

# SUCHT

## Migration

Grüner Kreis magazin No 97 | Österreichische Post AG Sponsoringpost BPA 1070 Wien 04Z035724 S | DVR: 0743542

## Wir danken unseren SpenderInnen

Edeltraud Andorfer, Peuerbach  
Elfriede Aschbeck, Wien  
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien  
Beate Cerny, Wien  
Leonhard Dünser, Ludesch  
Doris Grossi, Wien  
Bernhard Hölzl  
DI Kateryna Ishchuck, Wien  
Elfriede Jilg, Bad Vöslau  
DI Andreas Käfer, Wien  
Karla Kapper, Möllersdorf  
Gabriele Karner, Wien  
Robert Kopera, Reisenberg  
Dr. Harald Krebitz, Bad Waltersdorf  
Kriston, Langenzersdorf  
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach  
Dr. Engelbert Posteiner, Ilz  
Dieter Regenfelder, Pyhra  
Christine Sigmund, Ernsthofen  
Josefa Szeidel, Wien  
Dr. Alfons Willam, Wien  
Dr. Friedrich Zeilner, Grödig ... u.v.a.



Partner des *Grünen Kreises*

Die Niederösterreichische Versicherung unterstützt die Arbeit des *Grünen Kreises*.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des *Grünen Kreises* nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

[www.noever.at](http://www.noever.at)

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des *Grünen Kreises*!

## Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im *Grünen Kreis* verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222  
BIC HYPNATWW  
oder fordern Sie bei [spenden@gruenerkreis.at](mailto:spenden@gruenerkreis.at)  
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

[www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

## Impressum

### Erklärung über die grundlegende Richtung gem.

#### § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des *Grüner Kreis*-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtspezifischer Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins *Grüner Kreis*.

Das *Grüner Kreis*-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

**Medieninhaber:** *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Herausgeber:** Verein *Grüner Kreis*

**Geschäftsführer:** Dir. Alfred Rohrhofer

**Redaktion:** Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch,

**Eigenverlag:** *Grüner Kreis*, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

**Alle:** 1070 Wien, Hermannsgasse 12

**Tel.:** +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-4

[redaktion@gruenerkreis.at](mailto:redaktion@gruenerkreis.at) | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)

**Layout:** Peter Lamatsch

**Anzeigen:** Sirius Werbeagentur GmbH

**Druck:** AV+Astoria Druckzentrum GmbH

### Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Alfred Rohrhofer, Ambros Uchtenhagen, Dominik Batthyány, Meryan Meryam Schouler-Ocak, Andreas Heinz, Eckhardt Koch, Walter North, Cemil Şahinöz, Gudrun Biffl, Barbara Strohmaier, Human-Friedrich Unterrainer, Erdal Kayhan, Kurt Neuhold und KlientInnen im *Grünen Kreis*

### Bildquellennachweis:

Cover: © iStock.com/Orietta Gaspari

Autorenportraits: privat

**Gender-Hinweis:** Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der *Grüne Kreis* dankt seinen Förderern



# editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Migration ist das bestimmende Thema unserer Tage und es liegt auf der Hand, dass die belastenden Lebensumstände entwurzelter Menschen die Entwicklung von Suchterkrankungen begünstigen. Entgegen häufig gepflegter Vorurteile ist jedoch die Suchtanfälligkeit bei MigrantInnen per se nicht größer, sondern tendenziell sogar etwas niedriger als bei der einheimischen Bevölkerung (A. Uchtenhagen). Jedoch stellen Armut, Arbeitslosigkeit, Bildungsdefizite, Marginalisierung und Perspektivlosigkeit Risikofaktoren dar, die Menschen mit Migrationshintergrund stärker treffen als Einheimische. Grundsätzlich muss die wissenschaftliche Datenlage noch als lückenhaft betrachtet werden (E. Koch), sodass verallgemeinernde Aussagen wenig hilfreich sind. Was in jedem Fall dringend geboten erscheint, ist die Schaffung spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote, die auf interkulturelle Bedürfnisse abzielen.

