. Berlin: Berlin-Verlag.
- Falco (2009). *Lyrics complete*. Hrsg. von Ch. I. Hintze. Bearb. und mit einem Nachwort versehen von P. Ernst. St. Pölten: Residenz.
- Figal, G. (2008). „Odysseus als Bürger“. *Idee. Zeitschrift für Ideengeschichte* 2 (II), 50-61.
- Graziosi, B. (2018). „The blood was up. Two retellings of the Iliad“. *The Times Literary Supplement* 6021, 28.
- Grünbein, D. (2019). *Aus der Traum (Kartei). Aufsätze und Notate*. Berlin: Suhrkamp.
- Homer (2000). *Chapman's Homer. The Iliad. The Odyssey*. Transl. by G. Chapman. With an introduction by J. Parker. Ware, Hertfordshire: Wordsworth.
- Homer (2010). *Ilias. Odyssee*. Aus dem Griechischen übers. von J. H. Voß. Text der Ausgabe letzter Hand von 1821. Mit Nachworten von E. Heitsch und G. Häntzschel. Stuttgart: Philipp Reclam jun.
- Howes, H. (2018). „Lines of blood and baffled eyes. Retelling great stories from a female perspective“. *The Times Literary Supplement* 6038/6039, 26-27.
- Jenkyns, R. (2015). *Classical literature. A Pelican introduction*. London: Penguin.
- Kitnick, A. (2018). „I, etcetera“. *October* 166, 45-62.
- Kocziszky, E. (2015). *Das fremde Land der Vergangenheit. Archäologische Dichtung der Moderne*. Köln: Böhlau.
- Kodalle, K.-M. (2013). *Verzeihung denken. Die verkannte Grundlage humaner Verhältnisse*. München: Fink.
- Koschorke, A. (2018). *Fact and fiction. Elements of a general theory of narrative*. Berlin: De Gruyter.
- Lipovetsky, G. (1994). *The empire of fashion. Dressing modern democracy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Mainberger, S. & Ramharter, E. (Hrsg.) (2017). *Linienvissen und Liniendenken*. Berlin: De Gruyter.
- Mansfield, K. (1981). *Ausgewählte Werke. 2. Bd.* Hrsg. von W. Wicht. Leipzig: Insel.
- Mason, Z. (2012). *Die verlorenen Bücher der Odyssee*. Berlin: Suhrkamp.
- Mehlis, G. (1915). *Lehrbuch der Geschichtsphilosophie*. Berlin: J. Springer.
- Pavić, M. (1988). *Das chasarische Wörterbuch. Lexikonroman in 100 000 Wörtern. Männliches Exemplar*. München: Hanser.
- Schmidt, S. (2015). *Ethik und Episteme der Zeugnenschaft*. Konstanz: Konstanz University Press.
- Schwartz, J. (2019). *Johann der Posthume*. Zürich: Diaphanes.

Bildnachweise

Alle Abbildungen © Andreas Kiener/Edition Moderne. Der Abdruck wurde mit der freundlichen Unterstützung von Filip Kolek/Edition Moderne ermöglicht. Aus editorischen Gründen wird die Bildstrecke hier in Schwarzweiß abgedruckt.



© C. Supper, 2016

Mag. Dr. Thomas Ballhausen

Autor, Literaturwissenschaftler und Kulturphilosoph.
Lehrbeauftragter an der Universität Wien
und an der Universität Mozarteum Salzburg.
t.ballhausen@gmail.com













Wesentliche Merkmale interkultureller Psychotherapie mit Migranten

Wielant Machleidt

Einleitung

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen aus verschiedenen kulturellen Kontexten stellt psychotherapeutische Methoden in theoretischer und praktischer Hinsicht auf den Prüfstand. Die aktuell in der internationalen Psychotherapie gültigen theoretischen Konzepte und Methoden sind überwiegend in Europa und Nordamerika entwickelt worden und in diesem Sinne kulturgebundene Methoden. Insofern ist eine Psychotherapie, die migrations- und kultursensibel Bezug auf die ethnischen und individuellen Ausdrucksformen menschlichen Verhaltens nimmt, durch ihre transformative kulturelle Mediation und Übersetzungsleistung erst im eigentlichen Sinne interkulturelle Psychotherapie. Im Fokus interkultureller Psychotherapie stehen die Entschlüsselung der Symbolik der kulturellen Ausdrucksmuster, die in der Symptomatik ihre unbewusste Gestaltung finden. Zu berücksichtigen sind die wechselseitigen die Wirklichkeit verzerrenden Ängste vor dem jeweils fremden Anderen in der Therapeut-Patient-Beziehung und die unterschweligen diskriminierenden aggressiven Impulse und Vorurteile. Ein unverzichtbares Erfordernis in der Kommunikation ist es, die Relativierung und Durchlässigkeit des eigenen kulturellen Gebundenseins erkennbar und erfahrbar werden zu lassen. Dies geschieht im Sinne einer Dekonstruktion von Kultur und der Suche nach Gemeinsamkeiten über vermeintliche oder tatsächliche Kulturgrenzen hinweg. Es geht darüber hinaus im interkulturellen therapeutischen Dialog im wesentlichen um drei Dinge: um einen wechselseitigen kulturellen Wissens- und Verständniszugewinn, um Kulturgrenzen überschreitende Empathie und nicht zuletzt um das Erkennen und die Bearbeitung all der Widerstände, die dem Transformationsprozess entgegenstehen, in dem das Fremde durch Entfremdung zu einem Eigenen und Vertrauten wird (Machleidt, 2019).

