

**Tagungsbericht**

Eigerplatz 5  
 Postfach | CP 460  
 CH-3000 Bern 14  
 T +41 (0)31 376 04 01  
 F +41 (0)31 376 04 04  
 www.infodrog.ch  
 office@infodrog.ch

Universität Hamburg, 29. Mai - 1. Juni 2007

**Suchttherapietage. Prävention, Beratung und Behandlung.**

Schwerpunktthema: **Kultur und Sucht**

**Inhaltsverzeichnis**

[Einleitung: die Tagung.....1](#)  
[Ramazan Salman: Migration und Sucht - Standortbestimmung, Prävention und good practice.....2](#)  
[Abuzer Cevik: Suchtprävention in einem "etwas" anderen Kulturkreis.....3](#)  
[Roman Zakhalev: Stationärer Entgiftungsverlauf, Konsummuster und psychosoziale Aspekte bei drogenabhängigen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion.....4](#)  
[Sybille Teunissen, Michael Engels, Ingo Schäfer: Kultursensible Behandlung von Traumatisierungen bei Spätaussiedlern in der Drogentherapie.....5](#)  
[Dietmar Czycholl: Entwicklung kultursensibler Konzepte in der Psychotherapie Abhängigkeitskranker und „Interkulturelle Öffnung“ von Einrichtungen der Suchthilfe.....6](#)  
[Christian Haasen: Migration und Sucht.....8](#)  
[Fazite aus der Tagung.....9](#)

**Einleitung: die Tagung**

Das Schwerpunktthema der diesjährigen Suchttherapietage war "Kultur und Sucht", wobei "Kultur" in mannigfacher Weise verstanden wurde: als Gegenbegriff zu Natur, als Gesellschaft und Gesellschaftsgeschichte, als Subkultur, als Berufskultur, als ethnische Besonderheit. Neben diesem standen zahlreiche weitere Themen auf dem Programm, wobei legale Drogen sowie verschiedene Therapieverfahren (von "Motivational Interviewing" bis zur Pharmakotherapie) einen relativ grossen Platz einnahmen. Es wurden täglich zwei bis drei Plenumsvorträge und drei Blöcke mit jeweils 15 bis 20 parallel laufenden Seminaren bzw. praktischen Übungen angeboten. Diese Tagungsstruktur ermöglichte eine Vielfalt von Veranstaltungen sowie ein intensives Arbeiten und Diskutieren in kleinen Gruppen. Weiterbildung, Erfahrungsaustausch und Praxisentwicklung über Berufsgruppen und Disziplinen hinweg sind denn auch die Ziele der Suchttherapietage; sie werden vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) zusammen mit weiteren Institutionen jährlich mit einem anderen Schwerpunktthema organisiert und von Suchtfachleuten aus Sozialbereich, Psychiatrie und Medizin aus dem ganzen deutschsprachigen Raum besucht.

Im Folgenden sind die Inhalte einiger ausgewählter Veranstaltungen zum Thema Sucht bei Personen mit Migrationshintergrund zusammengefasst.

## **Ramazan Salman: Migration und Sucht - Standortbestimmung, Prävention und good practice**

(Plenumsvortrag)

Ramazan Salman (Sozialpädagoge/Medizinsoziologe) ist Geschäftsführer des 1989 gegründeten Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover ([www.ethno-medizinisches-zentrum.de](http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de)), zu dem seit 1996 auch das Projekt "Interkulturelle Suchthilfe Hannover (ISH) – Prävention und Beratung für MigrantInnen" ([www.interkulturelle-suchthilfe.de](http://www.interkulturelle-suchthilfe.de)) gehört; er hat eine entsprechend lange und breite Erfahrung und ist Autor verschiedener Publikationen zum Themenbereich.

R. Salman geht in seinem Vortrag zuerst kurz auf die vier Phasen einer Migration ein:

1. Aufbruch (Loslösung von der ursprünglichen Umgebung)
2. Ankunft in der neuen Kultur
3. Leben in der neuen Kultur
4. Zukunft in der neuen Kultur

Eine Migration ist immer Stress auslösend, aber der Einstieg in den Suchtmittelkonsum kann nicht einfach kausal darauf zurückgeführt werden, er erfolgt meist aus Neugier und Unwissenheit. Aus Scham wird die Sucht oft geheim gehalten (insbesondere auch vor den Eltern), was bedeutet, dass erst spät Hilfe gesucht wird, dann aber mit verzweifelten Bewältigungsversuchen. Suchtkranke werden z.B. von ihren Familien temporär in die Heimat geschickt, in den Militärdienst oder sie werden verheiratet. Es kann auch zur Verstossung aus der Familie kommen. Die (zu) späte Suchthilfe hat oft schwere gesundheitliche Schäden (HIV, HCV) und soziale Probleme (BetmG-Verstöße, Kriminalisierung, Haft, Ausweisung) zur Folge. Die Angst vor juristischen Konsequenzen ist denn auch eine der Zugangsbarrieren, die MigrantInnen mit Suchtproblemen daran hindern, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

R. Salman plädiert dafür, migrantenspezifische Angebote in das bestehende Versorgungsnetz zu integrieren anstatt spezifische Einrichtungen aufzubauen. Es braucht demnach eine interkulturelle Öffnung und (Kultur-) Sensibilisierung der bestehenden Einrichtungen sowie - auf einer übergeordneten, politischen Ebene - Integrationsmassnahmen, Prävention und Forschung.