Neben der wissenschaftlichen Behandlung des Themas, ist der menschlich-emphatische Zugang von entscheidender Bedeutung und stellt letztlich den Gradmesser für eine gelungene Integration dar.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Alfred Rohrhofer



## Helpen Sie uns helfen!

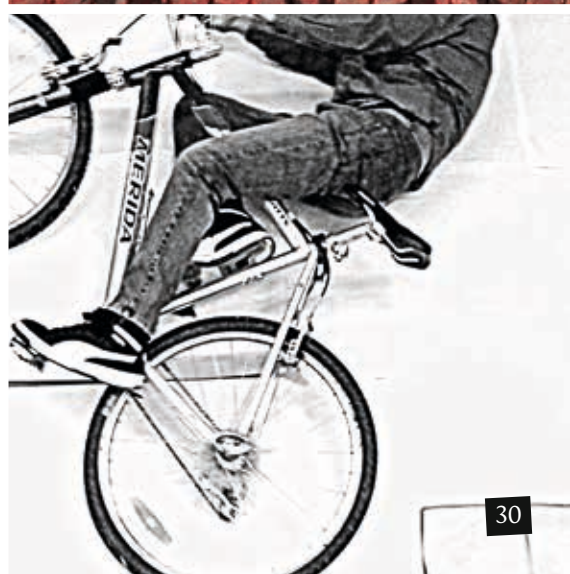
»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »Grünen Kreis« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um uns kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

Geben Sie Sucht keine Chance -  
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekbank AG  
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW





# Inhalt

- 3** Editorial  
Alfred Rohrhofer
- 6** Nicht die Fremdheit, sondern die Randständigkeit ist das Problem  
Ambros Uchtenhagen
- 8** Der geduldete Migrant  
Dominik Batthyány
- 10** Migration, traumatisierende Erfahrungen und Sucht  
Meryam Schouler-Ocak & Andreas Heinz
- 14** Sucht und Migration  
Eckhardt Koch
- 16** Unser Betreuungsangebot
- 18** Praxis der Suchtbehandlung bei AsylwerberInnen  
Walter North
- 20** Glückspielsucht bei türkischen MigrantInnen  
Cemil Şahinöz
- 22** Spurensuche  
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 24** Suchtverhalten und Migration  
Gudrun Biffi
- 26** Migration und psychische Gesundheit von Jugendlichen  
Barbara Strohmeier
- 28** DGPPN-Kongress 2015 in Berlin  
Human-Friedrich Unterrainer
- 29** Suchtprävention bei türkischen MigrantInnen in Österreich  
Erdan Kayhan
- 30** Kunst im Grünen Kreis  
Kurt Neuhold

# Nicht die Fremdheit, sondern die Randständigkeit ist das Problem



von Ambros Uchtenhagen

Schritt um Schritt gewinnt die Arbeit mit suchtgefährdeten Migrantinnen und Migranten solidere Grundlagen und Konturen, aber von der Umsetzung in eine verbindliche und flächendeckende Praxis sind wir noch weit entfernt.

## Zusammenfassung früherer Befunde

Der Zusammenhang von Migrationsstatus und Suchtproblemen war seit einiger Zeit Gegenstand von wissenschaftlichen Studien und der Aufarbeitung praktischer Erfahrungen (Übersichten bei Domenig 2001, Weiss 2003). Aus den Ergebnissen möchte ich hervorheben:

- die Suchtanfälligkeit ist unter Migranten nicht grösser, sondern tendenziell eher kleiner im Vergleich zur heimischen Bevölkerung
- einen Hauptrisikofaktor bildet die soziale Randständigkeit (infolge Armut, Arbeitslosigkeit, Zugehörigkeit zu einer diskriminierten Minderheit)
- einen gewissen Schutz bietet eine gute Integration in die Herkunftsfamilie oder –gruppe, aber eine »Doppelorientierung« (Loyalität zur Herkunftsgruppe bei gleichzeitigem Bestreben, sich im Gastland zu integrieren) schafft Probleme, insbesondere für die zweite Generation
- ein erschwerter Zugang zu Beratung und Behandlung (durch subjektive oder objektive Barrieren) bildet einen Risikofaktor für die Chronifizierung von Suchtproblemen.