Der Beitrag gliedert sich in die Darstellung der „kulturellen Adoleszenz“ im Migrationsprozess, möglicher Identitätsstörungen und des Identitätswandels, der psychischen Gesundheit und geht dann auf die psychotherapeutischen Fragen im engeren Sinne ein. Abschließend wird die geringere Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Migranten analysiert.

Die kulturelle Adoleszenz im Migrationsprozess

„Die Metapher von der ‚kulturellen Adoleszenz‘ geht von der Hypothese aus, dass die Krisen der Adoleszenz in vielfacher Hinsicht den Krisen gleichen, die die Migrationsprozesse auslösen. Es besteht eine Analogie zwischen den Entwicklungsleistungen der Migranten bei der Integration in die Aufnahmekultur und denen, die Adoleszente bei der Integration in die Gesellschaft erbringen müssen“ (Machleidt, 2013, S. 23-30; Machleidt & Heinz, 2018).

Die zentrale Gemeinsamkeit von Adoleszenz und Migration liegt in der Transformation der Beziehungen zu den Elternfiguren respektive ihren symbolischen Stellvertretern (Surrogaten), in der Aufgabe der bisherigen Geborgenheitsräume und der Aktivierung des Explorationsverhaltens mit dem Ziel der Integration in neue Geborgenheitsräume mit neuen Elternsurrogaten. Diese kulturelle Adoleszenz kann verstanden werden als eine dritte Individuation, die nach der psychischen Geburt und der normativen Adoleszenz durchlebt wird, bei Menschen, die sich im Zwischen der Länder und Kulturen bewegen. Adoleszenz und Migration gehen mit normativen Identitätskrisen einher. Diese haben den Charakter phasenspezifischer Identitätskrisen, die zur Integration in die Aufnahmekultur zur Bildung bi-kultureller oder hybrider Identitäten beitragen.

Migration ist ein starker Stimulus für Individuation in der Postadoleszenz und reaktiviert und differenziert die normativen Entwicklungsdynamiken als eine dritte Individuation.

onsphase, als *kulturelle Adoleszenz*. In der kulturellen Adoleszenz wird durch eine höhere Integrationsleistung ein erweitertes Ich- und Selbstgefühl erworben, das einen individuellen und zivilisatorischen Zugewinn und Vorteil gegenüber Einheimischen in einer mehrkulturellen globalisierten Welt bedeutet.

Die kulturelle Adoleszenz als dritte Individuation verweist strukturell auf die beiden schon bewältigten normativen Entwicklungsphasen wie die Individuation und Loslösung in der frühen Kindheit (Mahler, Stern) und die normative Adoleszenz (Blos, Freud). Es schlagen sich die erworbenen basalen Beziehungserfahrungen im Unbewussten als so etwas wie die Grundgewissheiten der eigenen Existenz nieder. Diese lassen sich charakterisieren als Urvertrauen versus Urmisstrauen (Erikson) und als sichere versus unsichere Bindung (Bowlby). Der Säuglingsforscher Daniel Stern konnte zeigen, wie sich die zentralen Beziehungserfahrungen auf die frühe Selbstentwicklung und die Struktur und Regulationsprozesse des affektiven Kernselbst auswirken. Das Fazit daraus ist: Die frühen Beziehungserfahrungen legen das Fundament für weitere Entwicklungen und nicht zuletzt für den Verlauf der dritten Individuation in der kulturellen Adoleszenz. Eine neue „Runde“ in der Individuation bietet die Chance, in den vorherigen beiden Runden weniger gut geglückte Entwicklungsleistungen zu optimieren. Diese Intention eingebettet in die Metapher „ein besseres Leben in der Fremde“ ist eine bedeutsame Motivation für Migration.

Der strukturelle Bezug der späteren Reifungsphase, der kulturellen Adoleszenz, liegt darin, dass regressive frühere Anteile der beiden normativen Entwicklungsphasen reaktiviert werden. Der strukturelle Bezug liegt auch darin, inwieweit die Grundierungen der individuellen Existenz ein solides oder eher fragiles Persönlichkeitsfundament hinterlassen haben mit der Folge neurotisierender Einflüsse durch schwierige Migrationsbedingungen oder aber auch nachgeholter Konfliktlösungen und Harmonisierungen im Selbst. George Devereux, der französische Ethnopschoanalytiker, sprach davon, dass es bei Migration zu einem Verlust der „kulturellen Ummantelung“ (des „cultural envelope“) komme, die eine Art zweite Haut sei, und hob damit die erhöhte Vulnerabilität von Migranten hervor (zit. n. Leutinger-Bohleber, 2016, S. 144). Es ist plausibel anzunehmen, dass es in allen drei Individuationsphasen zu einer erhöhten psychischen Vulnerabilität durch eine passagere Schwächung der Ich-Funktionen durch noch unausgebildete Handlungsfähigkeiten bei einer fragilen Affektregulation kommt. Gute verinnerlichte

Objektbeziehungen dagegen haben eine protektive Wirkung für alle Individuationsphasen und erleichtern die Lösung schwerer Krisen in Migrationsprozessen.