Ebenen und Mittel der Öffnung sind:

- Beziehung TherapeutIn-KlientIn: Einsatz von DolmetscherInnen, Leitlinien für Diagnostik und Therapie, therapeutische Strategien
- Suchthilfesystem: migrationspezifische Angebote, muttersprachliche Mitarbeitende, Fortbildungsangebote
- Migrationsgemeinschaften: Primärprävention, Aufklärung, Ausbildung von Schlüsselpersonen
- Gesamtgesellschaft: sachliche Information, Abbau von Vorurteilen

R. Salman erwähnt als eine der schwierigsten Aufgaben in der Arbeit mit MigrantInnen den Aufbau und die kontinuierliche Weiterführung von Selbsthilfe- und Elterngruppen.

Die Angebote der *Interkulturelle Suchthilfe Hannover* richten sich einerseits an Betroffene (MigrantInnen mit Suchtproblemen, Angehörige), denen Zugang zu Suchthilfeangeboten ermöglicht wird, andererseits an Suchthilfeeinrichtungen, welche Beratung und Unterstützung zu interkultureller Kompetenz und Organisationsentwicklung brauchen. Zur Arbeit mit Betroffenen gehören auch die Ausbildung und der Einsatz von "Lotsen" oder Schlüsselpersonen aus den verschiedenen Migrationsgemeinschaften. Sie arbeiten als muttersprachliche Suchtpräventionsberater und Multiplikatorinnen.

Die Aktivitäten der ISH werden laufend wissenschaftlich erforscht und evaluiert.

**Abuzer Cevik: Suchtprävention in einem "etwas" anderen Kulturkreis**  
Seminar)

Abuzer Cevik (Sozialpädagoge) arbeitet mit Schwerpunkt interkulturelle Suchtarbeit/Suchtberatung bei der Kontakt- und Drogenberatungsstelle KODROBS in Hamburg ([www.kodrobs.de](http://www.kodrobs.de)), die alle ihre Leistungen auch in türkischer, kurdischer und russischer sowie nach Absprache auch in englischer und spanischer Sprache anbietet. Es wird u.a. auch eine gut frequentierte türkischsprachige Sucht-Hotline betrieben.

A. Cevik berichtet in dem Seminar spezifisch von seiner Informationsarbeit bei türkischen Migrantinnen, die im Rahmen von Vorbereitungskursen zu den obligatorischen Integrationskursen auch Informationen zum Gesundheitsbereich erhalten. Diese Suchtinformationsveranstaltungen werden in Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen (türkischer Elternbund, türkische Gemeinde) durchgeführt und bieten eine gute Gelegenheit, auch Frauen zu erreichen, die sonst kaum an Informationsveranstaltungen teilnehmen würden. Die Kurse finden meist in Moscheen statt (ein Ort, der den Frauen bekannt und zugänglich ist).

Kursthemen sind:

- Prävention in der Schwangerschaft
- Durchsetzen von rauchfreien Räumen zu Hause
- Enttabuisierung von Suchtproblemen
- Ermutigung zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe

Die drei zentralen Botschaften, die A. Cevik den Kursteilnehmerinnen jeweils nahe bringen will (sie lassen einen Schluss auf die zugrunde liegenden Probleme zu), sind:

- Ein Drogen konsumierendes Kind braucht Hilfe, nicht Strafe!
- Sucht ist eine Krankheit
- Die eigenen Lösungen sollen hinterfragt werden

Viele türkische Migrantinnen sind wenig mobil und so mit ihren Problemen allein gelassen (ein hoher, missbräuchlicher Konsum von Antidepressiva und Schlafmitteln ist bei diesen Frauen verbreitet). Die Mütter sind für die Erziehung der Kinder zuständig und werden für deren Drogenprobleme verantwortlich gemacht. Fernsehen und Computerspiele werden als Mittel eingesetzt, um die Kinder zu Hause (und unter Kontrolle) zu halten.

Drogenprobleme und allfällige Kontakte zu Suchtberatungsstellen werden häufig vor den Männern geheim gehalten. Insbesondere weibliche Jugendliche haben oft Schwierigkeiten, den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle zu suchen und aufrechtzuerhalten. Sucht wird tabuisiert/verdrängt, sie wird als Familienschande und internes Familienproblem angesehen; die Familien isolieren sich, Suchtmittelabhängige werden kritisiert, verachtet und bestraft. Entsprechende Massnahmen können sein: die Eltern schicken das Kind zu Verwandten, zur Therapie oder in den Militärdienst in die Türkei zurück oder verheiraten es.