## Probleme der Suchtforschung bei Migranten

Bei jeder Art verallgemeinerter Schlussfolgerungen ist allerdings zu bedenken, dass »Migrant« keineswegs ein einheitlicher Begriff ist, dass es viele Arten von Fremdheit in einem Gastland gibt (Gastarbeiter mit oder ohne Familiennachzug, politischer oder »Wirtschafts«-Flüchtling, Folteropfer, Einwanderer, Asylbewerber mit oder ohne Papiere, illegaler Aufenthaltler). Ebenso hat es in jedem Gastland eine Mehrzahl von ethnischen Gruppierungen, die sich in ihrer kulturellen und sprachlichen Orientierung, aber auch in ihren Erwartungen und Zukunftsperspektiven unterscheiden. Für alle mögen ähnliche Probleme der Unvertrautheit mit der Kultur, der Sprache und den Gepflogenheiten des Gastlandes bestehen. Es wäre aber verhängnisvoll, für alle auch sonst dieselbe Problematik und die Eignung derselben Strategien zur Überwindung der Probleme anzunehmen.

Um zu vergleichbaren Erkenntnissen

zu gelangen, hat die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht vorgeschlagen, Minoritäten folgendermassen zu unterscheiden:

- assimilierte Minderheiten, z.B. EU-Bürger in einem anderen EU-Land, oder ansässige Volksgruppen
- nomadisierende Minderheiten (oder solche, die fälschlicherweise für nomadisierend gehalten werden)
- »sichtbare« Minderheiten (aufgrund ihrer Hautfarbe oder anderer auffällender Merkmale)
- jüdische Minderheiten (wegen ihres besonderen Schicksals und der antisemitischen Haltungen)
- Neuzuzüger wie Ostflüchtlinge, Asylbewerber, illegale Aufenthaltler.

Diese Art der Differenzierung ist aber erst ansatzweise in der Migrationsforschung angewendet worden, und insgesamt gilt die Datenlage als ungenügend.

Bei allen Forschungsvorhaben über Suchtprobleme bei Migranten ist im weiteren zu berücksichtigen, dass der Zugang zu ihnen erschwert ist, nicht zuletzt wegen einer Misstrauenshaltung der Betroffenen und weil wenig Erfahrung besteht in der Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis. Statistiken und Studien erfassen den Migrationsstatus oft nur sehr undifferenziert.

Auch muss mehr darauf geachtet werden, wie die subjektive Einstellung Betroffener aussieht: war der Entscheid zur Migration eher passiv oder aktiv zustande gekommen, welche Erwartungen sind daran geknüpft? Eher Hoffnung auf Schutz und Fürsorge, oder eher auf Chancen zu eigener Aktivität? Erlebt sich der Betroffene eher als Opfer oder als jemand, der versucht sein Schicksal in die Hand zu nehmen? Es liegt auf der Hand, dass entsprechend solchen Unterschieden auch ein unterschiedliches Vorgehen angesagt ist.

## Einige neuere Befunde

Nach Erkenntnissen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht zeichnen sich sichtbare Minderheiten durch folgende Problemlagen aus (EMCDDA 2000):

- sie sind öfters arbeitslos oder haben schlechter bezahlte Arbeit und leben in ungünstigeren Wohnverhältnissen
- junge Männer sind überrepräsentiert und in der Kriminalstatistik tauchen sie überdurchschnittlich häufig auf.

Übereinstimmend findet man, dass Drogenkonsum nicht mit der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe zu tun hat, sondern mit dem Ausmass sozialer Randständigkeit. Weitere Einblicke gewährten viele Beiträge am Internationalen Kongress zum Thema »Ethnicity and Addiction« (Abstract Book Wien 2004).

Ausländerjugendliche sind mehr gefährdet als Jugendliche unter der einheimischen Bevölkerung, ganz allgemein z.B. in der Schweiz und in Israel, nur bei Randständigkeit z.B. in Holland. Eine erhöhte Suchtgefährdung gilt in Osteuropa und in vielen ehemaligen Ländern der Sowjetunion für Roma, aber seit dem Fall des eisernen Vorhangs auch für die russischen Minderheiten.

