

# Fachdokumentation zur Tagung

## Türkische Drogenkonsumenten Ihre Situation / Unsere Angebote

am 07. März 1996 im Bürgerzentrum Ahlen



Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung e.V. Ahlen

Königstr. 9 in 59227 Ahlen

herausgegeben durch den  
Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung e.V. Ahlen Königstr 9  
59227 Ahlen  
Tel.: 02382/4650 und 83790 Fax.: 023 82/81 179

mit freundlicher Unterstützung  
*des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW*  
und  
des Landesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik *akzept e. V.*

# **Türkische Drogenkonsumenten**

## **Ihre Situation / Unsere Angebote**

In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme von türkischen Heroinkonsumenten zu verzeichnen. Über die spezifischen Hintergründe dieser Entwicklung gibt es bis dato keine systematische Forschung bzw. Grundsatzdiskussion in den Reihen der professionellen Drogenhilfe. Bislang wird versucht, türkische Drogenkonsumenten in das auf deutsche Drogenkonsumenten zugeschnittene Drogenhilfeprogramm zu integrieren und sie mit den bestehenden Angeboten für deutsche Drogenkonsumenten zu erreichen.

Die Realität zeigt jedoch, daß türkische Drogenkonsumenten aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes, ihrer Familienbiographie und ihrer Wohn- und Lebensbedingungen in Deutschland von den genannten Angeboten nur schwer und mit geringem Erfolg zu erreichen sind.

Es fehlt in den Drogenhilfeeinrichtungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über die speziellen Hintergründe dieses Klientels informiert sind, ihre Kultur, ihre Sprachen kennen und in der Lage sind, dies in therapeutische Bemühungen umzusetzen. In den bestehenden Therapieeinrichtungen sind türkische Konsumenten oftmals isoliert, dies führt zu einer überproportional hohen Abbruchquote. Dem gegenüber ist in den Justizvollzugsanstalten der Länder die Zahl der türkischen Drogenkonsumenten überproportional hoch.

Türkische User unterscheiden sich jedoch nicht nur aufgrund ihrer kulturellen und biographischen Hintergründe von deutschen Drogenkonsumenten, sondern auch durch spezifische Konsumformen. So sind türkische Drogenabhängige nach Beobachtungen des Arbeitskreises für Jugend- und Drogenberatung für Substitutionsprogramme schwerer zu erreichen, auch die Zahl von i.v. konsumierenden Personen in der türkischen Szene ist geringer.

Die vom Arbeitskreis für Jugend- und Drogenberatung Ahlen e.V. initiierte Fachtagung "Türkische Drogenkonsumenten Ihre Situation / Unsere Angebote" war im Rahmen einer Bilanz des Ist-Zustandes und des Erfahrungsaustausches über die genannten Problemstellungen der Beginn für eine weitere intensive Auseinandersetzung mit diesem Thema im Lande NRW. Wir bedanken uns bei allen Unterstützern, speziell beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und dem Landesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik akzept e.V..

Edwin Scholz,  
Leiter der Drogenberatung Ahlen  
Bundesvorsitzender akzept e.V.

**Die Fachdokumentation beinhaltet ausschließlich Beiträge, die uns freundlicherweise von den Referenten zur Verfügung gestellt wurden.**

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Die Situation türkischer Drogengebraucher in Ahlen.

**Referent: Lars Engbert**

Straßensozialarbeit und Therapie mit türkischen Drogenkonsumenten in Berlin . **Referent: Gökalp Özlal**

Türkische Drogenabhängige in einem deutschen Drogenhilfeprogramm am Beispiel: "Dönüs" in Birnthon bei Nürnberg

**Referent: Dipl.-Psych. Dogan Kaya**

Dönüs - eine Therapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft oder Abstammung - ein Erfahrungsbericht

**Referent: Dipl.-Psych. Dogan Kaya**

Sucht und Migration - Eine ethnopsychologische Perspektive

**Referentin: Dr. Michaela Özelsel**

## Vorwort

Die von der Drogenberatung Ahlen ins Leben gerufene Tagung wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, sowie akzept Nordrhein-Westfalen e.V. Landesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik unterstützt. An dem überregionalen Fachaustausch nahmen mehr als 80 Zuhörer aus über 50 verschiedenen Institutionen teil. Die große Resonanz spricht für die außerordentliche Aktualität des Themas. Innerhalb der deutschen Drogenhilfe wurde das Thema "Drogenkonsum von Menschen aus der Türkei" in den vergangenen Jahren eher stiefmütterlich behandelt. Dabei wird alleine für das Stadtgebiet von Ahlen, die Zahl der Konsumenten harter Drogen auf 100 bis 150 geschätzt. Das Potential der türkischen Jugendlichen mit einer entsprechenden Prädisposition für den regelmäßigen Konsum sog. weicher bzw. harter Drogen ist noch um ein vielfaches höher. Wie im Anschluß weiter ausgeführt wird, korrespondiert dieser Umstand mit den zum Teil schlechteren Lebensbedingungen (mangelnde schulische und berufliche Qualifikation, Umstand Türkei, also Ausländer zu sein, mangelnde Akzeptanz der sog. "Andersartigkeit" etc.) der türkischen Jugendlichen. Mit dem Wissen um diese sich für die türkischen Mitbürger weiter verschlechternden Lebensbedingungen, sahen wir uns gezwungen, auf diese Situation aufmerksam zu machen. Ein erster und weitreichender Schritt, war die Fachöffentlichkeit über die Situation in

Ahlen und hier genauer dem "Ahleener Osten" zu informieren. (s. Einführungsreferat im Anschluß). Die Initiierung der Fachtagung hatte das Ziel, den fachlichen Austausch bzgl. der Arbeitserfahrungen mit türkischen Drogenkonsumenten, zwischen Mitarbeitern des Sozial- und Gesundheitswesens überregional zu ermöglichen. Denn unsere praktischen Erfahrungen in der Migrantenarbeit, zeigen sehr deutlich, daß das deutsche Drogenhilfssystem nicht ohne Modifikationen, auf das türkische Klientel zu übertragen ist. (s. Referat von Frau Dr. Özelsel in dieser Dokumentation "Sucht und Migration", aus: Sucht kennt keine Ausländer, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 1993)

Vor diesem Hintergrund haben wir ausschließlich Referenten eingeladen, die sich in den besonderen Lebenswelten der türkischen Drogenkonsumenten bestens auskennen. Dazu gehört neben dem Sprechen der türkischen Sprache, auch ein tieferes Verständnis für die kulturellen und religiösen Belange unserer türkischen Mitbürger.

Ein weiteres Ziel der Fachtagung war die Erstellung einer Bestandsaufnahme der bisher geleisteten Arbeit innerhalb der Drogenhilfe. Diesbezüglich wurden die einzelnen Referatsthemen in den nachfolgenden Arbeitsgruppen vertiefend bearbeitet. Die Erwartung unsererseits bestand nicht darin, fertige Konzepte zu produzieren, vielmehr sollte von der Fachtagung für die Teilnehmer eine In-

spiration für die weitere Migrantenarbeit erfolgen.  
Für die Drogenberatung Ahlen ist es das originäre Ziel, eine den tatsächlichen Bedürfnissen der türkischen Drogenkonsumenten entsprechende Hilfestellung, zu gewährleisten.

Dazu zählt neben der im Vorfeld praktizierten Suchtprävention, insbesondere die Vermittlung in spezielle Entwöhnungsbehandlungen, Entgif-

tungen sowie die Beschaffung von Wohnraum und Arbeit.

Lars Engbert  
Mitarbeiter der Drogenberatung Ahlen

## Die Situation türkischer Drogengebraucher in Ahlen

Referent: Lars Engbert

Laut Auskunft der Jahresstatistik 1995 des Jugendamtes Ahlen, leben in der Stadt Ahlen derzeit ungefähr 58.000 Einwohner. Von diesen 58.000 sind knapp 6000 türkische Mitbürger, sie stellen somit die größte ausländische Gruppe dar. In Ahlen ist neben Deutsch die zweite Verkehrssprache Türkisch. Die Ahlener "Türkei" beginnt "sinnigerweise" im sog. Ahlener Osten, wer sich dorthin begibt, wird sehr schnell feststellen können, daß der durch türkische Teehäuser, Einkaufsläden, Nähereien und Schlachtereien geprägte Stadtteil ein reizvolles türkisches Flair versprüht. Das kommt nicht von ungefähr, immerhin leben über 2100 Türken in diesem Stadtteil mit insgesamt 7100 Bürgern.

Türken sind seit fast dreißig Jahren ein integraler Bestandteil der Ahlener Stadtgemeinde und nicht nur ihre Arbeits-, sowie die damit verbundene Wirtschaftskraft als Konsumenten ist mittlerweile für Ahlen unentbehrlich geworden. Sie stellen darüber hinaus eine erhebliche Bereicherung für das kulturelle und gesellschaftliche Leben dieser Stadt dar.

Seit einigen Jahren beobachten wir bei jungen Türken einen anhaltenden Trend bzgl. des Konsums von illegalen Drogen wie z.B. Heroin und Kokain. Die Zahl der konsumierenden Jugendlichen steigt jährlich und wir registrieren mit Sorge,

daß zunehmend auch jüngere Türken zwischen 12 und 14 Jahren - erste Drogenerfahrungen machen.

Nach unserer Erkenntnis konsumieren ausschließlich türkische Männer illegale Drogen. Frauen werden im Kreis konsumierender Männer generell nicht geduldet. Höchstens als Angehörige eines Konsumenten. Als Schwester, Verwandte, Ehefrau oder Freundin treten sie später im Rahmen der Angehörigenarbeit in Erscheinung. Interessant ist u.a., daß Frauen drogenabhängiger Ehemänner nicht nur den gesamten Haushalt alleine versorgen, sondern zudem versuchen zum Teil durch ihre Erwerbstätigkeit, die Sucht der Männer weiter zu finanzieren. So finanzieren die Frauen teilweise ungewollt aber stillschweigend die weitere Drogenabhängigkeit ihrer Männer. Nachweislich kommt es daher zu massiven Rollenverschiebungen in den jungen Familien.