In ihrer Abhängigkeit und dem Ausgeliefertsein von Migranten in der Aufnahmegesellschaft generell und insbesondere bei Flüchtlingen und Asylsuchenden werden, wenn die vertrauten, Geborgenheit bietenden haltenden und „nährenden“ Strukturen der Herkunftsgesellschaft nicht mehr zur Verfügung stehen, unbewusst eigene frühe Erfahrungen der totalen Abhängigkeit von dem Primärobjekt und damit assoziierte Verunsicherungen und Ängste reaktiviert. Reaktiviert werden insbesondere auch bei den überwiegend im dritten Lebensjahrzehnt stehenden Migranten die noch nahen Adoleszenzerfahrungen der Transformation der Beziehungen zu den Eltern bzw. der Verselbständigung von ihnen im Zusammenhang mit der eigenen Individuation. Die Immigranten projizieren dann ihre phasenspezifischen Bedürfnisse und Wunschphantasien entsprechend ihrer psychogenetischen Herkunft auf die Repräsentanten der Aufnahmegesellschaft zum einen als versorgende Primärobjekte, zum anderen als gute begleitende Elternersatzfiguren (vgl. die Übersicht bei Machleidt, 2017b).

Das bedeutet auch, dass Migranten in jedem Alter bei der Integration in die Aufnahmegesellschaft noch einmal die Entwicklungsleistungen zu erbringen haben, die sie als Adoleszente bei der Integration in die Herkunftsgesellschaft schon hatten erbringen müssen – abgesehen von der sexuellen Reifung bei erwachsenen Migranten. Dieser Prozess ist eine kritische Belastung durch subjektive Grenzerfahrungen verbunden mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Fehlentwicklungen. Dabei stehen Identitätsfragen im Zentrum des Wandels der Persönlichkeit im Kontext von Integration und Postmigration.

Migration und psychische Gesundheit

Migration ist keine Krankheit und Migration per se macht auch nicht krank. Über 30 Jahre Migrationsforschung haben gezeigt: Es sind die Bedingungen und Risikokonstellationen vor und während der Flucht/Migration und nach der Ankunft im Aufnahmeland, die im Zusammenhang mit einer erhöhten Vulnerabilität während der kulturellen Adoleszenz im Rahmen der Integrationsprozesse psychische Störungen verursachen können. Vorrangig sind dies depressive Störungen und Angststörungen, Traumafolgestörungen und Psychosen. Die Forschungen zur psychischen Gesundheit

von Migranten zeigen eindrucksvoll, wie ungünstige psychosoziale Migrations- und Integrationsbedingungen, ethnisch gemischte elterliche Migrationsbiographien, Diskriminierung aufgrund körperlicher Merkmale (Hautfarbe), Leben in einer ethnischen Diaspora, geringere soziale Entfaltungsmöglichkeiten, Niederlagen (social defeat) und psychische Belastungen wie Traumata, unsicherer Aufenthaltsstatus, Untätigkeit etc. mit einem erhöhten psychischen Erkrankungsrisiko einhergehen. Migrationen sind demnach im Kontext der Migrationsbedingungen mit mehr oder weniger großen Risiken für die psychische Gesundheit assoziiert (Machleidt & Graef-Calliess, 2017; 2018, S. 247-269).

Diejenigen, in deren Aufgabenbereich die Behandlung der Betroffenen schließlich fällt, stehen ganz am Ende einer Verursachungskette, gegen die sie kausal wenig auszurichten vermögen. Therapeuten individualisieren deshalb die Konflikte und versuchen durch Psychotherapie die Selbstkohärenz und Resilienz der Patienten zu stärken und damit ihre individuelle Befindlichkeit und soziale Funktionsfähigkeit zu verbessern. Diese Einschränkung ist ein grundlegendes Dilemma psychotherapeutischer Arbeit (nicht nur) mit Migranten, das der sozialen und politischen Dimension von Migrations- und Integrationsprozessen geschuldet ist. Identitätskonflikte im Zwischenraum der Referenzkulturen komplizieren Integrationsprozesse.

Fallgeschichte

Ein 16-jähriges Mädchen, vor vier Jahren mit ihrer Familie aus Afghanistan geflohen, kommt ohne Begleitung in die psychiatrische Notfallaufnahme. Allein das ist schon auffällig. Sie ist eine hübsche, kluge junge Frau und spricht fließend Deutsch. Sie berichtet, es gehe ihr schlecht, sie sei depressiv. Sie lebe im Konflikt mit ihren Eltern wegen ihrer Jungensfreundschaften. Sie beanspruche ein freizügiges Leben und sexuelle Selbstbestimmung für sich, wie das für ihre deutschen Freundinnen und andere Mädchen in ihrem Alter hier üblich sei. Sie möchte sich keine Vorschriften von ihrer Familie machen lassen. Sie berichtet über Gewalt in der Familie. Die Mutter habe ihr Ohrfeigen und Tritte deshalb versetzt. Ein Onkel habe ihr gegenüber Todesdrohungen ausgesprochen. Der Vater halte sich fern von ihr. Das alles mache Angst. Sie wolle nicht mehr mit ihrer Familie zusammen wohnen, sondern alleine. Sie wirkt wechselnd depressiv verstimmt, geängstigt, rastlos, zerfahren, erregt und manifold. Es entsteht der

Eindruck, dass sie Realität und Wunschphantasien nicht mehr genügend zu unterscheiden in der Lage ist. Es gelingt die Einbeziehung der Familie und über mehrere Schritte schließlich, die Patientin zu motivieren sich im Konsens mit ihrer Familie auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen. In der Folge zeigt sie ein hochgradig widersprüchliches Verhalten. Zu einem der psychotherapeutischen Gespräche erscheint sie modern in westlicher Kleidung und bekräftigt ihre Absichten über sich selbst und ihre Jungensbekanntschaften allein zu verfügen. Zu einem anderen Gespräch erscheint sie verhüllt in eine Burka, gibt sich als traditionell religiöse Muslimin und äußert Phantasien, nach Afghanistan zurückzukehren und sich dort mit einem Afghanen zu verloben.