Kulturelle Unterschiede sind nicht immer massgebend; so gibt es beispielsweise in der Karibik trotz erheblich verschiedenem kulturellem Hintergrund ähnliche Gefährdungsmuster bezüglich Alkohol, Cannabis und Crack.

Bekannt ist die erhöhte Anfälligkeit asiatischer Gruppierungen für den Missbrauch von Aufputzmitteln. Aber auch hier gibt es Unterschiede: Stimulantien werden in Thailand, China, Philippinen vorwiegend zur Leistungssteigerung genutzt, während beispielsweise asiatische Jugendliche in Kalifornien Stimulantien im Sinne von Zusammenhalt und Gruppenidentität konsumieren.

Solche Beispiele zeigen, dass mit vor-schnellen Verallgemeinerungen mehr verdeckt als gewonnen wird.

### Relevante Risiko- und Schutzfaktoren

Trotzdem soll hier versucht werden, aus dem vorhandenen Material herauszufiltern, was die Anfälligkeit für Suchtmittelprobleme erhöht, und was eher davor schützt. Als Risikofaktoren gelten:

- soziale Randständigkeit durch Diskriminierung, materielle Verhältnisse, Arbeitslosigkeit, Gefühl der Unerwünschtheit oder ähnliches
- fehlende Zukunftsperspektiven, Aus-sichtslosigkeit, an der eigenen Situation etwas ändern zu können
- Festhalten an Konsummustern aus dem Herkunftsland, um die kulturelle Identität nicht zu verlieren

## Drogenkonsum hat nicht mit der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe zu tun, sondern mit dem Ausmass sozialer Randständigkeit.

- Tradierte schädliche Gewohnheiten im Umgang mit Suchtmitteln
- Innerfamiliäre oder gruppeninterne anhaltende Spannungen.

Andererseits gibt es wiederholt gefundene Schutzfaktoren:

- gleiche Chancen wie Einheimische
- soziale Unterstützung aus der Gruppe oder Familie
- soziale Akzeptanz im Umfeld
- eigene Bereitschaft und Fähigkeit, sich Problemen zu stellen und daran zu arbeiten.

Unter Umständen kann auch das Bewusstsein, einem politischen Ziel verpflichtet zu sein, vor einem resignativen Suchtmittelkonsum bewahren, z.B. bei jungen Palästinensern.

Was lässt sich daraus folgern? Übereinstimmend ist anzunehmen, dass Marginalität und Zukunftslosigkeit das grösste Risiko darstellen, in Resignation und Suchtmittelkonsum Zuflucht zu nehmen. Alles, was die Integration im Gastland behindert, kann anfällig machen – und dazu gehören beispielsweise stereotype Feindbilder sowohl bei Betroffenen wie bei Einheimischen. Eine besondere Problemlage für Frauen wird vermutet, aber da besteht zu wenig gesicherte Erkenntnis.

Auf der anderen Seite ist es wichtig, festzuhalten, dass weder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Minderheit oder Glaubensgemeinschaft oder Familie an und für sich schon einen ausreichenden Schutz darstellt.

### Präventionsansätze

Welche Lehren lassen sich ziehen für die Präventionsarbeit? Es seien hier die folgenden Möglichkeiten angedeutet:

- Die jeweilige Zielgruppe sollte nicht mit fertigen Konzepten und Aktionen konfrontiert, sondern bereits in die Konzeptarbeit und in die Vorbereitung von Aktionen einbezogen werden. Dies vermindert nicht nur das Risiko, dass an den Bedürfnissen der Zielgruppe vorbei geplant wird, sondern es erhöht auch deren Identifikation mit den Aktionen und ermöglicht damit auch positive Veränderungen
- Es ist empfehlenswert, sich insbesondere an den Schutzmechanismen und Selbst-