Ein Großteil unserer Beratungszeit wird mittlerweile regelmäßig von hilfeschuchenden Türken in Anspruch genommen. Das war nicht immer so und sicherlich hat anfängliche Scheu vor einer vermeintlichen "deutschen Behörde" Schwellenangst produziert. Zudem existiert in Ahlen keine sog. offene Szene. Die Drogenkonsumenten treffen sich öfter privat oder aber in verschiedenen Lokalen bzw. Spielstätten. Durch viel Aufklärungsar-

beit konnten bestehende Ängste und Vorbehalte jedoch sukzessive abgebaut werden.

Auffällig viele Klienten betreuen wir im Rahmen der sog. "Knastarbeit". Bei der Therapievermittlung aus den Justizvollzugsanstalten, stellen türkische Klienten mittlerweile sogar das größte Kontingent.

Warum werden so viele türkische Jugendliche drogenabhängig, fragten wir uns immer wieder?

Dazu möchten wir Antworten geben, jedoch vorausschicken das es keine allgemeingültige Erklärung gibt!

Mehrheitlich sind bei den türkischen Jugendlichen folgende, vielleicht den Weg in die Drogensucht ebene, Faktoren anzutreffen: Die schulische Ausbildung wird meistens nach der achten, spätestens neunten Klasse abgebrochen, ebenfalls werden berufliche Ausbildungen - wenn es denn überhaupt zu einem Ausbildungsverhältnis kommt - frühzeitig abgebrochen.

Mit derartig desolaten schulischen und beruflichen Erfahrungen und dem Umstand Türkei also Ausländer zu sein, stoßen viele junge Türken bei potentiellen Arbeitgebern auf Granit. Die Tür bleibt für sie allzuoft zu. Was übrig bleibt sind schlecht bezahlte Hilfsarbeitertätigkeiten. Vielleicht noch eine Anstellung bei einem türkischen Familienmitglied. Das Gefühl als Türke in Deutschland abgelehnt zu werden und das obwohl man hier geboren wurde sowie das

Gefühl in der Türkei als Türke eigentlich ein Deutscher zu sein, verursacht bei vielen Verunsicherung und Frustrationen. Die Türken sitzen im wahrsten Sinne des Wortes zwischen den Stühlen.

Die Eltern kamen mit dem guten Vorsatz hierher viel Geld verdienen zu wollen, um sich später in der Türkei zur Ruhe zu setzen. Die meisten jungen Türken versichern in persönlichen Gesprächen immer wieder, auf gar keinen Fall in die Türkei zurück zu wollen. Die Eltern wollen hingegen auch weiterhin zurückkehren, jedoch nicht ohne ihre Kinder. Mittlerweile erwerben vor diesem Hintergrund immer mehr türkische Mitbürger Haus und Grund in Ahlen, insbesondere schon im eingangs beschriebenen Ahlemer Osten. Die Tendenz einer "Ghettoisierung" ist unverkennbar.

Junge benachteiligte Türken mit geringen Arbeitsplatzchancen verfügen genauso wie deutsche Jugendliche über sehr viel Freizeit. Aus Langeweile, aus Neugier oder aus Konformitätsdruck heraus, probieren Jugendliche u.a. Drogen aus. Begünstigt wird das ganze zum Teil auch noch dadurch, das traditionelle Wertmuster in türkischen Familien mehr und mehr ins Wanken geraten. Familienstreit ist oftmals die Folge und der Drogenkonsum erscheint dann für manchen Konsumenten als eine psychische Fluchtmöglichkeit.

Selbstverständlich sind die meisten türkischen Jugendlichen keine



Drogengebraucher und selbstverständlich absolvieren die allermeisten Jugendlichen regulär ihre Schulzeit. Dennoch ist die Hinwendung zu Heroin bei türkischen Jugendlichen, zumindest auf Ahlen bezogen, stärker ausgeprägt als bei deutschen Jugendlichen, die sich eher zu Amphetaminen und XTC hingezogen fühlen. Davon wiederum distanzieren sich mehrheitlich jugendliche Türken.

Zu den Heroinkonsumgewohnheiten der türkischen Jugendlichen bleibt festzustellen, daß es in den letzten zwei Jahren eine deutliche Abkehr vom sog. "Folienrauchen" gab. Der Trend geht nunmehr eindeutig zur intravenösen Konsumform. Erklärbar ist das u.a. dadurch, daß für das Folienrauchen mehr Wirksubstanz benötigt wird. Das kostet zusätzlich Geld. Die i.v. Methode ist weniger kostenintensiv da weniger Stoff benötigt wird und außerdem tritt die Wirkung der Droge schneller ein.

Da die Drogenberatung Ahlen in Kooperation mit der Aids-Hilfe Ahlen ein Spritzenaustauschprogramm vorhält, wird trotz der Konsumänderung - Stichwort Nadeltausch - die Gefahr einer Hepatitis bzw. HIV-Infektion reduziert. Die Drogenberatung hat die Zeichen der Zeit schon vor längerer Zeit erkannt und bietet türkischen Drogengebrauchern neben

originären Dienstleistungen wie dem Spritzenaustausch und der klassischen Klientenberatung auch die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Methadonsubstitution an.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation versuchen wir mit unseren ausländischen Drogenkonsumenten - insoweit dieses gewünscht wird - ein auf die jeweiligen kulturellen Besonderheiten des Klienten Rücksicht nehmendes Haus auszusuchen. Fast alle in Deutschland geborenen Türken sprechen deutsch, die Eltern hingegen sprechen es meistens wesentlich schlechter.

Damit jedoch auch die türkischen Eltern z.B. in das Therapievermittlungsgeschehen miteinbezogen werden können, entschlossen wir uns im vergangenen Jahr einem Mitarbeiter das Erlernen der türkischen Sprache zu ermöglichen. In der Vergangenheit hat sich diese sprachliche Annäherung für die weitere Schaffung einer vertrauensvollen und respektvollen Atmosphäre zwischen dem Mitarbeiter der Drogenberatung und den betroffenen Familien bewährt. Mittlerweile bestehen gute Kontakte zu verschiedenen türkischen Familien. Für die weitere Zukunft wünschen wir uns einen stetigen Ausbau dieser wertvollen Beziehungen.

## **Straßensozialarbeit und Therapie mit türkischen Drogenkonsumenten in Berlin**

Referent: Gökalp Özalp

Herr Özalp von der Beratungsstelle Haltestelle Berlin, schilderte die besonderen Lebensverhältnisse türkischer Drogenabhängiger in Berlin-Kreuzberg.

Durak ist türkisch und bedeutet Haltestelle. Sie beinhaltet drei wesentliche Projekte: Zum einen ein türkisches Theater, eine Beratungsstelle sowie die Therapieeinrichtung NOKTA. Diese drei Projekte sind unabhängig voneinander, ebenso die zugehörigen Teams. Alle Projekte werden durch die zentrale Verwaltung gesteuert. Durak leistet klassische Beratungsarbeit mit einem multikulturellen Ansatz, d.h., daß die Mitarbeiter neben dem Sprechen und Verstehen der türkischen Sprache, auch mit den Besonderheiten der Kultur und Religion des Landes vertraut sind. Zudem wissen sie aus eigener Erfahrung, was es bedeutet Ausländer in Deutschland zu sein.

Hauptzielgruppe sind türkische Drogenabhängige, aber natürlich werden auch alle anderen ausländischen Mitbürger betreut. Die Beratungsstelle ist eine zentrale Anlaufstelle für alle Ausländer Berlins. Sie wird von Deutschen und Ausländern gleichermaßen in Anspruch genommen. Durak versucht Drogenabhängigen Ausbildungsplätze und Wohnungen zu vermitteln. Desweiteren wird versucht Aufenthaltsgenehmigungen zu erwirken. Die Zahl der ausländischen und in

der Stadt Berlin lebenden Drogenabhängigen wird auf über 2000 geschätzt. Von der Berliner Drogenpolitik ausgehend, steht in der täglichen Arbeit, der kulturelle Aspekt, also das Verstehen der Andersartigkeit im Vordergrund. Dieses sollte so Özalp, in Verbindung mit Elternarbeit und suchtbegleitend geschehen. Die Eltern türkischer Drogenkonsumenten haben oftmals keinerlei Informationen über die Drogenproblematik ihrer Kinder. Sobald sie ihren Schock überwunden haben, versuchen sie ihren Sohn zum körperlichen Entzug in der Türkei zu überreden. Oftmals gestaltet sich ob der massiven Sprachschwierigkeiten, die Elternarbeit sehr schwierig. Herr Özalp geht davon aus, daß die aufsuchende Sozialarbeit für türkische Jugendliche am besten umzusetzen ist, wenn sie von muttersprachlichen Sozialarbeitern geleistet wird. Die Praxis, so Özalp, hat bewiesen, daß muttersprachliche Pädagogen, einen schnelleren und effektiveren Zugang zum türkischen Klientel herstellen können. Was letztlich vertrauensfördernd wirkt und für die weitere Ausgestaltung einer gemeinsamen Beziehung unerlässlich ist. Das Durchschnittsalter der Drogenabhängigen liegt bei 20-25 Jahren. Teilweise liegt es auch deutlich darunter, so wurden auch schon 13 jährige türkische Drogenabhängige betreut.