Das Agieren der 16-jährigen Tochter ist aus traditioneller afghanischer Sicht eine massive Gefährdung für die Ehre und das Ansehen der Familie, zu der die Frauen und insbesondere die Töchter beitragen müssen. Die Situation war insofern dramatisch. Der für sie unlösbare Konflikt lag zwischen den traditionellen Orientierungen als Afghanin und den in Deutschland üblichen Orientierungen als Teenager. Die innere ethnische Dissonanz war für sie nicht auflösbar im Sinne einer bi-kulturellen Identitätsformierung. Die Patientin schwankte zwischen den Extremen im Sinne einer Spaltung bei der Aufgabe, im „Zwischenraum“ der Kulturen ihren eigenen Weg zu finden.

Kulturelle Identitätskonflikte im Migrationsprozess

Bei der Patientin wurde die Diagnose eines reaktiven ethnischen Identitätskonflikts zwischen Herkunfts- und Aufnahmekultur bzw. eines kulturellen Dissonanz-Konfliktes nach OPD-2 (2006) gestellt. Im ICD-10 (1996) würde die OPD-2-Diagnose am ehesten einer Anpassungsstörung mit Identitätskonfusion entsprechen. Solche Identitätskonflikte, als migrationspezifische Belastungen, können ganz unterschiedliche klinische Bilder hervorrufen wie ängstlich getriebener, depressiver, aggressiver, submanischer Art oder auch Substanzgebrauch, Schulversagen, Dissozialität und anderes zur Folge haben. Die erhöhte Anforderung, sowohl in der eigenen Familie und Kultur und zugleich in der Aufnahmekultur selbständig zu werden, erleben die Jugendlichen häufig als eine durch Migrations- und Kulturkonflikte erschwerte Aufgabe, bei der ohne Unterstützung durch Eltern, Pädagogen und gegebenenfalls Psychotherapeuten häufig ein Scheitern droht. Diese doppelte Adoleszenz geht bekanntlich

mit einem erhöhten Risiko für psychosoziale Fehlentwicklungen einher wie Versagensängste, Depressivität, Dissozialität, Schulprobleme, Suchtverhalten und nicht zuletzt Komplexitätsreduzierungen durch Radikalisierung. Die jüngeren Jugendlichen, die ihre Eltern für ihre Ablösung noch brauchen, werden häufig in ihrer Entwicklung zurückgeworfen. Die älteren Jugendlichen, die ihre Eltern für ihre Ablösung nicht mehr so dringend brauchen, erleben Migration als „Kick“ und machen im Sinne von Akzelleration eine beschleunigte Entwicklung durch.

Die geringe Ambiguitätstoleranz für kulturelle Unterschiede in der doppelten Adoleszenz erfordert zur Selbststabilisierung möglichst eindeutige Orientierungen und Botschaften. Mehrdeutigkeiten führen leicht zu Überforderungen und Kränkungen durch vermeintliche oder tatsächliche Exklusion und können Dissonanzkonflikte oder auch Spaltungen mit Selbstethnisierungen zur Folge haben. Das kam bei der afghanischen Patientin mit dem Tragen einer Burka zum Ausdruck. Junge migrierte Frauen aus muslimischen Ländern des Nahen Ostens kommen in Konflikt mit ihren Eltern und ihrer Peergroup bzw. mit ihren verinnerlichten beiden kulturellen Teilidentitäten, zwischen den traditionellen Verhaltensmodellen des Herkunftslandes und den für sie neuen freizügigen Adoleszenzmodellen des Aufnahmelandes, wo Experimentierverhalten, Diskobesuche, Jungensfreundschaften etc. normativ sind. Eine erhöhte Suizidalität (SV und SU) wurde z.B. in mehreren Studien bei jungen Frauen und Mädchen im Alter zwischen zehn und 25 Jahren gefunden, unter anderem bei Türkei-stämmigen weiblichen Teenagern in Berlin. Ursächlich spielten dafür unbewältigte Identitätskonflikte und Auseinandersetzungen über Wertfragen in den Ursprungsfamilien eine Rolle (vgl. dazu die Übersicht bei Aichberger & Schouler-Ocak, 2017, S. 131-136). Zur Bewältigung der doppelten Adoleszenz ist beim Auftreten von Identitätskonflikten Psychotherapie indiziert und erfolgreich (Machleidt, 2017).

Dissonanz-Konflikte

Kommt es im Rahmen der Identitätsbildung zu Dissonanzen mit konflikthafter Spannungen zwischen verschiedenen Selbstanteilen, so sprechen wir von einem Dissonanz-Konflikt. Das Bild von sich selbst ist dann gebrochen und das Selbstgefühl disharmonisch. Dissonanz-Konflikte können in jedem Alter nach biographischen Brüchen wie z.B. der kulturellen und sozialen Entwurzelung durch Migration auftreten.

Die dadurch hervorgerufenen Identitäts-Dissonanzen werden den realen Widersprüchlichkeiten zwischen potentiell differenten Welten zugeschrieben – z.B. in Bezug auf Integration, Fremdheit, Ethnie, Familie (kollektivistische versus individualistische), Religion (Islam versus Christentum und Judentum) etc. Identitätsdissonanzen, wie bei der Patientin, sind in jedem Alter wichtige Signale zur inneren Stimmigkeit, mit denen psychotherapeutisch gut gearbeitet werden kann. Es geht dabei nicht so sehr um die möglichst schnelle Auflösung von Dissonanzen, die, wie in unserem Beispiel, durch widersprüchliche Zugehörigkeitsgefühle entstanden waren. Es geht vielmehr darum, damit verbundene schwer erträgliche, schmerzhaft, verwirrende und unverständliche Erfahrungen aufzunehmen, auszuhalten, zu gestalten und zu verwandeln. Damit können vielfältige und sich aneinander reibende Selbstanteile in ein neues Verhältnis zueinander gesetzt werden und Spannungen interaktiv ausgetragen werden, die der Selbstidentität neue Passungen und Prägungen geben.