Im Rahmen einer Beratung oder Therapie können sich folgende Probleme stellen:

- Sehr später Erstkontakt
- Die Beratung wird ausserhalb der üblichen Öffnungszeiten (abends/nachts) gewünscht
- Der Berater/die Beraterin wird zum älteren Geschwister gemacht
- Eine Beraterin muss sich als Expertin Respekt verschaffen, um angenommen zu werden
- Die starke Identität einer Person als Mitglied ihrer Familie lässt das "Ich" als wenig existent erscheinen. Dies bedeutet, dass die therapeutische Arbeit am Selbstwert unter Umständen neu definiert werden muss oder dass eine externe Therapiemotivation ("ich möchte eine Beratung/Therapie machen, um meine Eltern nicht zu enttäuschen") als gültig anzusehen ist.

**Roman Zakhalev: Stationärer Entgiftungsverlauf, Konsummuster und psychosoziale Aspekte bei drogenabhängigen Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion**

(Seminar)

Roman Zakhalev, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist Oberarzt im Zentrum für Suchtmedizin im Klinikum Wahrendorff Sehnde / Hannover; er stammt aus Moskau.

Ein Hauptthema in den deutschen Suchthilfeeinrichtungen war in letzter Zeit der hohe Anteil der sog. russischen Aussiedler unter den Klienten, deren Betreuung die Institutionen vor besondere Probleme stellt. Es handelt sich um Nachkommen von Deutschen, die seit dem 18. Jahrhundert (auf Einladung von Katharina der Grossen) nach Russland und Osteuropa ausgewandert waren. Nach einer ersten Phase der Förderung erlebten die deutschen Migranten in Russland im Zusammenhang mit innen- und aussenpolitischen Ereignissen verschiedene Phasen von Unterdrückung und Vertreibung (Russifizierung durch Zar Alexander III (19. Jh.), Deportationen im 1. und 2. Weltkrieg, als die Deutschen in der UdSSR als "Feindvolk" galten, eine Anschuldigung, die erst 1964 offiziell zurückgezogen wurde). Aus Angst vor ethnischen Konflikten und Wirtschaftsproblemen in den nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion neu gebildeten, nationalistisch ausgerichteten Staaten nutzten viele deutschstämmige Familien ihr weiterhin bestehendes Recht auf die deutsche Staatsbürgerschaft, um nach Deutschland auszuwandern. Zwischen 1950 und 2000 kamen gegen 5 Mio. AussiedlerInnen nach Deutschland, zwischen 1990 und 2001 waren es allein aus Russland 1,8 Millionen Personen, wovon ein Drittel jünger als 20 Jahre.

Ein Einstieg in den Drogenkonsum (angeregt durch Landsleute) erfolgt bei den russischen Aussiedlern in den meisten Fällen erst in Deutschland. Dabei wird meist direkt mit harten, intravenös gespritzten Drogen (Heroin, Kokain) eingestiegen; es besteht - auch wegen fehlenden Informationen betr. Suchtgefahren - eine hohe Risikobereitschaft, mit entsprechenden Folgen (tödliche Überdosis, HCV-, HIV-Ansteckung).

Russische Migranten, die zum Entzug und in eine Therapie kommen, sind oft vergleichsweise jung (im Klinikum Wahrendorff: 72,2% der 21- bis 30jährigen Klienten sind Russen, welche aber insgesamt nur 15% der Klientel ausmachen). Das herrschende Grundmisstrauen gegen staatliche Institutionen kann die Kommunikation sehr erschweren. Probleme gibt häufig auch der starke Bezug zur Gruppe bzw. die Bildung von in sich organisierten, hierarchischen Gruppen unter russischen KlientInnen, die sich z.B. auch bei Regelverstößen gegenseitig decken. Der Gruppenbezug lässt sich u.a. auf die existentielle Bedeutung des Familien-/Gruppenzusammenhalts in der russischen Emigration zurückführen; die Gruppe gab Schutz und Geborgenheit, als Gegenleistung dafür waren absolute Loyalität und die Anerkennung der Autorität von Eltern und Grosseltern gefordert. Auch die Migration nach Deutschland erfolgte meist im Familien- oder sogar Dorfverband. In Deutschland kommt es aufgrund der Marginalisierung und des Identitätsvakuums zu einer Selbstethnisierung und -marginalisierung und der Abwendung von der Gesellschaft. Häufig ist dabei auch eine Identifizierung mit kriminellen, mafiösen Subkulturen, die in Fernsehen, Film und Musik in Russland allgegenwärtig bzw. verherrlicht sind.

Der Gruppenbezug läuft der in einer Therapie geforderten Individualität zuwider. Für die einzelnen Klienten bedeutet es einen Gesichtsvorstellung, vor der Gruppe die eigenen Probleme besprechen zu müssen. Dazu kommt noch, dass sie kaum Erfahrung mit Selbstreflexion und Verbalisierung von Gefühlen haben, ganz abgesehen von den noch bestehenden sprachlichen Problemen (R. Zakhalev nennt die "zweisprachige Sprachlosigkeit"). Sucht wird als persönliche Schwäche angesehen; wenn sie als Krankheit anerkannt wird, wird vom Arzt/Therapeut und von der Therapie eine umgehende "Reparatur" wie bei anderen Krankheiten erwartet. Zum Teil werden alternative Heilmethoden aus oder direkt in Russland in Anspruch genommen, die in russischsprachigen Medien auch in Deutschland beworben werden: Hypnose ("Kodierung"), Turboentzüge, Heiler/Medien (die auch via TV arbeiten).