Elternarbeit setzt voraus, zu erfahren was tatsächlich in der Familie vorgeht. Wer führt die Familie und ist der erste Ansprechpartner? Der Berater sollte nach Überzeugung der Beratungsstelle Haltestelle nicht in die Familie gehen. Der Drogenabhängige sollte selber kommen. Denn ansonsten könnte laut Durak, die Gefahr bestehen, den Berater in das System Familie zu involvieren und somit für die Belange der Familie zu funktionalisieren. Um dieses generell zu vermeiden, findet immer eine Klärung statt. Wichtig dabei ist, der Familie klar zu machen, daß der Berater zunächst für den Drogenabhängigen der wichtigste Ansprechpartner ist. Zudem sollte der Berater der Familie erklären können, was Sucht bedeutet und das Sucht teilweise akzeptiert werden muß und wie die Familie weitere Strategien entwickeln kann, um mit den Problemen besser umgehen zu können (z.B. kein Geld mehr an den Sohn abgeben, evtl. temporäre räumliche Trennung etc.).

### **Therapieeinrichtung NOKTA**

Die Therapieeinrichtung NOKTA ist eine Entwöhnungseinrichtung die über den Berliner Senat finanziert wird und vorwiegend türkische Drogenabhängige aufnimmt. Eine wesentliche Auflage des Finanziers ist, zu 80 % ausschließlich Berliner Drogenabhängige unterzubringen. Die Mitarbeiter (drei feste und eine ABM-Stelle) sind multikulturell zusammengesetzt. Es besteht die Möglichkeit, zwischen 18 und 24 Monate in der Einrichtung zu bleiben. Die meisten ehemaligen Drogenabhängigen,

schließen ihre Therapie nach 12-14 Monaten regulär ab. Problematisch sind die teilweise gravierenden Altersunterschiede der Klienten. NOKTA nimmt Klienten bis zum 25. Lebensjahr auf Es wird sehr viel Wert auf Verhaltenstherapie gelegt, zudem ist eine starke Integration der Familie in den therapeutischen Prozeß erwünscht. Primär geht es in der therapeutischen Gemeinschaft um Identitätsbildung und um Selbstorganisation sowie Sprachtraining. Die Therapiesprache ist Deutsch. Der Familienarbeit wird wie eingangs schon beschrieben, viel an Bedeutung beigemessen. Der Klient soll eine neue Beziehung zu seinen Eltern finden, er soll sie nicht abbrechen. Es werden viele traditionelle Feste gefeiert, oft unter Einbeziehung der Eltern. Diese Form der Familienintegration, kann maßgeblich zu einer Entkrampfung des angespannten Verhältnisses führen.

### **Nachbetreuung**

Die Nachbetreuung setzt sich aus ExUser-Gruppen zusammen, die selbstorganisiert sind. Es werden sogenannte Clean-Feten gefeiert und Sportfeste organisiert.

### **Zusammenfassend betrachtet geht es bei NOKTA um:**

Das Aufarbeiten der Problemstruktur des Betroffenen, z.B. Orientierung herzustellen (welcher Kultur gehöre ich überhaupt an?) Ferner geht es um die Vermittlung von "Überlebenstechniken". Die geleistete Arbeit läuft stark über die Persönlichkeit der Mitarbeiter. Die Patienten der Einrichtung

verwalten sich teilweise Autonom, denn ab 17.00 Uhr gehen die festangestellten Mitarbeiter nach Hause. So soll

Eigenverantwortlichkeit unter realistischen Umständen forciert und Selbständigkeit eingeübt werden.

### **Türkische Drogenabhängige in einem deutschen Drogenhilfeprogramm am Beispiel: Therapiezentrum "DÖNÜS" in Birnthon bei Nürnberg**

Referent: Dipl.-Psych. Dogan Kaya

Die seit 40 Jahren in der BRD lebenden und arbeitenden Ausländer sind längst ein fester Bestandteil dieser Gesellschaft geworden. Die ersten wurden aufgrund des Arbeitskräftebedarfs der deutschen Industrie angeworben. Inzwischen lebt bereits die dritte Generation hier. Daher sind die Ausländer von den Problemen innerhalb dieser Gesellschaft in gleicher Weise betroffen. Drogenmißbrauch ist eines dieser Probleme, vielleicht eines der wichtigsten.

Nürnberg als zentrale Großstadt in der Region weist einen relativ hohen Ausländeranteil auf. Bei der Gesamtbevölkerung - 500.000 - liegt ihr Anteil bei 16,8% ca. 83.000 (Stand: 31.12.95).

An erster Stelle sind hier vor allem Menschen aus der Türkei zu erwähnen, die mit rund 25.000 die größte Volksgruppe in Nürnberg stellen, danach kommen Griechen (10.200) und Italiener (6.800). Auch unter den Drogenkonsumenten ist ein Ausländeranteil zu verzeichnen, der ihrem Bevölkerungsanteil entspricht. Hinzukommen Staatsangehörige aus dem Nahen Osten, insbesondere aus dem Iran

und Libanon.

Der Anteil der ausländischen Drogenabhängigen hat, wie in allen bundesdeutschen Ballungsgebieten, in den letzten Jahren auch in Nürnberg deutlich zugenommen. Während 1990 der Anteil der durch die MUDRA betreuten Ausländer/innen 7,4% (37) betrug, ist dieser im Jahre 1995 auf 16,76% (93) angestiegen. Nach unseren Schätzungen sind in Nürnberg von ca. 2.500 bis 3.000 Drogenabhängigen etwa 10% (250-300) Ausländer/innen hauptsächlich Jugendliche, deren Durchschnittsalter bei 21-22 Jahren liegt, bei den Deutschen dagegen 31-32. Der Anteil der drogenabhängigen ausländischen Jugendlichen ist im Vergleich zu den deshalb so hoch, weil die Altersstruktur des ausländischen Bevölkerungsanteils gegenüber der Deutschen verschoben ist, d.h. etwa 55% der hier lebenden Ausländer/innen sind 15 bis 45 Jahre alt, bei den Deutschen dagegen nur 40%.

MUDRA reagierte auf diese Anforderungen schon 1987 mit der Anstellung eines türkischen Drogenberaters. Dieser Kollege

war früher als Fabrikarbeiter, Taxifahrer, Verkäufer und freier Schriftsteller beschäftigt. Durch diesen Kollegen konnte sowohl in der Streetwork, auf der Szene, in der Beratungsstelle sowie in der JVA vermehrt Kontakt zu ausländischen Drogenabhängigen aufgebaut werden. Die Arbeit mit Ausländern hat einen derartigen Umfang angenommen, daß die Beschäftigung eines weiteren Kollegen notwendig wurde. Mit Unterstützung der Stadt Nürnberg, die auch schon die erste Stelle finanzierte, konnte ein zweiter türkischer Mitarbeiter im Juli' 90 eingestellt werden. Ab 1992 strebte MUDRA an, eine Therapieeinrichtung speziell für türkische und arabische Drogenabhängige zu eröffnen, was ihr im Juni' 95 gelungen ist. Unseren Arbeitsansatz bei MUDRA für ausländische Drogenabhängige kann ich folgendermaßen zusammenfassen:

### **1.) Aufklärungsarbeit**

Ein wichtiger Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Aufklärungsarbeit, die hauptsächlich zwei Teilbereiche beinhaltet:

#### Aufklärung/Information

1995 haben wir auch an Aufklärungsveranstaltungen in Schulen, Vereinen, Elternverbänden usw. durchgeführt, um unter der in Nürnberg lebenden ausländischen Bevölkerung die ersten aufklärenden Informationen zu vermitteln und eine Sensibilisierung für die Drogenproblematik zu erreichen. Aus diesem Grund arbeiten wir

vor allem mit Initiativen und Vereinen zusammen, die schwerpunktmäßig Ausländerarbeit machen und diesen Personenkreis ansprechen.

### **2.) Familienbetreuung**

Auch in diesem Bereich findet die Aufklärung ihre Fortsetzung. In den meisten Herkunftsländern unseres nichtdeutschen Klientels wie z.B. Türkei oder anderen Nahostländern, herrschen enge und starke Familienstrukturen. "Sozialarbeit, bzw. Sozialarbeiter" sind hier fremde Begriffe, deren Aufgaben wird meist von Familienmitgliedern wie Bruder, Schwester, Onkel, Tante usw. übernommen.

Als türkische Mitarbeiter müssen wir demnach oft in die Rolle eines Bruders oder Onkels schlüpfen. Folge ist, daß auch zu anderen Familienmitgliedern enge Kontakte unterhalten werden müssen.

Die Eltern oder o.g. Verwandtschaft der Betroffenen haben große Erwartungen an uns und hoffen, daß wir das Problem in kurzer Zeit lösen können, was natürlich unrealistisch ist.

Um die weiteren Familienmitglieder sowie familiären Strukturen besser kennenzulernen, machen wir auch Hausbesuche.

### **3.) Beratung und Betreuung in der JVA-Nürnberg**

Unter der Voraussetzung, daß sich die inhaftierten Ausländer schriftlich mit uns in Verbindung setzen, werden sie nach

Möglichkeit von uns in der JVA-Nürnberg besucht und betreut. So betrug z.B. 1995 die Zahl der von unserer Beratungsstelle betreuten Ausländer in der JVA 38.

Die Zeitspanne zwischen den regelmäßigen Besuchen beträgt durchschnittlich 1-3 Wochen. Es werden auch die inhaftierten Ausländer besucht und betreut, die keine Therapie beanspruchen können oder wollen. Bei diesen geht es in erster Linie um Beratung und Kontaktaufnahme.

Neben der Therapievermittlung sind Informationen über den Bereich des Ausländerrechts ein wichtiger Teil unserer JVA - Arbeit. Bei jeder Inhaftierung droht allerdings die Gefahr der Abschiebung, auch bei einer Therapie nach § 35 / 36 BtmG kann nach Abschluß der Maßnahme Ausweisung verfügt werden. Unter diesen Voraussetzungen ist es natürlich schwierig, Motivation für eine sinnvolle und notwendige Therapie zu fördern.

Die Verunsicherung und Angst, in ein Land abgeschoben zu werden, in dem sie zum Teil nie gelebt haben, führt zu einer enormen psychischen Belastung.