Worum geht es bei der Identitätsarbeit?

Bei der „Identitätsarbeit“ im therapeutischen Prozess geht es um die Neuformierung von hybrider Identität und sozialen Beziehungen und Zugehörigkeiten. Konkret geht es subjektiv um ein Aushandeln im Selbst zwischen sich zum Teil widerstrebenden Zugehörigkeitsgefühlen, dem Versuch der Herstellung einer kohärenten Narration der eigenen Biographie gegen den Sinnverlust des Zurückgelassenen und gleichzeitig um einen Wiederherstellungsprozess im Aufnahmeland. Beim Aufeinandertreffen der Sinn- und Bedeutungsgehalte zweier kultureller Kontexte kommt es unausweichlich zur Irritation und Infragestellung der als selbstverständlich erlebten Werte, Normen und Zugehörigkeiten. Es werden z.B. die familiären und sozialen Hierarchien hinterfragt, traditionelle ethnische und Glaubensloyalitäten brüchig, weibliche Selbstbestimmungswünsche artikuliert, Raum für mehr Individualität gefordert, die Verhältnisse zwischen den Geschlechtern neu bestimmt, etc. Auf der anderen Seite stehen die Sinnstiftungen im Sinne von Wiederherstellungsleistungen durch innovative Impulse und die Übernahme neuer Werte aus dem Aufnahmeland. Es kommt z.B. zu Veränderungen der Geschlechterbeziehungen, Verschiebungen der familiären Machtkonstellationen, Frauenarbeit, Bildungsabschlüsse für die Kinder etc. Das Ringen um den eigenen Weg im Zwischen der

Kulturen inszeniert sich im Dialog einer Person mit sich selbst und seinem Umfeld, in dem existenziellen Bemühen kulturelle Erfahrung in persönlichen Sinn zu verwandeln. Eine neue Identität, in der die interkulturellen Differenzen harmonisiert werden können, kann über eine sensible Balance zwischen Sinnverlust und Wiederherstellung gelingen. Solche identitätsstiftenden Prozesse sind offene Prozesse und ihre Vielfalt und Dynamik erlauben keinerlei Vorab-Festlegungen, wie z.B. „Leitkulturvorgaben“ (Machleidt, 2017a).

Mit welchem Ziel kann therapeutisch gearbeitet werden? Welche neue Selbstidentität steht zur Disposition? Autonomiegewinnung nach einem mitteleuropäischen Verständnis dürfte wohl kein Therapieziel für eine junge Afghanin sein! In kollektivistischen Familienstrukturen gilt eine lebenslange Verbindlichkeit der Zugehörigkeit und gegenseitigen Bezogenheit zu einer hierarchisch geordneten Großfamilie, die die Patientin verinnerlicht hat. Die Familienmitglieder leben mit einer Gruppenidentität und genießen die Aufgehobenheit, den Schutz und die Versorgung durch die familiäre Gemeinschaft. Dafür wird von allen, aber insbesondere von Frauen und Mädchen die Erfüllung von Verhaltensnormen im Interesse des Ansehens der Familie erwartet, wie auch die, vom Familienoberhaupt über sich verfügen zu lassen. Die Ausübung von Autonomie im Sinne von körperlicher oder mentaler Selbstbestimmung steht im Widerspruch zur kollektivistischen Tradition islamischer Familien.

Die Rolle der Angehörigen

Die Hauptfunktion der Rolle der Angehörigen, nämlich im positiven Fall als wichtige Ressource im Sinne eines sozialen Unterstützungssystems zu fungieren, unterscheidet sich bei Patienten mit Migrationshintergrund zunächst nicht von denen ohne Migrationshintergrund. Ein wichtiger Unterschied besteht jedoch im Hinblick auf Akzeptanz und Öffnung gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen bei sogenannten traditionelleren kollektivistischen Familienstrukturen. Individualistisch geprägte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen und psychosoziale Hilfen erfahren daher eher Ablehnung. Hier müssen Familienangehörige, insbesondere gleich am Anfang, eine besondere Berücksichtigung finden, um Vertrauen in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem herzustellen. Das Familienoberhaupt ist in therapeutische Behandlungen zu integrieren, sodass im Idealfall dessen „Erlaubnis“ für eine psychiatrisch-

psychotherapeutische Behandlung gegeben ist. Nur auf diesem Weg lässt sich letztlich auch erst das Vertrauen zu dem eigentlich betroffenen Patienten herstellen. Erfolgt dies nicht, werden Patienten aus kollektivistischen Kulturkreisen häufig in ihrer Mentalität und ihren Bedürfnissen nicht erreicht, und es droht die Gefahr eines frühen Therapieabbruchs. Dies bedeutet auf der praktischen Ebene, dass zu Beginn einer Therapie relevante Familienangehörige nicht nur mit einbezogen werden müssen, sondern konkret mit „am Tisch sitzen“ sollten. Das war bei der Patientin erfreulicher Weise nach einigem Bemühen und kurzfristiger stationärer Aufnahme erreichbar. Wenn in traditionellen Familiensystemen mit kohäsiven Strukturen genügend Sicherheit entstanden ist, dadurch, dass relevante Familienangehörige nicht ausgeschlossen werden, ziehen sie sich erfahrungsgemäß sukzessive zurück und entwickeln Vertrauen in das Einzelsetting. Dieses Vorgehen erfordert interkulturelle Kompetenz und Respekt vor dem Anderssein sowie viel Geduld.