hilfeansätzen in der betreffenden Zielgruppe zu orientieren

- Mit dieser Art des Vorgehens sind im Bereich der Suchtprävention / Gesundheitsförderung generell gute Erfahrungen gemacht worden. Beispiele sind das Projekt Europeers, das Jugendliche aktiv in das Projekt einbezog, die durch die Schulkameraden dafür ausgewählt wurden, und das Projekt IREFREA Europa, das in der Freizeitszene Erfahrungen Jugendlicher ermittelte, wie man im Disco- und Clubbetrieb mithalten kann, ohne Drogenprobleme zu bekommen, und diese Erfahrungen in Prävention umsetzte ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Sekundärprävention hat einen besonders hohen Stellenwert, um eine Eskalation von suchtmittelbedingten Problemen zu verhindern und riskantes Verhalten möglichst frühzeitig anzugehen
- Dies kann auf verschiedenen Ebenen und mit verschiedenen Zielgruppen geschehen: das BAG-Projekt supra-f II hat in einer Vorphase erfolgversprechende Strategien identifiziert, die von der Unterstützung schwangerer Frauen über die Unterstützung überforderter Eltern bis zur Problemdefinition und Interventionsplanung auf Gemeindeebene reichen ([www.suchtund aids.bag.admin.ch](http://www.suchtund aids.bag.admin.ch))
- Besondere Problemlagen und Erfordernisse bestehen in der HIV/Aids-Arbeit generell und insbesondere im Strafvollzug (Zürcher Aids Hilfe 2003, EMCDDA 2001).

Allerdings besteht nach wie vor ein Defizit an evaluierter Erfahrung mit Präventionsprojekten bei Migrantinnen / Migranten und anderen Minderheiten.

### Beispiele für Beratung und Behandlung

Neuere Ansätze setzen nicht so sehr auf die Arbeit mit dem Betroffenen als Einzelperson, sondern unter Einbezug von dessen spezifischem Umfeld. Zum einen ist dies eine systemisch orientierte Arbeit mit Familien und Peergruppen, die insbesondere an den Beziehungen ansetzt. Zum anderen handelt es sich um eine Form von Netzwerkarbeit, zum Beispiel mit einer Helferkonferenz unter Beizug der Betroffenen, sei es fallbezogen oder programmatisch. Eine andere Variante bezieht Dienstleistungen (für Unterkunft, Beschäftigung, Rechtshilfe etc.) und Selbsthilfeansätze mit ein.

Diese Art von Ansätzen hat den Vorteil einer besseren Motivierbarkeit Betroffener (die Überzeugungsarbeit muss nicht alleine vom Berater geleistet werden), → Seite 9

# Der geduldete Migrant



von Dominik Batthyány

»Die Kultur des Wohlstandes, die uns an uns selber denken lässt, macht uns unsensibel für die Schreie der anderen, sie lässt uns in Seifenblasen leben, die zwar schön sind, aber nichtig, die eine Illusion des Unbedeutenden sind, des Provisorischen, die zur Gleichgültigkeit dem Nächsten gegenüber führt.«  
(Papst Franziskus)

Hoffnung, gleichzeitig Ungewissheit, Trauer, Zukunftsangst. Dieses Lebensgefühl ist verunsichert, verletzlich, brüchig. Jeder Migrant und Flüchtling trägt in sich eine Geschichte und oft Erfahrungen von Leid, Unterdrückung und Angst.

## Die distanzierte Aufnahme

Menschen in Migration suchen nach einem: nach Aufnahme, nach Sicherheit. Sie möchten auch willkommen sein. Damit fordert uns der Migrant und Flüchtling heraus. Oft fehlt der direkte Bezug, die Identifikation mit diesen menschlichen Schicksalen, eine tiefere Verbindung, die uns das Gefühl gibt »Du bist in Not und gehörst zu uns.« Noch bevor man die Geschichten des Lebens, der Verfolgung oder das Elends der betroffenen Menschen kennt, können Misstrauen und Feindseligkeiten entstehen. Sie werden aus Angst genährt. Angst etwa vor sogenannten Parallelgesellschaften als Abweichung von der eigenen Norm, Angst vor Lebensweisen, die nichts mit jenen der eigenen Kultur und Geschichte zu tun haben, Angst vor einer Unterwanderung der herrschenden Verhältnisse und Kultur und Zerstörung der eigenen Identität. Diese Ängste, Verdächtigungen und Verunsicherungen geraten in Konflikt damit, den bedürftigen Fremden mit Achtung und Solidarität zu begegnen, sie aufzunehmen und nach ihnen die Hände auszustrecken. So kommt es, dass Menschen das Gefühl haben, andere Menschen bei sich aufzunehmen, weil sie es müssen – nicht, weil sie sich mit dem Leid identifizieren und wirklich helfen möchten.