**Sybille Teunißen, Michael Engels, Ingo Schäfer: Kultursensible Behandlung von Traumatisierungen bei Spätaussiedlern in der Drogentherapie**

(Seminar)

Ingo Schäfer (Dr. med., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hamburg-Eppendorf, wissenschaftlicher Mitarbeiter im ZIS Uni Hamburg) geht zu Beginn auf gängige Definitionen von Traumata ein und zeigt auf, dass z.B. die Klassifikation gemäss ICD-10 nicht alle Erscheinungsbilder abdeckt, die bei MigrantInnen bzw. aufgrund von Migrationen auftreten können. So gaben z.B. tibetische Flüchtlinge an, dass für sie die Zerstörung ihrer religiösen Stätten die traumatischste Erfahrung war. Eine solche, nicht direkt personale Betroffenheit fällt nicht unter die ICD-10. Ebenso sind komplexe Traumastörungen hier zu wenig berücksichtigt. Es gibt auch kulturelle Unterschiede bei Schmerzempfindungen sowie andere Arten der Beschreibung eines Traumas. Im Tibetischen fehlt z.B. der Begriff der "Schuld", im Kambodschanischen gibt es Ausdrücke wie "kleines Herz" oder "zerbrochener Herz-Geist" zur Umschreibung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Traumatisierungen gehen bei Suchtpatienten einher mit vermehrten Therapieabbrüchen und Rückfällen sowie gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Problemen. Bei Suchtkranken sind ausserdem vermehrt Reviktimisierungen, soziale Rückzüge und Beziehungsprobleme zu finden.

Sybille Teunißen (Psychologin/Psychotherapeutin, Leiterin der stationären medizinischen Drogenrehabilitation Fachklinik Beusinger Mühle) berichtet von den Erfahrungen ihrer Institution mit russlanddeutschen KlientInnen, die sich auch mit den weiter oben beschriebenen von R. Zakhalev decken. Es handelt sich meist um Männer, der Anteil der Frauen (die oft superschnelle Drogenkarrieren machen) und neuerdings auch von Paaren (zum Teil mit Kindern) nimmt aber zu.

Einen Problemkreis bildet die Gruppenorientierung (wo sich z.B. auch die Frage stellt, ob die – von den Mitarbeitenden nicht verstandene – russische Sprache unter den Klienten in der Therapiestation erlaubt werden soll). Die Klienten ziehen individuelle Gespräche den Gruppengesprächen (insbesondere auch gemischtgeschlechtlichen) vor. Auf das Individuum bezogene Regelungen werden aber abgelehnt, Regeln sollen allgemein gelten. Es gibt eine Abwehr gegen die Schilderung belastender lebensgeschichtlicher Erfahrungen; d. h. auch, dass psychotherapeutische Angebote im Gegensatz zu handlungsorientierten wenig beliebt sind. Es kann auch nicht auf kooperatives Mitarbeiten der Klienten gezählt werden: diese erwarten von den Therapeuten, dass sie die aktiven, leitenden Experten sind. Ausdruck davon ist z.B. auch, dass das "Siezen" dem "Duzen" vorgezogen wird. Der Aufbau einer persönlichen Beziehung als Vertrauensbasis und Grundlage für zwischenmenschliche Kontakte erfordert in diesen Fällen lange Zeit.

Die Institutionen sind mit diesen Besonderheiten oft überfordert und reagieren mit disziplinarischen Entlassungen, deren Anteil bei den russlanddeutschen Klienten relativ hoch ist, während es sonst bei dieser Klientel wenig Abbrüche, ausser als ganze Gruppe gibt.

Im zweiten Teil geht S. Teunißen auf die Suchtentwicklung ein, die in der Literatur allgemein im Zusammenhang mit Problemen der Migration und Integration (Kulturkonflikt, Marginalisierung, Wegfall protektiver Faktoren) gesehen wird. Im Gegensatz zu diesen Stressfaktoren wird die Vulnerabilität kaum beschrieben, ebenso werden prä migratorische Belastungen kaum untersucht. Es muss von über die Generationen hinweg wirkenden Traumatisierungen durch Vertreibungen und ethnische Gewalt, aber auch von innerfamiliären Problemen (binationale Ehen, Gewalterfahrung wegen Alkoholkonsums der Eltern) ausgegangen werden. Kulturstandards erschweren aber in der Therapie die Benennung von traumatischen Erfahrungen und Behandlung ihrer Folgen.

Michael Engels (Psychologe, Fachklinik Beusinger Mühle) erweitert die letztgenannten Themen. Gewalt kann ein kulturell legitimes Mittel zur Konfliktgestaltung bzw. zur Machtdurchsetzung von Autoritäten vom Staat bis zur Familie sein. Mechanismen von kriminellen Systemen/Subkulturen aus Russland werden von Auswanderern z.B. im Gefängnis oder auch in Therapieinstitutionen reproduziert. Dazu gehören Zwangsmitgliedschaft in der Gruppe, ein hierarchisches "Kasten"-System (Einteilung via sog. Kasjak-Prozedur), eine gemeinsame Kasse mit Abgabepflicht, ein absolutes Aussageverbot gegen aussen. Frauen sind weniger in das System eingebunden und können deshalb in Therapien als Vermittlerinnen wirken und zum Reden anregen.