#### **4.) Streetwork**

Einer unserer wichtigsten Arbeitsbereiche ist die Streetwork. Durch diese Tätigkeit versuchen wir, mit den drogenabhängigen, bzw. drogengefährdeten Ausländern Kontakt aufzunehmen. In den letzten Jahren zeichnen sich in diesem Bereich folgende neue Merkmale ab:

1. Während in den 80er Jahren das Durchschnittsalter der heroinkonsumierenden Ausländer zwischen 20 - 25 Jahre lag, liegt es heute zwischen 15 - 16 Jahren, d.h., daß wir heute überwiegend mit der 3. Ausländergeneration zu tun haben.

2. Die ausländischen Drogenabhängigen halten sich - von Ausnahmen abgesehen- in der Regel von der deutschen Szene fern. Unter ihnen existiert auch keine so ausgeprägte Straßenszene. Der Verelendungsgrad ist bei weitem nicht so hoch, wie bei deutschen "Straßen-Junkies" und eher der deutschen Privatszene vergleichbar.

3. Unter den ausländischen drogenabhängigen Jugendlichen entstehen Gruppen, Cliques usw., die sich an bestimmten Orten wie Spielhallen, Jugendtreffs treffen. Um in der Gruppe Anerkennung zu bekommen, ist Drogenkonsum akzeptiert, bzw. erwünscht. Die als Folge der Beschaffungskriminalität meist entstandene Freiheitsstrafe gilt als etwas besonderes.

4. Die Bereitschaft, Kontakte zu Eltern, Verwandten und Schule abubrechen, wächst. Die Jugendlichen nehmen keine Rücksicht mehr auf die viel gelobten sozialen Bindungen.

#### **5.) Beratung und Vermittlung**

Die drogenabhängigen, bzw. die drogengefährdeten Jugendlichen, die unsere

Beratungsstelle aufsuchen, werden entweder von ihren Eltern zu uns gebracht, oder von einer anderen Institution vermittelt, z.B. von der Schule, Bewährungshilfe usw..

Die Jugendlichen haben in der Regel wenig, bzw. kaum Kontakte zu der offenen Szene. Der größte Teil ist in der Familie fest integriert, geht einer geregelten Arbeit nach und versucht durch eigene Initiative das Abhängigkeitsproblem zu lösen. Das wird durch längere Aufenthalte in den Heimatländern oder bei Verwandten in einer anderen Stadt in die Wege geleitet. Die Angst "von anderen Landsleuten oder Bekannten gesehen zu werden". herrscht bei vielen türkischen Klienten vor. Mit Betroffenen zusammen versuchen wir, Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, z.B. hinsichtlich des Elternhauses. bei der drohenden Abschiebung, bei der Vorbereitung auf Gerichtstermine usw.

### **Warum gibt es inzwischen so viele drogenabhängige Ausländer?**

Als erstes kann man die Identitätskrise der ausländischen Jugendlichen erwähnen. Die Jugendlichen erleben auf der Straße Deutschland, zu Hause dagegen die traditionelle familiäre soziale Struktur. Sie fühlen sich daher weder dieser Gesellschaft noch der Gesellschaft ihrer Eltern zugehörig. Hinzu kommt die Ablehnung durch die hiesige Gesellschaft, was natürlich bei den Jugendlichen Frustration und Aggression auslöst.

Der Konflikt innerhalb der Familie spielt ebenfalls eine ganz wichtige Rolle. Innerhalb der betreuten Familie ist zudem ein Autoritätsverlust des Vaters festzustellen. Der Vater, früher eine uneingeschränkte Autorität, ist vermehrt auf seine Kinder angewiesen, beispielsweise als Dolmetscher bei Ämtergängen. Die Folge ist, daß die Kinder aus der dritten Generation ihre Probleme selbst definieren und selbst eigene Entscheidungen treffen wollen.

Auch die Schul- und Berufsausbildungssituation ist sehr unbefriedigend. Schätzungsweise geht 2/3 der ausländischen Jugendlichen ohne Schulabschluß, bzw. maximal mit Hauptschulabschluß von der Schule ab, der größte Teil absolviert immer noch keine Berufsausbildung. Dies geschieht z.T. durch die Haltung der Eltern, die von den Jugendlichen erwarten, daß sie bald Geld verdienen und eine baldige Rückkehr in die Heimat ankündigen.

Dadurch haben diese Jugendlichen ein großes Maß an unstrukturierter Freizeit. andererseits wenig Geld zur Verfügung und auf Grund ihrer oft hoffnungslosen Situation, vor allem auf Grund der hohen Arbeitslosigkeit ( 19,3 % der in Nürnberg lebenden Ausländer/innen waren im Februar 1996 arbeitslos) große Probleme mit Selbstwertgefühl.

Dies läßt sie dann zu Drogen greifen, da sie sich "in der Szene" vielleicht erstmals zugehörig zu einer Gruppe fühlen, ihr angeschlagenes Selbstwertgefühl dadurch aufbauen. nicht wenige hoffen außerdem auf

Riesengewinne durch den Drogenverkauf.  
um damit eine Existenz aufzubauen.

### **Welche Präventions- und Hilfsmöglichkeiten sind vorstellbar?**

Prävention:

- Verstärkte Präventionsarbeit in den meist von ausländischen Schülern besuchten Schulen, Kulturvereinen, Elternverbänden, aber auch in den Betrieben.
- Ausreichend muttersprachliches Informationsmaterial, vor allem für die

Eltern, die zum größten Teil nicht ausreichend deutsch können.

- Außerdem müssen genügend ausländische Mitarbeiter/innen eingestellt werden, die schwerpunktmäßig Ausländerarbeit machen.

### **Ausblick**

Solange vor allem im Präventionsbereich ständig Mittel gekürzt werden, die Haltung der Deutschen gegenüber den Ausländern ablehnender und als Ausdruck dessen auch die Ausländergesetzgebung ständig restriktiver wird, wird unsere oben beschriebene Arbeit wie ein Kampf "Don Quichote gegen Windmühlenflügel" sein.

## **Dönüs - eine Therapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft oder Abstammung - ein Erfahrungsbericht**

Referent: Dipl.-Psych. Dogan Kaya

### **Einleitung**

Im Juni 1995 hat die Mudra eine Langzeittherapieeinrichtung für ausländische Drogenabhängige in einem Vorort von Nürnberg eröffnet. Die Einrichtung trägt den Namen DÖNÜS, der sinngemäß mit "Wende", "Rückkehr" oder "Rückreise" (zum Leben) übersetzt werden kann.

Die therapeutische Einrichtung DÖNÜS richtet sich speziell an drogenabhängige junge Männer. Zur Zielgruppe gehören insbesondere Drogenabhängige aus dem türkisch-orientalischen Kulturkreis. Es kommen darüber hinaus alle diejenigen Abhängigen für eine Behandlung in Frage, bei denen zu erwarten ist,

daß sie sich mit einer herkömmlichen Entwöhnungstherapie nicht oder nur schwer zurecht

finden können. Schwerpunktmäßig ist das therapeutische Programm auf die Behandlung abhängiger Konsumenten von illegalen Drogen ausgerichtet. Aufgenommen werden Drogenabhängige im Alter von 18 bis etwa 35 Jahren. Die Klienten kommen aus dem gesamten Bundesgebiet, wobei niemand aus Nürnberg und Umgebung aufgenommen wird, da das Lebensumfeld mit der ehemaligen Drogenszene für Klienten, die in der Umgebung der



Einrichtung ihre haben, problematisch für die Therapie ist.

### **Das Team**

Das interdisziplinäre - interkulturelle Team besteht aus 10 Mitarbeiterinnen, die darum bemüht sind, die kultur- und mentalitätsbezogenen Bedürfnissen und Gewohnheiten türkischer-arabischer-griechischer Drogenabhängiger zu berücksichtigen und in die therapeutische Arbeit einzubeziehen. Das Team wird durch eine Jahrespraktikantin, einen Zivildienstleistenden, sowie drei Sportpädagogen ergänzt.

### **Vorteile eines speziellen Therapiekonzeptes für Ausländer**

Ausländische Drogenabhängige brechen zu einem großen Teil eine Langzeittherapie in etablierten deutschen Einrichtungen in einer frühen Phase ab. Von Klienten und Therapeuten angeführte Gründe für die Abbrüche deuten auf gegenseitige Mißverständnisse hin. Die Erwartungen und Haltungen die der Klient an den Therapeuten stellt bzw. ihm entgegenbringt, sind andere als die, die der Therapeut zu erfüllen bereit oder auch in der Lage ist. Und umgekehrt sind die Erwartungen, die der Therapeut an den Klienten stellt, für den Klienten unverständlich. Während ein hilfsbedürftiger, ausländischer Klient umgehend Hilfe durch eine Autorität (Therapeut) sucht, wird der deutsche Therapeut dies Hilfe - persönlichen Rat und Einstellung- zunächst verzögern, um die Mobilisierung eigener Ressourcen zu provozieren. Dieses Verhalten würde ein ausländischer Klient als mangelndes

Interesse oder unterlassene Hilfeleistung interpretieren.

### ***An dieser Stelle wollen wir ein Beispiel aus dem Alltag der Therapieeinrichtung wiedergeben.***

Die Eltern eines Klienten verlangen von ihrem Sohn, daß er direkt im Anschluß an die Therapie heiratet. Dieser will dem Wunsch der Eltern nicht entsprechen, ist aber nicht in der Lage ein Entscheidung zu treffen, und bittet den Therapeuten um Hilfe. Während der Therapeut im Umgang mit deutschen Klienten, die Vor- und Nachteile des gewünschten Verhaltens gegeneinander abwägen läßt, ist es an der Stelle sinnvoll, klare Stellung zu beziehen. Konkret rät der Therapeut dem Klienten zu, zunächst die eigene Existenz durch Arbeits- und Wohnungssuche abzusichern, bevor er Verantwortung für einen anderen Menschen übernimmt. Der Therapeut als Autoritätsperson schafft auf diese Weise einen Gegenposition zu der elterlichen Autorität, die es dem Klienten erleichtert seinen Neigungen nachzugeben.