Viele Angehörige haben ein hohes Bedürfnis nach Einbezogensein. Aber auch viele Patienten haben eben das Bedürfnis, dass ihre Angehörigen und engen Familienmitglieder mit einbezogen sind. Man sollte – aus westlicher Perspektive – „mit dem Wind“ gehen und die Familien mit den Patienten so lange sehen, bis sich dann wirklich Vertrauen und Akzeptanz eingestellt haben. Dieser Respekt vor kohäsiven Familienstrukturen von Patienten mit Migrationshintergrund aus eher kollektivistisch orientierten Kulturkreisen unterscheidet sich letztlich aber nicht wirklich von dem Respekt, den wir jedem unserer Patienten mit individueller Betrachtungsweise unabhängig von seiner kulturellen Zugehörigkeit entgegenbringen möchten (Graef-Calliess & Machleidt, 2018).

Bearbeitung von Trauer und Verlusten: Abschied von gestern

Das therapeutische Durcharbeiten der Verlusttrauer ist dann erforderlich, wenn die Integrationsmotivation durch ein Sich-nicht-lösen-Können vom Herkunftsland blockiert und die Bewältigung der Akkulturationsaufgaben gefährdet wird. Alle Migranten bewegen sich im Integrationsprozess in einer fließenden Dynamik zwischen den Polen des Festklammerns an dem überkommenen Vertrauten unter Abwehr alles Neuen und kontraphobischer Progression in das Aufnahmeland unter Verleugnung und Abwertung der eigenen kulturellen Herkunft. Es geht darum, in diesem Spannungsfeld zwi-

schen den Extremen eine neue innere Balance und lebbare alltagstaugliche Kompromisse zu finden. Migranten und insbesondere Flüchtlinge setzen sich häufig mit Schuldgefühlen und (Selbst-)Vorwürfen der Illoyalität gegenüber den zurückgelassenen Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn etc. auseinander, insbesondere Selbstvorwürfen, sich entzogen, gerettet und überlebt zu haben im Sinne von Überlebensschuld. Ein vermeintliches Paradox ist die Verstärkung dieser Selbstvorwürfe durch Ausbildung und berufliche Erfolge im Aufnahmeland, eine sich wandelnde Identität und die Annahme z.B. neuer Glaubensgewohnheiten. Der Verlust an biographischer Kontinuität infolge von Entwurzelung und das Bedürfnis nach Wiederherstellung können mit depressiven Syndromen einhergehen.

Die therapeutische Aufgabe

Therapie hat die Aufgabe bei Adoleszenten genauso wie bei erwachsenen Migranten und Flüchtlingen die Dissonanz im Selbst von widersprüchlicher innerer Realität und äußerer Wirklichkeit voneinander getrennt in den Wahrnehmungsfokus zu nehmen und der reflektierten Betrachtung zugänglich zu machen. Damit können die ängstlichen Spannungen und Verunsicherungen leichter ertragen und abgebaut werden. Die Entfremdung zu sich selbst schwindet in dem Ausmaß, in dem die Beziehungssetzungen zwischen innerer und äußerer Realität die Spaltung zwischen Herkunfts- und Aufnahmekontext harmonisiert. Damit sind gute Voraussetzungen für ein neues Selbst-Verständnis und eine kulturelle Neuverortung gegeben, und die Kohärenz und Kontinuität des Identitätserlebens erhält Impulse, sich neu zu formieren. In diesem therapeutischen Interaktionsprozess fungiert der Behandler als ein aktiver und fördernder und in Bezug auf seine Kultur kundiger Begleiter mit dem Ziel, die Patienten ihren individuellen Weg im Zwischenraum der Kulturen finden zu lassen. Hilfreich ist dabei eine Dekonstruktion und Hinterfragung der jeweiligen kulturellen Bedeutungen und kulturspezifischen Unterschiede bei gleichzeitiger Orientierung an gemeinsam geteilten Wirklichkeitsaspekten. Die Relevanz der jeweiligen kulturellen Bedeutungen wird vor dem Hintergrund der neuen subjektiven Erfahrungen ausgehandelt. Die Aushandlung unterstützt die Reflexion und Bewertung der jeweils eigenen Zugehörigkeit zu einer bestimmten kulturell geprägten Gruppe mit den dazugehörigen Werten, Normen und Regeln. Der „Ethnozentrismus“ und die

kulturelle Definitionsmacht des Therapeuten relativieren sich bei dieser Art der Interaktion heilsam und wirken sich förderlich auf die Entstehung einer neuen bi-kulturellen bzw. hybriden Identität und die Kontinuität des Selbst aus (Machleidt, 2017a).

Die Patientin – so lässt sich voraussagen – wird nach der Überwindung ihres Dissonanz-Konfliktes eine andere sein, aber sie wird auch eine jeweils andere sein – allerdings mit einem abgeglichenen bi-kulturellen Verhältnis, wenn sie z.B. mit ihrem afghanischen Vater spricht oder etwa mit ihrem Deutschlehrer. Die kulturellen Unterschiede prägen ihr Selbst, aber ohne in Konflikt mit einander zu stehen. Die Dissonanzen, die sie auch zukünftig in ihrem Leben vorfinden wird, wird sie vermutlich selbst ausbalancieren können. Diese Dissonanzen fungieren in einem konstruktiven Sinne als Seismograph für die Verwerfungen in ihrer Welt und die Notwendigkeit für Nachjustierungen und Entwicklung.