Bei Traumatisierungen sind auch die transgenerationalen Aspekte zu beachten, d.h. Traumatisierungen und ihre Folgen zeigen sich zum Teil erst in Folgegenerationen (Beispiel: "postkoloniale Belastungsstörungen" bei nordamerikanischen Indianern). Ein Verhalten, das in einer Generation und Situation adaptiv war, kann in der nächsten maladaptiv werden. Solche transgenerationalen Aspekte sind insbesondere auch bei den russlanddeutschen MigrantInnen wichtig, die über Generationen immer wieder Verfolgungen und Vertreibungen ausgesetzt waren (vgl. den geschichtlichen Abriss beim Seminar von R. Zakhalev weiter oben), wozu noch die langen Wartezeiten (5 – 6 Jahre) bis zur Erlangung eines Einreisevisums nach Deutschland kommen.

Zum Schluss des Seminars wird darauf hingewiesen, dass die Aussiedler auch insofern ein wichtiges Thema für Deutschland sind, als sie eine Beschäftigung mit der eigenen Geschichte, mit Traumatisierungen, Migrationen und Tabuisierungen im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg anregen.

**Dietmar Czycholl: Entwicklung kultursensibler Konzepte in der Psychotherapie  
Abhängigkeitskranker und „Interkulturelle Öffnung“ von Einrichtungen der Suchthilfe**  
(Seminare)

Dietmar Czycholl ist Psychotherapeut und Supervisor mit langjähriger Erfahrung in leitender Stellung in der Suchthilfe. Er hat mehrere viel zitierte Publikationen zum Thema Migration und Sucht herausgegeben.

D. Czycholl macht zum Einstieg seines Seminars anhand einer Porträtfoto, die je nach Ansicht ein lächelndes oder Zähne fletschendes Angesicht zeigt, auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit des Perspektivenwechsels aufmerksam. Er geht dann auf die oft unterschätzten psychologischen und psychopathologischen Aspekte der Migration ein. Die Psyche steht in Wechselwirkung mit der Welt und den Erfahrungen des Individuums. Übergänge (z.B. vom Kind zum Erwachsenen), in denen das Bestehende umkonstruiert werden muss, sind kritische Phasen, insbesondere auch wenn entsprechende kulturelle Riten fehlen. Der Drogenkonsum kann hier als Ersatz-Initiationsritual gesehen werden.

Auch Migrationen sind Übergänge, in denen die Wirklichkeitskonstruktion in Frage gestellt und Verluste erfahren werden. Neben dem, dass Migration immer Trauma und Krise ist, bringt sie aber auch einen Gewinn an neuem Leben. Die für alle geltende Belastungskurve der Migration umfasst gemäss Carlos E. Sluzki folgende fünf Phasen (die je nach Person und Situation unterschiedliche Dauer und Ausprägung haben können):

1. Vorbereitung der Migration
2. Migrationsakt
3. Überkompensation
4. Dekompensation (Verlust-Bewusstsein, somatische / psychische Beschwerden)
5. Generationenübergreifende Anpassungsprozesse.

Im therapeutischen Prozess kann eine "Re-Inszenierung" des Tags der Abreise sehr viel Verdrängtes aufzeigen.

D. Czycholl weist weiter darauf hin, dass Integration im ursprünglichen Wortsinn eigentlich Erneuerung, Erfrischung, Ermunterung, Ganzwerdung bedeutet, und nicht einfach Eingliederung. Im Zuge der Integration kann es verschiedenen Etappen geben. Eine Bewältigungsstrategie kann z.B. sein, möglichst viel von der alten Heimat mitzunehmen bzw. in der neuen Umgebung zu rekonstruieren. Dies darf nicht einfach a priori als Rückwärtsgewandtheit abgelehnt werden, sondern kann auch als ein Integrationsschritt aufgefasst werden, der Sicherheit für weitere Schritte gibt. Bei grundsätzlichen Identitätskrisen ist es für MigrantInnen wichtig, zuerst zu sich selber zu finden, womit sie aber oft auf das Misstrauen der einheimischen Bevölkerung treffen. D. Czycholl gibt das Beispiel einer Sportgruppe von russischen Aussiedlern, denen für ein Ringturnier keine Sporthalle zur Verfügung gestellt wurde, aus Angst davor, dass mit einem solchen Anlass das angeblich vorhandene Gewaltpotenzial dieser Migrantengruppe noch unterstützt würde.

D. Czycholl nimmt dieses Beispiel auch als Illustration für die Untersuchung von Norbert Elias und John L. Scotson zum Thema "Etablierte und Aussenseiter" (1965/1990). Die Autoren zeigen auf, dass in eine Gruppe/Gesellschaft neu Hinzugekommene für die Etablierten immer eine Normbedrohung darstellen. Sie werden regelmässig als anomisch, roh, kriminell und gewalttätig stigmatisiert und mit einem Kontaktverbot belegt ("Infektionsangst"); gleichzeitig dienen die Aussenseiter aber auch zur Projektion von eigenen Normverletzungswünschen.