Während ein deutscher Therapeut eher an einer sachlichen, und fachlichen Arbeitsbeziehung interessiert ist, sucht ein ausländische Klient auch hier ein autoritäres, emotionale Verhältnis. Deutsche Therapeuten neigen dazu Probleme und Konflikte innerhalb der eigenen Person der Klienten zu lokalisieren. Im Gegensatz dazu siedelt ein ausländischer Klient Probleme und Konflikte außerhalb der Person an, besonders in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Es ist daher nicht zwingend für Probleme Verantwortung zu übernehmen, wenn sie nicht der eigenen Person zugeordnet werden. Der Ort der Identität ist nicht das eigene Selbst, sondern

die soziale Gruppe erfüllt diese Funktion und das Ansehen in der Gruppe bestimmt den Selbstwert. Ein deutscher Therapeut hingegen erwartet über die Zuordnung von Problemen zum Individuum eine selbständige Bewertung und ein selbstverantwortliches Verhalten des Einzelnen.

Die Unterschiede im Selbstverständnis wirken sich belastend auf die Beziehung zwischen Therapeut und Klient aus. Dieses Problem läßt sich am einfachsten lösen, wenn Therapeuten mit dem gleichen kulturellen Hintergrund mit diesem Klientel arbeiten. Drei von vier therapeutischen Mitarbeitern in unserer Einrichtung sind Türken und betreuen ihre Klienten muttersprachlich.

Die schwierige Situation der ausländischen Drogenabhängigen als Minderheit fällt in der Einrichtung DÖNÜS weg. Begrüßungsrituale, andere Essensgewohnheiten und gemeinsame Festtage wie der Fastenmonat Ramadan und Schlachtfest (Kurbanbayrami) schaffen die Vertrautheit, die ausländische Klienten in deutschen Therapieeinrichtungen fehlen. Zum Ramadan stehen die, die Fasten wollen Nachts um 4.00 Uhr auf gehen in die Küche und kochen. Während dieser Zeit sind diese Klienten vom Morgensport und von der Teilnahme an den Mahlzeiten befreit. Im Tagesprogramm gibt es zwei Teepausen und statt der Kaffeemaschine stehen Samoware an der Küchentheke.

Einrichten von speziellen Gruppen für Klienten und Angehörige

Um das Arbeiten mit ausländischen Klienten und deren Angehörigen im Rahmen der Beratung und des Streetwork zu erleichtern, empfehlen wir die Einführung von speziellen, unabhängigen Gruppen für Klienten und ihre Angehörigen.

Aufgrund der Homogenität der Gruppen können Betroffene ihre Anliegen äußern und sich austauschen, ohne beunruhigt zu sein, jemanden zu beschuldigen, zu kränken oder nicht verstanden zu werden. Dies ist aus unserer Sicht der erste Schritt aus der Anonymität, in der sowohl die Klienten als auch die Angehörigen stecken. Diese Gruppensitzungen sollten ohne Beteiligung von deutschen Konsumenten oder Angehörigen stattfinden. Die Erfahrung der MUDRA hat gezeigt, daß türkische Abhängige spezielle Angebote für die Türken nicht mehr aufsuchen, wenn deutsche Klienten hinzukommen. In der Therapieeinrichtung DÖNÜS haben wir die Erfahrung gemacht, daß die Angehörigen in der Gruppe bei Wochenendseminaren offener, herzlicher und gefühlsbetonter reagieren als vergleichbare deutsche Angehörige. Voraussetzung für dieses Verhalten ist, daß die Angehörigen das Gefühl haben, unter sich zu sein. Persönliche Annäherung findet dann auch ohne Einflußnahme durch den Therapeuten statt, z.B. Austausch von Strickmustern (Frauen), gemeinsame Zigarette rauchen (Männer). Sie entwickeln schnell das Gefühl, daß sie das gleiche "kismet" (Schicksal) teilen. Sie suchen aus eigenem Antrieb den Erfahrungsaustausch, sind dabei nicht so sehr an Informationen wie z.B.: zur Entstehung und Entwicklung der Drogenabhängigkeit interessiert. Es stellt sich das Gefühl der Erleichterung ein, da sie feststellen, daß auch andere von diesem Problem betroffen sind. In ihrer Zuversicht und hoffen auf "Allahs" Hilfe bauen sie sich gegenseitig auf. Im Seminarraum diskutieren türkische Mütter und Väter unter sich anscheinend unstrukturiert und wild

durcheinander. Es entsteht eine Atmosphäre wie in einem türkischen Wohnzimmer. Bei genauerem Hinsehen und hinhören können wir erfahren, daß sie wichtige Themen wie Co-Abhängigkeit, eigene Unzulänglichkeit, Hilflosigkeit, Gefahr von Rückfälle, eigene hohe Erwartungen und eigene Ängste ansprechen.

In etablierten Einrichtungen ist es nicht vorstellbar, daß Besucher in die Küche der Einrichtung gehen, um zu kochen. Nach einem Eltern- und Angehörigenseminar haben sich zwei Mütter, eine Schwester und ein Vater unserer Klienten zusammengetan und die Küche förmlich besetzt. Nachdem die Klienten alles notwendige zusammengetragen hatten, haben die Angehörigen gemeinsam die Leibgerichte ihrer Söhne und Brüder gekocht.

### **Therapieverlauf**

Am Ankunftstag wird der Klient von seinem Bezugstherapeuten empfangen und seinem Paten (Mitklient) vorgestellt. Der Pate ist Ansprechpartner für den Klienten, soll ihm das Einleben im Haus erleichtern und in den therapeutischen Ablauf einführen. Er ist darüber hinaus zu Beginn der Orientierungsphase für die Einhaltung der Hausordnung durch den Neuankömmling mitverantwortlich. Ein weiterer Klient kontrolliert im Beisein des neuen Klienten uns seinem Bezugstherapeuten, das Gepäck nach Drogen. Anschließend wird ein Urintest vorgenommen und erst dann, wenn alles OK ist darf der Neue sich im Haus frei bewegen. Am Abend des Aufnahmetages hat sich ein Aufnahmeritual unter den Bewohnern zur Begrüßung des neuen Klienten etabliert. Nach

dem Abendbrot treffen sich alle Klienten im Aufenthaltsraum, es wird Tee gekocht und Gebäck gereicht. Jeder stellt sich dem neuen Klienten vor. An diesem Tag darf der Neue seine Angehörigen anrufen, um ihnen seine Ankunft und seine vierwöchige Kontaktsperre mitzuteilen. In dieser Orientierungsphase darf der Klient seinen Angehörigen schreiben. Er erhält ankommende Briefe erst nach dieser Phase ausgehändigt.

Zum Einstieg in die erste Therapiephase muß der Klient seinen Lebenslauf in seiner Stammgruppe vortragen und sich den Fragen und Anmerkungen der Mitbewohner und der Therapeuten stellen. Sofern der Klient diesen Therapiebaustein zur Zufriedenheit der Mitbewohner und der Therapeuten erfüllt hat, darf er einmal in der Woche telefonieren, das Einrichtungsgelände zum Joggen, Fußballspielen und bei Gruppenaktivitäten in Begleitung von Mitarbeitern und Mitbewohnern verlassen. Diese erste Therapiephase dauert 4 bis 6 Wochen, je nach dem in welchem Ausmaß er das Therapieangebot annimmt, wie schnell er sich in die Hausgemeinschaft integriert und eigenverantwortlich handelt.

Als Einstieg in die zweite Therapiephase muß der Klient seine Drogenkarriere in seiner Stammgruppe vortragen. Sollte der Klient nicht ausreichend vorbereitet sein, oder noch Fragen offen bleiben, wird ein zweiter Termin angesetzt. In dieser Phase darf der Patient in Dreiergruppen Ausgang nehmen, wobei sich dieser Ausgang zeitlich auf vier Stunden und räumlich auf einen Radius von 10 km begrenzt ist. Ausgang kann der Klient einmal in der Woche beantragen.

Einzelgang erhält der Klient, nachdem sein Stammtherapeut mit ihm auf der Drogenszene in Nürnberg war. Hierbei geht es darum, den Klienten die Möglichkeit zu geben, sich in diese kritische Situation in therapeutischer Begleitung zu begeben. Bei dieser Konfrontationssituation kann sich der Klient mit seinen aktuellen Gedanken und Gefühlen zu seinem eigenen Suchtverhalten auseinandersetzen. Wir gehen davon aus, daß diese in vivo Übung dem Klienten Zugang zu seinen Gefühlen während seines Drogenkonsums ermöglicht und eine Neubewertung seiner Vergangenheit erleichtert. Diese Erfahrung wird sowohl im Einzelgespräch als auch in der Stammgruppe aufgearbeitet. Wenn dieser Therapiebaustein absolviert wurde, erhält der Klient einmal in der Woche einen Einzelgang (vier Stunden), der im allgemeinen zu einem Ausflug nach Nürnberg genutzt wird. Darüber hinaus darf er einmal täglich für die Dauer von einer Stunde in dem nahegelegenen Wald spazieren gehen oder Fahrrad fahren. Ab der 14. Woche kann der Einzelgang auf Stunden ausgedehnt werden. Bei regulärem Therapieverlauf darf der Klient ab der 16. Woche einmal im Monat eine Heimfahrt (3 Tage) zu seinen Angehörigen antreten. In der Regel finden die Heimfahrten am Wochenende statt, damit möglichst wenig von der Therapie versäumt wird.