## Distanz und Ächtung

Eine vom Migranten gefühlte Gleichgültigkeit oder Teilnahmslosigkeit gegenüber dem eigenem Schicksal und Schmerz ist hart wie eine Ächtung. Es ist das, was sie am wenigsten brauchen. Diese »Ächtung« ist dabei selbst das Gift, das ein Ankommen und Verwurzen in dem neuen Zuhause erschwert. Dabei ist diese Gleichgültigkeit selbst Abwehrmechanismus, Bewältigungsstrategie und drückt sich in einer Haltung aus, die Distanzierung, Angst, Misstrauen in sich verbirgt. Sie erzeugt womöglich das, was sie eigentlich zu verhindern versucht, wovor sie sich fürchtet: sie verhindert

Integration und erschwert das Gefühl des Zusammengehörens.

## Der gute Boden, oder: Wurzeln schlagen in der Fremde

Flucht ist ein Vorhaben auf Leben und Tod. Der Entschluss, das eigene Leben und das der Familie zu riskieren, deutet auf den vorhergehenden Leidensdruck, der bestehen muss, um dies auf sich zu nehmen. Die Flucht selbst ist eine lebensbedrohliche Ausnahmesituation und außerordentliche psychische und physische Belastung. Die mit Abstand an erster Stelle stehenden psychischen Erkrankungen von Flüchtlingen sind die posttraumatischen Belastungsstörungen mit ihren Begleiterkrankungen. Diese schließen Angststörungen, Flashbacks, Suizidalität, Substanzmissbrauch und -sucht mit ein. An zweiter Stelle stehen Depressionen, die mit dem Verlust von Familienmitgliedern (etwa durch Tod oder Verschwinden), Verlust des Heimatlandes in Verbindung stehen. Langjährige Asylverfahren, Arbeitslosigkeit, schwierige Lebensbedingungen können zu einer Verschärfung von Depressionen beitragen. Die Betroffenen bleiben oftmals jahrelang perspektivlos und fühlten sich durch die Unsicherheit, ob sie bleiben können oder zurückkehren müssen, gefährdet.

Nicht geächtet und geduldet, sondern geachtet und willkommen – fremd und doch vertraut, anders und doch zugehörig – das ist die Erde, in der die Wunden der Entwurzelung und der Flucht heilen können. Dies ist die Grundlage, dass Wurzeln wieder ausschlagen können und ein Hineinwachsen in ein neues Leben möglich wird.

## Dr. Dominik Batthyány

Psychotherapeut  
Leitung Prävention  
Verein *Grüner Kreis* - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

POOL7  
1010 Wien, Rudolfsplatz 9  
T: +43/1/5238654-15  
M: +43/664/8111660  
E: dominik.batthyany@gruenerkreis.at  
Web: <http://www.gruenerkreis.at>





→ Seite 7 einer besseren Chance für Nachhaltigkeit (dank gemeinsamer Aktion) und einer besseren Breitenwirkung (auch andere Betroffene können davon profitieren). Ausserdem haben sie aber auch den entscheidenden Vorteil, nicht nur korrigierend, sondern auch präventiv mindestens im Sinne der Sekundärprävention zu wirken.