Solche Gefühle der Normbedrohung und Angstreaktionen treten auch bei Suchtfachleuten auf, die mit Migranten zu tun haben; es kann z.B. die Angst vor Einflussverlust sein oder vor "Geheimverträgen", wenn Klientengruppen untereinander die eigenen Fremdsprache brauchen. Die Selbstreflexion der Fachleute ist hier sehr wichtig, um sich der eigenen Haltungen, Projektionen und Reaktionen bewusst zu werden, wie auch der Gewalt, die eine Institution ihrerseits durch ihren Normdruck auf die KlientInnen ausübt.

Was die Sprache betrifft, weist D. Czycholl darauf hin, dass die Benutzung einer Zweit- bzw. Fremdsprache für die Sprechenden immer mit Stress verbunden ist (messbar auch an körperlichen Symptomen). Ausserdem nehmen Missverständnisse in der Kommunikation mit zunehmender Sprachkenntnis zu, da die noch bestehenden Sprachschwierigkeiten wegen der vordergründig guten Beherrschung der Sprache nicht mehr wahrgenommen werden (wollen). Was ursprünglich ein reines sprachliches Missverständnis zwischen Klient und Therapeut war, kann sich so zu einem weitergehenden Kommunikationsproblem und einer Konfliktsituation auswachsen.

Zum Schluss des ersten Seminars betont D. Czycholl zusammenfassend noch einmal, dass kultursensible Suchtarbeit nicht einfach das Verstehen von kulturellen Eigenheiten beinhaltet, sondern vielmehr eine Grundhaltung der Eigenreflexion der Suchtfachleute voraussetzt. Er schliesst mit einem Zitat von F. Hegel, wonach das Spezifische nicht das Gegenteil des Allgemeinen sondern seine Vertiefung ist.

Auch im zweiten, der interkulturellen Öffnung von Einrichtungen gewidmeten Seminar stellt D. Czycholl die (Selbst-)Reflexion ins Zentrum. Bei einem institutionellen Veränderungsprozess müssen folgende Grundlagen bewusst reflektiert und einbezogen werden: der gesellschaftliche Umgang mit dem Fremden, die Zugangsbarrieren, die psychologische und sozio-psychologische Bedeutung der Migrationserfahrung, soziokulturelle Prägungen bzw. interkulturelle Kommunikationsabläufe.

D. Czycholl geht zuerst näher auf mögliche Zugangsbarrieren für KlientInnen mit Migrationshintergrund ein (unter Hinweis auf die ausführlichen Zusammenstellungen zum Thema von Stefan Gaitanides). Zugangsbarrieren können je nach Altersgruppen verschieden sein. Neben Informationsmangel und Sprachschwierigkeiten sind weitere Barrieren:

- von der Institution her betrachtet: Abwehr von Mitarbeitenden gegenüber KlientInnen, die viel Arbeit und Schwierigkeiten machen; ethnozentrisches, Mittelschicht-orientiertes Beratungs- oder Therapiesetting; Rassismus der einheimischen Klientel

- aus der Sicht der MigrantInnen: allgemein sehr schlechte soziale Chancen; Ressentiments gegen verbale/reflexive Methoden; negative Einschätzung des hiesigen Angebots im Vergleich zu Alternativen im Heimatland

Was Therapieangebote im Ausland angeht, bemängelt D. Czycholl den fehlenden Austausch von hiesigen Institutionen mit solchen Angeboten. Verschiedene Gruppierungen (u.a. auch religiöser Prägung) nützen das Vakuum und das Informationsdefizit aus, um suchtkranke Migranten mit mehr oder weniger aggressiver Werbung in ihre im Ausland gelegenen Institutionen zu ziehen.

Zur Sprache als Zugangsbarriere weist D. Czycholl darauf hin, dass auch geringe Kenntnisse der Muttersprache eines Klienten durch Mitarbeitende der Institution bereits ein wichtiges, vertrauensbildendes Zeichen sein können. Der Beizug von DolmetscherInnen ist wichtig, zur Vertiefung wäre aber eine heimatsprachliche Therapie nötig. Neben der Verbalsprache müssen aber in der Kommunikation auch weitere kulturell geprägte Elemente wie Paralinguistik, Körpersprache, Blickkontakt, Mimik, Gestik, Raumorientierung (z.B. Körperabstand) und Symbolisierung beachtet werden. Es ist wichtig, diesbezügliche Irritationen zu beachten bzw. die eigenen kulturellen Prägungen bewusst zu machen (bei Mitarbeitenden wie KlientInnen).

Eine Hilfe bei der Bewusstmachung solcher Prägungen kann das Modell der Kulturdimensionen von Geert Hofstede bieten, der fünf Dimensionen definierte, nach denen Kulturen unterschieden werden können:

- Machtdistanz (Grad des Akzeptierens von ungleichen Machtverhältnissen)
- Individualismus /Kollektivismus (Grad der Definition von sich selber als Teil eines sozialen Gefüges)
- Unsicherheitsvermeidung (Grad der Verunsicherung durch unklare Situationen)
- Maskulinität/Feminität (Grad der Abgrenzung von Geschlechterrollen)
- Langzeitorientierung (Grad der Wertschätzung von langfristigem Denken)

Interkulturelle Öffnung einer Institution bedeutet also für D. Czycholl in erster Linie das Reflektieren und systematische Überwinden von Zugangsbarrieren. Es ist ein Prozess, in dem Bestehendes (auch Wesentliches, einschliesslich "selbstverständliche" fachliche Überzeugungen) in Frage gestellt werden muss. Dieser Prozess muss Programm der Trägerschaft sein und als Prozess der Qualitätssicherung akzeptiert werden.