Um die dritte Therapiephase zu erreichen, muß der Klient einen Zwischenbericht über seinen Therapieverlauf geben. Hierbei geht es darum eine Zwischenbilanz seiner therapeutischen Ziele vorzunehmen, um eine weitere Planung zu ermöglichen. Darüber hinaus erhält der Klient sowohl von seinen Mitbewohnern als auch von

den Mitarbeitern eine Rückmeldung. In dieser Phase übernimmt der Klient Verantwortung für seine Mitklienten (z.B. Begleitung von Arztbesuchen) und für die Einhaltung der Hausordnung. Schwerpunkt dieser dritten Phase ist eine Außenorientierung. Es sollen Perspektiven für die Zukunft entwickelt werden. Konkrete Themen sind die Arbeits- und Wohnungsbeschaffung oder die Suche nach einer geeigneten Nachsorgeeinrichtung, von der aus der Klient seine berufliche Wiedereingliederung organisieren kann. In einer vierwöchigen Arbeitssituation in der Schreinerei sollen Qualifikationen wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Kontinuität, Belastbarkeit und Frustrationstoleranz erprobt werden. In einem anschließenden fünftägigen Realitätstraining am Wohnort soll der Klient die in der Therapie gelernten Strategien der Streßbewältigung in der häuslich familiären Umgebung anwenden. Außerdem soll er Kontakte zu Ämtern, Behörden, Arbeitgebern, Bewährungshelfern und Beratungsstellen aufnehmen. Während der Realitätswoche muß der Klient jeden Tag einen Bericht schreiben. Diese Unterlagen dienen als Grundlage für Nachbesprechungen. Zur Unterstützung in Krisensituationen kann telefonischer Kontakt zu dem Bezugstherapeuten aufgenommen werden. Die Erfahrungen aus dem Realitätstraining werden in Gruppen- und Einzelgesprächen aufgearbeitet. Es wird geprüft, ob sich der Klient der Realität gewachsen fühlt. Werden Defizite formuliert und sollen Bewältigungsstrategien verbessert werden, kann die verbleibende Therapiezeit dazu genutzt werden. Es können Ziele formuliert und Lösungen

erarbeitet werden, um eine langfristige Suchtmittelabstinenz zu erleichtern.

## **Soziodemographische Daten der Klienten**

### **Aufnahmestand**

Seit der Eröffnung am 20.06.1995 bis jetzt (Stand 24.03.1996) haben wir insgesamt 22 Klienten aufgenommen. Im Durchschnitt sind unsere Klienten 25,3

Jahre alt. Der Jüngste ist 18 Jahre alt und der Älteste 37 Jahre alt. Die Hälfte der aufgenommenen Klienten ist in Deutschland geboren. Die aktuelle Belegung liegt bei 15 Klienten.

### **Aufenthaltsdauer in Deutschland**

Der Aufenthaltsstatus unserer Klienten sieht wie folgt aus; 9,6% unserer Klienten sind länger als 5 Jahre in Deutschland. Weitere 9,6% sind mittlerweile länger als 10 Jahre da und 18% der Klienten sind länger als 15 Jahre in Deutschland. Die restlichen Klienten, das macht 62,2% unserer Aufnahmequote aus, leben seit 20 Jahren und länger in Deutschland.

### **Schule und Beruf**

Besonders frappierend ist die schulische und berufliche Situation unserer Klienten. Während 9,6% unserer Klienten nicht lesen und schreiben können, haben 45% keinen Schulabschluß und auch keine abgeschlossene Berufsausbildung. Einen Hauptschulabschluß haben 17% und 9,6% haben einen Realschulabschluß. Lediglich 22,6% der Klienten haben eine Berufsausbildung angefangen, die sie jedoch nicht beendet haben. Nur 11% der Klienten haben eine abgeschlossene

Berufsausbildung. Ein Klient ist in einem bestehenden Arbeitsvertrag.

## **Sozialer Hintergrund**

Der Grad der sozialen Verelendung bei unseren Klienten ist im Vergleich zu deutschen Drogenabhängigen weniger gravierend. Dieses führen wir auf die bestehenden Bindungen zu den Eltern und der Großfamilie zurück. Durch den direkten Eingriff der Angehörigen in das Drogenproblem und der Aufrechterhaltung der Beziehung wird eine massive Verelendung verhindert. Alle Klienten stehen in schriftlichem oder telefonischem Kontakt zu ihren Eltern, wobei die Eltern sehr eng mit uns kooperieren. Der Familienstand sieht wie folgt aus; 53% der Klienten sind ledig, 29% sind verheiratet und zusammenlebend, 11% sind geschieden und einer ist verwitwet.

## **Ausländerspezifisches**

Die Bestimmungen des Ausländergesetzes und die zunehmende strengere Handhabung wirken sich besonders erschwerend auf unsere therapeutische Arbeit aus. 23% der Klienten besitzen eine Aufenthaltsberechtigung, die sie vor einer evtl. Abschiebung und Sanktionen durch das Ausländergesetz schützt. Lediglich bei diesen Klienten haben wir keine Probleme bezüglich Ausländergesetz, Aufenthaltsrecht, Abschiebung oder -androhung. Bei allen anderen Klienten haben wir mit diesen Problemen zu kämpfen, von denen etablierte Einrichtungen mit überwiegend deutschem Klientel nicht betroffen sind. Im Weiteren sieht es wie folgt aus: 11% der Klienten haben eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung. Eine befristete

Aufenthaltsgenehmigung haben 23% der Klienten. Lediglich ein Klient, der sich seit acht Jahren in Deutschland befindet, hat eine Duldung. Bei 35% der Klienten ist bereits eine angedroht, ein Abschiebebescheid ausgestellt oder ihr Aufenthaltsstatus ist gänzlich ungeklärt. Diese Klienten sind in ihrem Bemühen, eine Psychotherapie zu machen, besonders behindert, da sie ständig um Sanktionen durch die Ausländerbehörde fürchten müssen.

### **Staatszugehörigkeit**

Die Staatsangehörigkeit unserer Klienten setzt sich wie folgt zusammen: von den gesamt aufgenommenen Klienten war einer griechischer Staatsbürger, zwei libanesische Staatsangehörige, ein deutscher Staatsangehöriger und 18 türkische Staatsangehörige.

### **Hafterfahrung**

Bis zu 70% unserer Klienten kommen aufgrund der Paragraphen 35ff. BtmG direkt aus der JVA in unsere Einrichtung. 47% der Klienten waren mindestens einmal in Haft und bei 58% der Klienten stehen noch Gerichtsverhandlungen wegen BtmG-Verstößen aus. Lediglich ein Klient hat bis jetzt noch keine Hafterfahrung.

### **Entgiftung und Therapieerfahrung**

Lediglich ein Klient hat während seiner Drogenkarriere bis zur Aufnahme keine stationäre Entgiftung gemacht. Eine stationäre Entgiftung haben 22%, zwei stationäre Entgiftungen haben 18% und drei stationäre Entgiftungen haben 13% unserer Klienten gemacht. Vier und mehr stationäre Entgiftungen haben 18% unserer Klienten gemacht.

Für die meisten Klienten -76%- ist dies die erste Therapie. Alle anderen haben einen bis zwei Therapieversuche in etablierten Therapieeinrichtungen angefangen und abgebrochen, da sie in diesen Einrichtungen nicht zurechtkamen. Insgesamt haben 11% jeweils zwei Therapien abgebrochen und weitere 11% haben bis zur Aufnahme in unsere Einrichtung drei Therapien abgebrochen.

### **Konsummengen und Konsumverhalten**

Das Durchschnittsalter des Erstkonsumenten von Haschisch liegt bei unseren Klienten bei 15 Jahren und bei harten Drogen bei 18,6 Jahren. Die mittlere Dauer des Konsums liegt bei 6,4 Jahren wobei die Abweichung bei 3 bis 14 Jahren liegt. Lediglich ein Klient hat 14 Jahre konsumiert, die meisten haben zwischen 5 bis 7 Jahre konsumiert. Die tägliche Höchstdosis an Heroin liegt bei 3,6 Gramm. Diese hohe Dosis ist darauf zurückzuführen, daß die meisten Klienten gesnift oder geraucht haben. Nur 47% haben Erfahrungen mit i.v. Konsum. Der niedrige Anteil der i.v.-Konsumenten ist einer der Gründe, warum unserer Klienten in besserer körperlicher Verfassung sind, als vergleichsweise deutsche Konsumenten. Heroin ist die Hauptsubstanz die von unseren Klienten konsumiert wurde. Andere Substanzen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

### **Entlassungen**

Von den 22 Aufnahmen wurden bis jetzt 5 Klienten disziplinarisch entlassen, davon drei aufgrund handgreiflicher Auseinandersetzungen. Zwei der fünf Entlassenen wurden nach einer Neubewerbung wieder aufgenommen. Die Gesamtzahl der Abbrüche lag bei zwei Klienten,

wobei Einer seine Therapie bei uns nach einem Tag der Andere nach einer Woche beendet hat. Regulär wurden zwei Klienten entlassen; einen weiteren Klienten mußten wir nach 7 Monaten vorzeitig entlassen, da der Kostenträger aufgrund einer drohenden Abschiebung die Verlängerung der Behandlung nicht genehmigte.

## Sucht und Migration - Eine ethnopsychologische Perspektive

*ein Vortrag von Frau Dr. Michaela Özelsel, mit freundlicher Genehmigung entnommen aus der Dokumentation zur 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung im Landschaftsverband Westfalen-Lippe "Sucht kennt keine Ausländer"*

"Sucht kennt keine Ausländer". Wenn hiermit bezweckt wird, die zunehmend ausländerfeindlichen Tendenzen nicht noch weiter zu verstärken, so mag dieser Slogan für die Allgemeinbevölkerung und die Massenmedien geeignet sein. Geht es jedoch um die therapeutische Interaktion, so wäre gerade die Nichtanerkennung der Andersartigkeit der unter uns lebenden ethnischen Minoritäten ein unverantwortliches Versäumnis.