Eine andere Stossrichtung hat das Pilotprojekt des Contact-Netz in Bern, das seit 2001 aufgebaut wurde; hier geht es in erster Linie um einen Abbau der Zugangsbarrieren durch strukturelle Massnahmen, Sensibilisierung und Befähigung der Teams ([www.contact-netz.ch](http://www.contact-netz.ch); Dahinden 2005). Eine Machbarkeitsstudie hatte zum Ziel, die Umsetzbarkeit dieses Ansatzes in anderen Hilfeeinrichtungen zu prüfen; der Schlussbericht beschreibt die Voraussetzungen für eine Umsetzung ([www.suchtund aids.admin.ch/themen/migration](http://www.suchtund aids.admin.ch/themen/migration)).

Was die individuelle Beratung und Behandlung von Betroffenen angeht, ist die gesicherte Erfahrung aus der Suchthilfe in Erinnerung zu rufen, wonach die Attraktivität der Hilfe, das Verhindern eines Kontaktabbruchs und die Chancen für Verbesserungen der Situation umso eher gegeben sind, als auf die persönlichen Bedürfnisse eingegangen wird. Schematische ‚Programme‘, z.B. für eine bestimmte ethnische Gruppe, sind von begrenztem Wert.

Und noch etwas: Migrationsarbeit kann sich nicht auf die Betroffenen allein beschränken. Wenn Randständigkeit das eigentliche Problem darstellt, muss es auch

für die einheimische Bevölkerung erleichtert werden, Ängste abzubauen und dem Fremden offener zu begegnen. Integration ist nicht etwas, das eine Seite allein leisten kann oder soll. Hier sind Integrationsstrategien gefragt, die beide Seiten einbeziehen. Ein Beispiel ist eine im Norden von Paris etablierte Quartierarbeit

#### Ausblick

Wieviel Chancen haben derartige erfolgversprechende Ansätze? Derzeit sind die Perspektiven nicht allzu vielversprechend. Zunahme der Migration und schrumpfende Budgets für den Gesundheits- und Sozialbereich schaffen eine schwierige Situation. Ein Umbau des Sozialstaats und ein Abbau der Hilfeleistungen an Migranten hat in vielen europäischen Ländern eingesetzt. Die Aufnahmebereitschaft für »Fremde« ist gesunken, und die Lebensbedingungen für die Aufgenommenen und erst recht für die illegalen Aufenthalter sind prekärer geworden.

Gleichzeitig haben die Gründe, die zur Migration veranlassen, weltweit an Gewicht zugenommen. Ein Blick auf das globale Geschehen zeigt, dass soziale und wirtschaftliche Ungleichgewichte und insbesondere Armut, Bildungsmangel, Landflucht und Zerreißen sozialer Netze, aber auch bewaffnete Konflikte für ungezählte Menschen zu schwer erträglichen Situationen führen und nicht nur Anlass zu Migrationsströmen sind, sondern auch den Nährboden für Suchtentwicklungen bilden (World Health Report 2001).

Das soll kein Anlass zu Resignation sein. Hilfe soll und kann geleistet werden. Aber es braucht mehr als das. Ohne ein Stück mehr Gerechtigkeit im »globalen Dorf« werden wir nur immer nachträglich an Schäden arbeiten, die nicht in diesem Ausmass sein müssten.

#### Einige Quellen

- Dahinden J (2005).** Die Integration von Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund in die Institutionen der Suchthilfe. Abhängigkeiten 11:5-17
- Domenig D (2001).** Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenzen. Bern, Huber Verlag
- EMCDDA (2000).** Mapping available information on social exclusion and drugs, focusing on «minorities» across 15 EU Member States. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- EMCDDA (2001).** Assistance to drug users in European prisons. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- Weiss R (2003).** Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich, Seismo Verlag
- World Health Report 2001.** Geneva, World Health Organisation
- Zürcher Aids Hilfe (2003)** Migrantinnen, Migranten. Eine neue Herausforderung in der HIV/Aids-Arbeit. Zürich

#### Dr. med. Dr. phil. Ambros Uchtenhagen

Professor Emeritus für Sozialpsychiatrie an der Universität Zürich, Präsident der Stiftung für Sucht- und Gesundheitsforschung in Zürich

# Migration, traumatisierende Erfahrungen und Sucht



von Meryam Schouler-Ocak



und Andreas Heinz

Bisher liegen keine epidemiologischen Studien vor, die eine repräsentative Aussage zur Prävalenz von Suchterkrankungen und traumatisierenden Erfahrungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ermöglichen.