### **Christian Haasen: Migration und Sucht**

(Seminar)

Christian Haasen (PD Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg, Geschäftsführer des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg) gibt einen mehr allgemeinen Überblick zum Thema Migration und Sucht. Er stellt fest, dass es keine erhöhte Rate an Suchtstörungen bei Migranten in Deutschland gibt, aber schlechtere Verläufe (Bsp. hohe Mortalitätsrate bei russlanddeutschen Konsumenten) und Schwierigkeiten bei der Behandlung, was auf eine nicht adäquate Versorgung dieser Klientengruppe hinweist. Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen was die konsumierten Substanzen angeht (z.B. Alkohol bei Polen, Opiate bei Personen aus Kasachstan und Iran).

Als Risikofaktoren für den Konsum sind aber nicht kulturelle Aspekte ausschlaggebend, sondern soziale Marginalisierung, schlechte Schulbildung und Arbeitssituation sowie fehlende Zukunftsperspektiven. Statt nur nach Negativ- und Konfliktfaktoren zu suchen, ist es bei der Suchtanamnese wichtig, auch auf die protektiven Faktoren bzw. deren Verlust einzugehen. Solche protektiven Faktoren können z.B. im Familiensystem liegen, das allzu häufig



nur pathologisiert oder als störend empfunden wird (Beispiel: ein Psychischkranker wird im Spital von seiner ganzen Familie inkl. Kindern mit Spielzeug, Radio etc. besucht).

Ch. Haasen geht kurz auf das Stressmodell von C. E. Sluzki (vgl. oben, Seminar von D. Czycholl) ein und präzisiert, dass sich nach der positiven Dynamik im 1. Migrationsjahr der Tiefpunkt der Dekompensation im Durchschnitt neun Jahre nach der Migration einstellt. Eine gute Möglichkeit der Prävention wäre, wenn den MigrantInnen bereits in der ersten Phase der Migration Informationen über die verschiedenen Phasen und deren jeweiligen Schwierigkeiten sowie mögliche Problemlösungen vermittelt werden könnten.

Im Weiteren wird auf die Suchtproblematik bei der Gruppe der türkischen MigrantInnen eingegangen. Der Heroinkonsum, zu dem dann häufig auch ein Alkoholmissbrauch kommt, bedeutet einen Tabubruch mit gesellschaftlichen und religiösen Regeln. Die Schuld für das Suchtproblem, das als Schande für die ganze Familie gilt, wird oft der Aufnahmegesellschaft gegeben. Die Sucht wird geheim gehalten, durch einen kalten Entzug bei Angehörigen in der Türkei zu lösen versucht, wobei es bei der Rückkehr nach Deutschland regelmässig zum Rückfall kommt. Eine andere Massnahme ist die Konsultation eines Hoca (islamischer religiöser Gelehrter). Ch. Haasen plädiert für eine bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hoca (95 % seiner türkischen Patienten hatten vor dem Besuch der Klinik einen solchen konsultiert).

Neben dem Heroinkonsum ist bei türkischen MigrantInnen auch pathologisches Spielen (traditionelle und westliche Spiele) ein Problem, für das noch keine Präventions- und Therapiemassnahmen bestehen.

Chr. Haasen fasst zum Schluss noch einmal wichtige Aspekte der Behandlung zusammen: die Funktion des Suchtmittelkonsums muss in Bezug auf kulturelle Aspekte und migrationspezifischen Stress gesehen werden; die grosse Bedeutung der Familie erfordert den Einbezug von familientherapeutischen Elementen; protektive Faktoren müssen berücksichtigt werden. Verbesserungen des bestehenden Versorgungssystems sollten u. a. auf eine bessere Erreichbarkeit der Angebote und die Hilfe zur Selbsthilfe zielen.

## **Fazite aus der Tagung**

Die Tagung zeigte, dass es in der Arbeit mit KlientInnen mit Migrationshintergrund keine Wunderrezepte gibt. Es braucht die Sensibilität und Wachheit für die Besonderheiten jedes Individuums und für all die kleinen und kleinsten Irritationen, die in der Zusammenarbeit auftreten können. Die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche (Migrations-)Arbeit ist die Reflexion, einerseits der eigenen persönlichen Einstellungen und Haltungen, andererseits der geltenden Berufsstandards und Institutionsregeln; diese müssen bewusst gemacht und gegebenenfalls relativiert bzw. angepasst werden. Das kann die verschiedensten Ebenen betreffen, z.B.:

- strukturelle/institutionelle Gegebenheiten (Beratungs-/Therapiesprachen, schichtspezifisches Setting, Öffnungszeiten der Institution)
- die Stellung des Beraters / der Therapeutin (Expertin, älteres Geschwister, Vertraute)
- die Art der Beziehung zu den KlientInnen (Hierarchie/Vorgaben durch TherapeutIn, statt Kooperation zum gemeinsamen Suchen/Erarbeiten der Problematik; Siez-Beziehung)
- Anamneseinstrumente (ICD-10 deckt nicht alle kulturellen Gegebenheiten ab; Konsumkarrieren mit ungewohnten Verläufen; Besonderheiten von Migrationsbiographien; migrationsbedingte Stressfaktoren; (transgenerationale) Traumatisierungen)
- Betreuungs-/Therapiegrundlagen (Einbezug der Familien; niedriger Selbstwert des Individuums; Anerkennung externer Therapiemotivationen)
- Therapiemethoden (keine Geübtheit in Selbstreflexion; Schwierigkeit/Ablehnung der Verbalisierung von persönlichen Erfahrungen, Empfindungen und Gefühlen insbes. auch vor einer Gruppe).

Auch wenn in Deutschland einige spezialisierte Institutionen für besondere Migrantengruppen geschaffen worden sind, wurde an der Tagung doch hervorgehoben, dass es in der migrationsgerechten Suchtarbeit in erster Linie darum geht, die bestehenden Einrichtungen zu öffnen und für MigrantInnen (besser) zugänglich und nutzbar zu machen; allfällige migrationsspezifische (z.B. muttersprachliche) Angebote sind darin zu integrieren. Für Informationsvermittlung und Prävention ist die Benutzung bestehender Gefässe vorteilhaft (bestehende Informationsmittel und -kanäle bei der Einreise, Integrationskurse etc.). Wichtig sind schlussendlich auch der Austausch und die Vernetzung mit ausländischen Therapieangeboten.

Im Vergleich zum entsprechenden (Fach-)Diskurs in der Schweiz fiel auf, dass an der Tagung vielfach das Kulturelle und Kulturspezifische im Vordergrund stand. Dies kam einerseits in den Fragen und Diskussionsbeiträgen der TeilnehmerInnen zum Ausdruck, die häufig spezifische Probleme mit KlientInnen bestimmter Kulturen ansprachen. Andererseits standen auch in vielen Seminaren konkrete Volksgruppen und Länder thematisch im Mittelpunkt (Russlanddeutsche, TürkInnen). Nicht zuletzt zeigt sich der Bezug auf das Kulturelle auch im verwendeten Vokabular: Begriffe wie Kultur, Kulturkreis, kultursensibel, interkulturell stehen dem in der Schweiz immer mehr gebrauchten Konzept des "Transkulturellen" (d.h. des über das Kulturelle Hinausgehenden) gegenüber, mit dem versucht wird, eine oft in die Irre führende Kulturalisierung von Phänomenen und Problemen zu vermeiden. Schliesslich weist auch die Verwendung des Ausdrucks "Migrant/Migrantin" an der Tagung gegenüber "Person mit Migrationshintergrund" (in der Schweiz vermehrt verwendet) auf eine etwas unterschiedliche Sichtweise und Themensetzung des Bereichs "Migration und Sucht" hin.

Diese Unterschiede lassen sich unter anderem auf die unterschiedlichen Gegebenheiten und Problematiken in den beiden Ländern zurückführen: während die Suchthilfe in Deutschland zurzeit vor allem von den sehr grossen, relativ klar fassbaren Einwanderungsgruppen aus der Türkei und Russland herausgefordert wird, ist die Migrationssituation in der Schweiz diversifizierter und es geht unter anderem auch darum, den Nachfolgenerationen früherer MigrantInnen ein adäquates Hilfsangebot bereitzustellen. Aufgrund der Kleinräumigkeit ist eine Kulturalisierung (von Problemen wie von Angeboten) in der Schweiz auch aus rein praktischen Gründen kaum angebracht.

Diese Unterschiede bedeuten aber nicht, dass die Beiträge und Diskussionen der Suchttherapietage nicht auch aus Schweizer Sicht interessant gewesen wären, im Gegenteil: die Tagung gab gerade durch diese Perspektive neben vielen interessanten inhaltlichen Details auch wichtige Anstösse zum Überdenken und zur Klärung der Situation und des Bedarfs in der Schweiz. Dies betrifft unter anderem auch eine übergreifende Koordination und Vernetzung der Kräfte und des Wissens, die hier wie da noch weitgehend fehlt.

Die nächsten, 13. Suchttherapietage finden vom 13.-16. Mai 2008 in Hamburg statt, mit dem Schwerpunktthema: "Was wirkt wirklich? Evidenz und Erfahrung in der Suchtarbeit". Auch an dieser Tagung werden sicherlich einige Seminare zum Thema "Sucht und Migration" angeboten, bzw. Veranstaltungen der diesjährigen Tagung wiederholt werden.

Informationen (u.a. auch das Programmheft der vergangenen Tagung mit Zusammenfassungen aller Veranstaltungen und Angaben zu den ReferentInnen) sind auf der Webseite der Suchttherapietage unter [www.suchttherapietage.de](http://www.suchttherapietage.de) zu finden.

Marianne König  
Infodrog, Bern  
[m.koenig@infodrog.ch](mailto:m.koenig@infodrog.ch)