Trotz schwerer Integrationskrisen sind die Mütter und Töchter im Geschlechtervergleich aufgrund des gesellschaftlichen Demokratieverständnisses im deutschsprachigen Raum mit flachen Hierarchien und der rechtsrelevanten Gleichwertigkeitsnorm die potenziellen Gewinnerinnen im Migrationsprozess, während die Väter und Söhne eher neue, weniger allein schon durch Geburt privilegierende soziale Rollenbilder erlernen müssen (Machleidt & Gün, 2018).

Geringere Inanspruchnahme interkultureller Psychotherapie

Eine Psychotherapie, die migrations- und kultursensibel Bezug auf die ethnischen und individuellen Ausdrucksformen menschlichen Verhaltens nimmt, ist durch ihre transformative kulturelle Mediation und Übersetzungsleistung erst im eigentlichen Sinne interkulturelle Psychotherapie. Für diese Form der psychotherapeutischen Interaktion mit Migranten gibt es dringlichen Handlungsbedarf. Hartnäckig sind seit vielen Jahren die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Migranten zu niedrig, die Abbruchquoten zu hoch und das System zu wenig offen. Die Gründe dafür sind vielfältig (Graef-Calliess & Machleidt, 2018; von Lersner et al., 2018; Mösko & von Lersner, 2012).

Die Gründe für eine geringere Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Migranten liegen auch in der Natur der psychotherapeutischen Methode. Die Idee einer psychologisierten Weltansicht folgt weitgehend westlichen Traditionen. Zurückhaltung und Skepsis ge-

genüber einer kulturfremden psychologischen Behandlung durch das Gespräch und einer mittelschichtorientierten Gesprächsführung, die auf Lern- und Einsichtseffekte durch Selbstreflexion setzt, ist verständlich und bedarf eingehender Erläuterung und kultursensibler Anpassung vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung. Die traditionelle Heilkunst ist hier unbekannt oder wird als unaufgeklärt abgewertet. Viele kollektivistische Familien haben traditionell die Erwartung an sich, psychische Konflikte innerhalb ihrer Familie selbst zu lösen. Vor diesem kulturellen Hintergrund entstehen Schuld, Scham- und Versagensgefühle bei den Betroffenen, wenn dies nicht gelingt. Die Zuhilfenahme von Experten von außerhalb der Familie ist daher verknüpft mit der Befürchtung, das Ansehen der Familie zu beschädigen, und die Schwelle zu diesem Schritt ist entsprechend hoch. Der Grad der Akkulturation der Betroffenen im Aufnahmeland hat einen positiven Bezug zur Akzeptanz von Psychotherapie.

Geringere Inanspruchnahme von Psychotherapie durch:

- Inkompatible Weltansichten,
- Fremdheit gegenüber dem Konzept Psychotherapie,
- Ablehnung traditioneller Heilkunst,
- Schuld und Scham wegen anderer familiärer Wertedimensionen,
- Sprachschwierigkeiten,
- niedriger Grad von Akkulturiertheit.

Die erhöhten Abbruchquoten psychotherapeutischer Behandlungen gehen häufig auf eine tief verwurzelte Skepsis und ein Misstrauen gegenüber kommunalen Therapieeinrichtungen nach negativen Erfahrungen mit Behörden zurück. Verbreitet ist auch die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen z.B. bei Drogenabhängigkeit. Jemand darf aus Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen nicht gesund werden, weil er dann befürchten muss, seinen Abschiebeschutz zu verlieren, wenn derjenige wegen einer drohenden Retraumatisierung im Herkunftsland einen Aufenthaltstitel hat. Wechselseitige Missverständnisse zum Krankheits- und Therapieverständnis zwischen Therapeut und Patient bewirken unterschiedliche unausgesprochene Erwartungen, die den Heilungsprozess beeinträchtigen. Solche Missverständnisse können, wenn sie denn erkannt werden, durch erläuternde Diskurse aufgelöst werden. Viele Migranten bevorzugen eher eine

lebenspraktische, direktive Hilfe gegenüber reflektionsbezogenen Interventionen. Selbstverantwortung und Autonomie zu stärken, ist für uns vorrangig, kollidiert aber mit traditionellen familiären Werten. Dies ist das falsche Therapieziel, wo es darum geht, Integration in multiple familiäre Beziehungsnetze zu erreichen. In traditionellen Großfamilien gilt es z.B. als unreif, Widerspruch gegen Autoritätspersonen zu praktizieren.

Erhöhte Abbruchquoten im interkulturellen psychotherapeutischen Setting wegen:

- Misstrauen gegenüber Therapieeinrichtungen und Behörden,
- Befürchtung aufenthaltsrechtlicher Nachteile,
- wechselseitige Missverständnisse,
- Erwartungen lebenspraktischer, direkter Hilfen,
- kulturell inkompatible Therapieziele,
- Vertraulichkeitsbrüche in Gruppensettings.