In der Suchtforschung rücken soziologischsystematische Betrachtungsweisen zunehmend in den Vordergrund. Die hierbei untersuchten Persönlichkeitsfaktoren (Copingverhalten, soziale Kompetenzen, soziale Interaktionsmuster etc.) sind in starkem Maße kulturabhängig. Die als relevant erachteten situativen Risikofaktoren lesen sich wie eine Beschreibung einer prototypischen Migrationskonstellation: "Die Familien zeichnen sich häufig durch eine Auflösung der Generationengrenzen aus. Eltern werden zu Kindern, Kinder werden zu Eltern."<sup>1</sup> "Wir finden Familien (...) bei denen der Zusammenhalt einen hohen Stellenwert hat. (...) Die Harmonie wird über alles andere gestellt, z.B. auch über das Austragen von Konflikten, die dementsprechend gemieden

werden".<sup>2</sup> "Diese gegenseitige Kontrolle steht ihrerseits mit einer ausgeprägten Kohäsion der Familie in gegenseitiger Wechselwirkung; sie reagieren besonders sensibel auf Irritationen des gewohnten familiären Zusammenhalts".<sup>3</sup> "In der Herkunftsfamilie scheint häufig eine rigide Komplementarität bezüglich Rollenverteilung und Werthaltung zu bestehen".<sup>4</sup> "(In der Herkunftsfamilie herrscht) eine extreme Ausprägung familiärer Grenzen, sowohl innerhalb des Familiensystems (z.B. zwischen den Generationen, Geschlechtern) als auch für Grenzen nach außen".<sup>5</sup> "Sie fühlen sich sozial inkongruent, haben eine negativere soziale Grundsituation, verfügen über ungeeignete Verarbeitungsmechanismen für Einsamkeit, verhalten sich sozial inkompetent und bewältigen Einsamkeitserlebnisse negativer"<sup>6</sup> Da laut Literatur sowohl die situativen, als auch die Persönlichkeitsvariablen bei Sucht und im Migrationsprozeß offensichtlich Ähnlichkeiten ausweisen, könnte man provokativ fragen, wieso die meisten Ausländer frei von Sucht bleiben... (für die Forschung, die sich traditionsgemäß hauptsächlich mit Defiziten befaßt, wäre ein Perspektivenwechsel in Richtung auf

<sup>2</sup> zit. Nach OPPL, 1992, S.23

<sup>3</sup> zit. nach ROEB, 1992, S.39

<sup>4</sup> STIERLIN, 1986, zit. nach RÖSCH, 1990, S. 78

<sup>5</sup> zit. nach RÖSCH, 1992, S. 79

<sup>6</sup> zit. nach KLEIN, 1992, S.66

<sup>1</sup> Vgl. HERMANN, 1992, S. 80



Ressourcenorientierung angezeigt: Welcher Schutzmechanismen bedienen sich diejenigen Familien im Migrationsprozeß, -die ja, laut Literatur, für Sucht prädisponiert erscheinen, und dennoch von dieser frei bleiben?).

### **"Die andere Mentalität"**

Was ist es am "Ausländer-Sein", das diese im Hinblick auf die Suchtproblematik zu einer Sondergruppe werden läßt? Ausgeprägte situative Belastungen im Zuge der Migration sind offensichtlich; die Adaption an einer fremden Kultur, verbunden mit dem Verlust von Heimat, dem sozialen Netz, der sozialen Kompetenz, etc. stellt extreme Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit des Migranten, ebenso wie das "Aufwachsen zwischen den Kulturen" für die Zweit- und Drittgeneration. Und was versteckt sich hinter dem in diesem Zusammenhang viel strapazierteren Schlagwort der "anderen Mentalität", die mit den situativen Variablen konfundiert zu sein scheint? Gibt es die überhaupt? Falls ja, welche mentalen Variablen sind es denn, die Ausländer "anders" machen, und mit Suchtverhalten in Beziehung stehen können?

Es sollte im folgenden diesbezüglich Ergebnisse einer empirischen Studie an türkischen Mitbürgern referiert werden. Die an ihnen erhobenen Daten können nicht für "Ausländer im Allgemeinen"<sup>7</sup> gelten. Die Türken sind jedoch nicht nur Deutschlands zahlreichste Minorität: aus dem islamischen

Kulturraum stammend, gelten sie auch als die "fremdesten der Fremden" und "prototypische Ausländer". Es handelt sich also eher um eine Extremgruppe, die jedoch gerade deshalb für das Aufzeigen von Tendenzen nützlich ist, und deren Gültigkeit für jeweils andere Ethnien es im Einzelfall zu überprüfen gilt.

Gibt es die "andere Mentalität" und, wenn ja, wie entsteht sie? Zu Beginn dieses Jahrhunderts zeigten U.v. UEXKÜLL in seiner "Umwelttheorie", in wie starkem Maße die subjektive erlebte Wirklichkeit kulturabhängig ist: "Der entscheidende Unterschied zwischen menschlicher 'Wirklichkeit' und tierischer 'Umwelt' liegt darin, daß beim Menschen 'erworbene Programme' überwiegen, mit denen er die Tradition der Kultur einer Gesellschaft übernimmt, die nicht angeboren sind; diese muß das Individuum im Laufe seiner Entwicklung aus der gesellschaftlichen Umgebung, in der es aufwächst, übernehmen und einüben oder aber neue entwickeln. Im Laufe dieser Sozialisation oder Enkulturation erwirbt es Programme zunächst zum Aufbau einer 'Familienwirklichkeit', dann erst die 'Jerdermanns- oder Allerweltswirklichkeit' seiner Sprache und Kultur und je nach seiner späteren Entwicklung auch Programme wissenschaftlicher 'Wirklichkeiten'. Der Mensch lebt also nicht mehr in einer 'artspezifischen Umwelt', sondern in einer 'individuellen Wirklichkeit', deren Aufbau

<sup>7</sup> Özelsel, 1990

sich zunächst durch hypothetisches Deuten der Umgebung vollzieht"<sup>8</sup>.

Inwiefern unterscheiden sich nun deutsche und türkische suchtrelevante "Wirklichkeiten". Die nach Deutschland migrierten Türken kommen meist aus Gebieten, in denen noch eine weitgehend systemische Sichtweise vorherrscht, die neuerdings hier wieder angestrebt wird. Der Einzelne ist wichtig im Sinne seiner Einbettung in die übergeordneten Systeme der Familie und der Nachbarschaft. Im angestrebten Idealfall entstehen durch gegenseitige Ergänzung eine Art "Kollektivwesen", d.h. eine Gruppe von Menschen wird praktisch zu einem einzigen "kollektiven" Lebewesen. Dieses "kollektive Individuum" schreibt in gegenseitiger Ergänzung seinen einzelnen (Mit-) Gliedern die unterschiedlichen Dimensionen zu, die nach westlicher Sicht des Menschen einen einzelnen Menschen ausmachen. Spezifische Funktionen oder Verhaltensweisen werden weniger durch persönliche Ideosynkrasien als durch festgelegte soziale Rollen bestimmt. Dieses angestrebte Ideal bewußter gegenseitiger Abhängigkeit ist das Gegenteil dessen, was nach westlicher Sicht eine "gesunde, reife Persönlichkeit" ausmacht, d.h. ein voll individuiertes, möglichst autonom handelndes "Einzelwesen". Als Ziel also bewußte systemische Interdependenz statt autarker Interdependenz.

<sup>8</sup> UEXKÜLL, et al. 1981

Diese holistische Weltsicht manifestiert sich interessanterweise in der Streßreagibilität. In einer empirischen Untersuchung<sup>9</sup> konnte gezeigt werden, daß Türken bei Streß gleichermaßen zu somatischen und psychischen Reaktionen neigen, während deutsche Probanden fast zweimal so häufig psychisch wie somatisch reagieren. ( In der Literatur wird immer wieder auf die unerwartet hohe Inzidenzrate psychosomatischer Erkrankungen der türkischen Mitbürger hingewiesen. es heißt, daß sie "somatisieren". In Anbetracht der Tatsache, daß es sich offensichtlich um ein ausgewogenes, ganzheitliches Erlebensmuster handelt, wäre es vielleicht richtiger, zu sagen, daß Deutsche "psychisieren" ...)

Während das Ideal des westlichen Individualismus, wie schon der Begriff ausdrückt, das "Individuelle" ist, also die Ideosynkrasie des Einzelnen, gilt in islamischen Ländern als Ideal, so wenig von der gültigen Norm abzuweichen, wie möglich.<sup>10</sup> Ziel ist eher ein "normiertes" Verhalten- Auch ein Sich-hervortun, das nach westlicher Einschätzung positiv ist, wie beispielsweise außergewöhnliche Leistungen, ist nur dann erwünscht, wenn dies klar der Allgemeinheit dient. Empirisch konnte gezeigt werden, daß diese "Normierungstendenz" sie weitgehend akkulturationsresistent ist, (d.h., daß nach Deutschland migrierte Türken erster und zweiter Generation sich auf dieser Dimension

<sup>9</sup> vgl. ÖZELSEL, 1990

<sup>10</sup> vgl. AS SUFI, 1986

nicht von ihren in der Türkei verbliebenen Landsleuten unterschieden). Die Unterschiede zu den untersuchten deutschen Probanden waren so gravierend, daß Deutsche vergleichsweise als Non-konformisten gelten müssen<sup>11</sup>.

### **Kausal- und Kontrollattributionen**

Kulturen unterscheiden sich v.a. durch ihren Umgang mit Sanktionen. Eine ethnologisch oft untersuchte Dimension ist der Grad der Internalisierung der Eigenverantwortlichkeit bzgl. des Einhaltens von Richtlinien und Verboten, des sog. "Locus of Control". In internalisierenden Kulturen werden die Verhaltensrichtlinien verinnerlicht, d.h., daß starke Anforderungen an Selbstbeherrschung und Gewissen des Einzelnen gestellt werden. Externalisierende Kulturen sorgen hingegen durch Kontrolle der situativen Faktoren dafür (bspw. Geschlechtertrennung im Alltag), daß gegen allgemein gültige Verhaltensnormen nur unter größten Schwierigkeiten verstoßen werden kann. Die Türkei zählt, wie auch Teile Südeuropas, eher zu den externalisierenden Ländern.

Bei Verstößen gegen die Norm werden in externalisierende Kulturen somit außer Persönlichkeitsvariablen in starkem Maße situative Faktoren verantwortlich gemacht. (Das im Westen wohl bekannteste Beispiel hierfür ist, daß der Verlust der Ehre eines jungen Mädchens eine Art Kollektivschuld darstellt; hätten die männlichen Familienmitglieder ihre Pflicht der sozialen

<sup>11</sup> vgl. ÖZELSEL, 1990

Kontrolle verantwortungsbewußter wahrgenommen, hätte der Verstoß nicht geschehen können...)

Die kulturdifferenten Sicht der Verantwortlichkeit wird auch in der Kindererziehung deutlich: bspw. gelten kindliche Verstöße gegen die Norm -wie Lügen oder Stehlen nicht als Charakterschwächen des betreffenden Kindes, sondern als Versäumnis der Älteren, die Situation "angebracht zu strukturieren". Demnach sieht die Kindererziehung dann auch weniger ein Konzept der Charakterbildung vor, sondern die alters-/rollengemäßen Verhaltensnormen, vergleichbar mit dem natürlichen Wachstumsprozeß einer Pflanze<sup>12</sup>. Diese gesellschaftlichen Normen werden -im Interesse des Kindes- klar und unzweideutig vertreten, also autoritär.

Hieraus ergeben sich kulturdifferenten Kausal- und Kontroll-Erwartungen und Attributionen, sie in Bezug auf Erkrankungen nachgewiesen werden konnten<sup>13</sup> und sich auch im Umgang mit Suchtmitteln spiegeln sollten. Tendenziell gilt, je "östlicher", um so geringer der Glaube an eigene Einflußmöglichkeiten.

Für ausländische Mitbürger aus dem islamischen Kulturbereich kommt also als weiterer relevanter Faktor das religiös begründete Alkohol / Suchtmittelverbot hinzu. Für Muslime darf "Abhängigkeit" nur

<sup>12</sup> vgl. auch SCHIFFAUER, 1983

<sup>13</sup> vgl. ÖZELSEL, 1990

Allah gegenüber bestehen, Sucht jeglicher Art wird als "freiwillige Versklavung" und somit als Sünde gesehen<sup>14</sup>. Obwohl in den Großstädten der Türkei und anderen islamischen Ländern öffentlicher Alkoholkonsum inzwischen durchaus üblich ist, kommen viele stereotype "Gastarbeiter" ausländischen Gegenden, wo dies keineswegs der Fall ist. Es sorgen aufgrund starker sozialer Kontrolle externe Instanzen (s. oben) für das Einhalten allgemein akzeptierter Normen. Da dies in Deutschland, als einer internalisierenden Kultur, nicht der Fall ist, müssen hier plötzlich Richtlinien internalisiert werden, die auch noch einen traditionellen Tabu-Bereich betreffen und für die der Familien- und Freundeskreis keine zeitbewährten, sozial akzeptierten Umgehensweisen hat.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang die Frage nach Therapieformen, die externalisierende Länder für Suchterkrankungen entwickelt haben. Hier liegen weitere lohnende Aufgaben für die ethnopsychotherapeutische Forschung. Im islamischen Kulturkreis gibt es bspw. das entwicklungspsychologische Konzept der "Erziehung des Nefs": "Die zum Bösen anstachelnde Seele", d.h. "Egoprozesse", welches schon vor Jahrhunderten zu einer weiterentwickelten Theorie führte, die in ihrer Komplexität erst heute wieder Vergleichbares in den Ansätzen von PIAGET (1952) oder KOHLBERG (1969) findet<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> vgl. MOTAHARI, 1993

<sup>15</sup> vgl. SHAFIL, 1985; ÖZELSEL, 1993a

Die theoretischen Konstrukte werden ergänzt durch Interviewpraktiken, die durch Jahrhunderte empirischer Testung ausgereift sind. Eine m.E. für den Suchtbereich relevante Interventionsmethode ist das "Halvet"<sup>16</sup>. Ausgehend von den bisher vorliegenden Einzelfallstudien müsste untersucht werden, ob -oder aufgrund welcher Adaption- die alten östlichen Methoden heute in den Industrienationen wirksam sind.

### **Bewältigungsstrategien**

Eine weiterer für den Suchtbereich relevanter "Mentalitätsunterschied" liegt im Copingverhalten. Die befragten Deutschen bevorzugten Bewältigungsstrategien wie "emotionaler Rückzug" oder "gedankliche Weiterverarbeitung", während Türken zu "Verharmlosung", "Vermeidungstendenz" und "Bagatellisierung" neigen. Die Unterschiede sind hochsignifikant<sup>17</sup> und von großer therapeutischer Relevanz: bei der Mitteilung der Diagnose einer ernsthaften Erkrankung bspw. haben Patienten, die zu "gedanklicher Weiterverarbeitung" tendieren, günstige Bewältigungsvoraussetzungen im Umgang mit konkreter, als bedrohlich empfundener Informationsvermittlung. Patienten hingegen, die zur "Bagatellisierung" neigen, wird gerade durch explizite Informationsvermittlung die Möglichkeit genommen, sich ihrer Hauptcopingmechanismen zu bedienen. Eine ausführliche Vorbereitung und stärkende

<sup>16</sup> vgl. ÖZELSEL, 1993b

<sup>17</sup> vgl. ÖZELSEL, 1990

Einbeziehung des sozialen Netzes erscheint in diesen Fällen erforderlich. Ansonsten kann mit einem *circulus vitiosus* gerechnet werden: der türkische Patient kann seine erprobten Copingmuster nicht verwenden, ist also momentan vulnerabler. Zugleich glaubt er, wenig oder keinen Einfluß auf den Krankheitsverlauf zu haben, was die erfahrene Hilflosigkeit weiterhin verstärkt. Rückkopplungsschleifen dieser Art schaffen ungünstige Voraussetzungen bei der Behandlung ausländischer Mitbürger und dürfte auch in der Suchttherapie -oder, aufgrund der islamischen Position-, gerade hier eine Rolle spielen.

Aufgrund der Ergebnisse empirischer Untersuchungen zu dem vagen Konstrukt der "anderen Mentalität" ergibt sich, daß "Sucht Ausländer kennen sollte". Denn Sucht kennt Menschen; ausländische Mitbürger sind zunächst und vorrangig Mitmenschen, die nur einen anderen Kulturraum mit "uns" teilen und den gleichen menschlichen Belangen unterworfen sind wie Inländer. Darüber hinaus weisen sie jedoch eine ganze Reihe situativer und persönlicher Besonderheiten auf, deren Nichtbeachtung gerade die Benachteiligung verursachen könnte, die wohl durch den Slogan "Sucht kennt keine Ausländer verhindert werden soll.

## Literatur

**AS SUFI, A.:** Der Pfad der Liebe, Goldmann Verlag, 11986

**HERMANN, P.:** Helft mir meine Eltern sind abhängig, in: KLEIN, M. et al.: Abhängigkeit-Sucht-Beziehung, Schriftreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; Bonn, 1992

**KLEIN, M.:** Einsamkeit und Isolation bei Suchtkranken, in: KLEIN, M. et al.: Abhängigkeit-Sucht-Beziehung, Schriftreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; Bonn, 1992

**KOHLBERG, L.:** Stage and Sequence, in: GOSLIN, ed., Handbook of Socialization Theory and Research, Chicago, Rand-Mc Nally, 1969

**MOTHAHARI, M.:** Spirituelle Freiheit, A1 Faschr. Nr. 65, 43-46, Hamburg 1993

**OPPL, M.:** das Beziehungs- und Interaktionsverhalten Abhängiger aus der Sicht der Familien- und Systemtherapie, in: KLEIN, M. et al.: Abhängigkeit-Sucht-Beziehung, Schriftreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; Bonn, 1992  
**ÖZELSEL, M.:** Gesundheit und migration, Profil Verlag, München, 1990

**ÖZELSEL, M.:** Betrachtungen zu östlichen und westlichen therapeutischen Ansätzen - Ähnliches und Unterschiedliches, Internationale Gesellschaft für Musikethnologische Forschung 1/93, Tucek (Hrsg.), Wien, 1993a

**ÖZELSEL, M.:** 40 Tage Erfahrungsbericht einer traditionellen Derwischklausur, Diederichs, München, 1993b

**PIAGET, J.:** The Origin of Intelligence in Children, New York, Norton, 1952

**ROEB, W.:** Kontrolle und Hilfeleistung in der Therapie Suchtkranker, in: KLEIN, M. et al.: Abhängigkeit-Sucht-Beziehung Schriftreihe des , Fachverbandes Sucht e.V.; Bonn, 1992

**RÖSCH, W.:** Familiengeschichte und Abhängigkeit, in: KLEIN, M. et al.: Abhängigkeit-Sucht-Beziehung, Schriftreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; Bonn, 1992

**SCHIFFAUER, W.:** Die Gewalt der Ehre, Suhrkamp. Frankfurt, 1983

**SHAFII, M.:** Freedom from the Self; Sufism, Meditation and Psychotherapy, Human Science Press, New York, 1985

**STIERLIN, H. et al.:** Zur Familiensynamik bei manischdepressiven Psychosen, Familiendynamik Vol. 11, 277-282, 1986

**UEXKÜLL, Th. v. (Hrsg.):** Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Urban & Schwarzenberg, München, 1981