Es gibt Charakteristika des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems selbst, welche potenzielle Hindernisse sind. Bei einheimischen Psychotherapeuten ist eine Skepsis und Zurückhaltung gegenüber Migranten unübersehbar. Sie sind bzw. fühlen sich häufig ungenügend in interkultureller Psychiatrie und Psychotherapie ausgebildet. Deshalb stehen zu wenig interkulturelle Psychotherapeuten zur Verfügung. Auch gibt es einen Mangel an muttersprachlichen Therapieangeboten. Neuere Verlaufsuntersuchungen zeigen, dass Psychotherapie in der Zweitsprache vergleichbar gute Behandlungserfolge aufzuweisen hat wie in der Muttersprache. Im Übrigen gibt es viele faktische Gründe, die aber nichts anderes symbolisieren als eine noch ungenügende Öffnung des psychosozialen Systems gegenüber den Fremden und Flüchtlingen. Brecht spricht vom Flüchtling als dem „Boten des Unglücks“, den keiner bei sich dulden will, und wir wissen, dass traumatische Erfahrungen für Dritte sehr belastend sind und archaische Fluchtreflexe auslösen. Will man sich solchen aversiven Impulsen stellen und die therapeutische Aufgabe bewältigen, dann braucht dies eine institutionelle Kultur hochwertiger Aus-, Fort- und Weiterbildungen und eine solide interkulturelle Professionalität bei allen Beteiligten. Es empfiehlt sich deshalb der Aufbau eines Netzes von interkulturellen Psychotherapeuten, die Organisation von bei den Ärztekammern akkreditierten Qualitätszirkeln und Inter- bzw. Supervision durch externe Fachleute im regionalen Rahmen.

Hindernisse für das interkulturelle psychotherapeutische Setting:

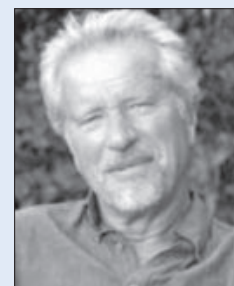
- Skepsis und Zurückhaltung der Psychotherapeuten gegenüber dem interkulturellen Setting,
- ungenügende Aus-, Fort- und Weiterbildung in interkultureller Psychiatrie und Psychotherapie,
- Mangel an muttersprachlichen und interkulturellen Therapieangeboten,
- mangelnde Finanzierung von Dolmetschern,
- unzureichende interkulturelle Öffnung von psychosozialen Einrichtungen.

Schluss

Trotz der Vielfalt der individuellen und kulturellen Prägungen und der Vielfalt der migrations- und kulturspezifischen Konfliktkonstellationen ist eine durchgängige therapeutische Logik in der interkulturellen Psychotherapie erkennbar. Der Therapeut fungiert als mentaler Weltenbummler und Mediator im Zwischenraum der Länder und Kulturen. Er katalysiert als Begleiter Lösungen bei migrations- und kulturspezifischen Konflikten mit dem Ziel, die betroffenen Migranten ihren individuellen und kulturell gangbaren Weg im Kontext ihrer neuen Beheimatung finden zu lassen.

Literatur

- Aichberger, M. C. & Schouler-Ocak, M. (2017). Suizid und suizidales Verhalten. In: I. T. Graef-Calliess & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 131-136). Stuttgart: Schattauer.
- Graef-Calliess, I. T. & Machleidt, W. (2019). Kulturelle Kompetenz und Transkulturalität in der Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Th. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 129-148). Bern: Hogrefe.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Lebiger-Vogel, J. (Hrsg.) (2016). *Migration, frühe Elternschaft und die Weitergabe von Traumatisierungen. Das Integrationsprojekt „Erste Schritte“*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Machleidt, W. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Machleidt, W. (2017a). Interkulturelle Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. In: S. Herpertz, F. Casper & K. Lieb (Hrsg.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 567-576). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Machleidt, W. (2017b). Fremdheit, Identität und Beziehung in der interkulturellen Begegnung. In: U. Kadi, S. Schlüter & E. Skale (Hrsg.), *Fremd. Im eigenen Haus. Sigmund-Freud-Vorlesungen 2016* (S. 112-131). Wien, Berlin: Mandelbaum.
- Machleidt, W. (2019). Die Bedeutung der Fremdheitserfahrung im Spiegel von Ich-Konstitution und Gesellschaft. *Wege zum Menschen. Zeitschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln* 71, 1, 39-50.
- Machleidt, W. & Graef-Calliess, I. T. (2017). Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In: H.-J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl., S. 433-462). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Machleidt, W. & Graef-Calliess, I. T. (2018). Mental Health and approaches to treatment among refugees and migrants. In: G. Besier & K. Stoklosa (Eds.), *How to deal with refugees? Europe as a continent of dreams* (pp. 247-269). Wien, Zürich: LIT.
- Machleidt, W. & Gün, A. K. (2018). Tiefenpsychologische Behandlung interkulturell. In: W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (2. Aufl., S. 475-486) München: Elsevier Urban & Fischer.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (2018). Dynamische Modelle der Migration. In: W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (2. Aufl., S. 31-41). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M. & Heinz, A. (2018). *Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Möske, M. & von Lersner, U. (2012). *Kultursensibel – aber wie? Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen*. Broschüre. Internetzugriff 10.3.2019. <http://kultursensibel-psychotherapie.de/files/broschuere-leitlinien-kspt-print.pdf>
- von Lersner, U., Möske, M. & Graef-Calliess, I. T. (2018). Interkulturelle Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. In: W. Machleidt, A. Heinz, U. Kluge & M. Sieberer (Hrsg.), *Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (2. Aufl., S. 637-644). München: Elsevier Urban & Fischer.



Prof. em. Dr. Wielant Machleidt
(Sozial-)Psychiater,
Psychotherapeut und
Psychoanalytiker (DPG)
Kaiser-Wilhelm-Str. 18
D-30559 Hannover
wielant.machleidt
@t-online.de