Traumatisierungen könnten zur Entstehung von Abhängigkeitsstörungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die mit mehr als 16,58 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2013) inzwischen mehr als ein Fünftel der Bevölkerung ausmachen, worin die 2014 und 2015 neu zugewanderten geflüchteten Menschen nicht enthalten sind<sup>1</sup>, führen. Bei Menschen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Belastungsfaktoren für Abhängigkeitsstörungen. Sie sind im Suchthilfesystem mit zahlreichen Zugangsbarrieren konfrontiert, die in einer eingeschränkten Inanspruchnahme des Suchthilfesystems sich wieder spiegeln (Penka, 2013).

## Überblick in Deutschland

Obwohl seit bereits mehr als 20 Jahren Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund untersucht werden (Penka, 2013), liegen hierzu keine bundesweiten repräsentativen Daten in Deutschland vor (Razum et al., 2008). Detailliertere Daten über Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund stammen von Rommel und Köppen (2014), die Daten aus dem bundesweiten Dokumentationssystem der Deutschen Suchthilfestatistik des Instituts für Therapieforschung München (IFT, 2014) der Jahre 2002–2012, einem zentralen Register sämtlicher spezialisierter Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland, auswerten. Die darin erfassten Daten umfassen u.a. soziodemografische Angaben (z.B. Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Migrationshintergrund) und Diagnosen nach ICD-10 (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013). Die Autoren verglichen die Daten über die wichtigsten psychotropen Substanzen Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Stimulanzien,

Kokain und Sedativa/Hypnotika im Hinblick auf den Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in der Deutschen Suchthilfestatistik und in der allgemeinen Bevölkerung (Rommel und Köppen, 2014). Sie fanden heraus, dass vor allem zwischen in Deutschland geborenen und selbst zugewanderten Menschen mit Migrationshintergrund Unterschiede festgestellt wurden. In Deutschland geborene Menschen mit Migrationshintergrund nehmen Suchthilfeleistungen aufgrund problematischen Kokain-, Opioid- oder Cannabinoidekonsums stärker als andere Personengruppen in Anspruch. Dagegen sind selbst Zugewanderte in Suchthilfeeinrichtungen unterrepräsentiert (Rommel und Köppen, 2014), insbesondere gilt dies für Frauen. Bei den Daten wurden keine einheitlichen Angaben bezüglich Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund erhoben. Während die ambulanten Einrichtungen mit einem Anteil zwischen 6% und 8% von nicht-deutschen Staatsangehörigen in Anspruch genommen wurden, lag ihr Anteil in stationären Einrichtungen zwischen 4% und 10%. Demgegenüber wurde der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund im ambulanten Bereich zwischen 15% und 16% und im stationären Bereich zwischen 11% und 16% angegeben. Im Vergleich dazu fanden Koch et al. (2008) mit 21,8 % einen deutlich höheren Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in Abteilungen für Abhängigkeitsstörungen in stationärer Behandlung in Psychiatrischen Einrichtungen. In weiteren Untersuchungen wird darauf hingewiesen, dass Menschen mit Migrationshintergrund weniger Alkohol trinken als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Walter et al., 2007; BZgA, 2014; Lampert und Thamm, 2007), der Konsum aber mit längerer Aufenthaltsdauer zu nimmt (Razum et al., 2008). Auch steigt

<sup>1</sup> Menschen mit Migrationshintergrund meint heutzutage in Deutschland alle Menschen, die »nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil« (Statistisches Bundesamt, 2013)

der Konsum in den Folgegenerationen an (Rommel und Köppen, 2014). Zudem wird berichtet, dass der Alkoholkonsum je nach Religionszugehörigkeit variiert (Razum et al., 2008): Während bei muslimischen Jugendlichen in Deutschland der Alkoholkonsum niedriger als bei einheimisch deutschen und (Spät-) Aussiedlerjugendlichen liegt (Dill et al., 2002), ähnelt der Konsum von jugendlichen (Spät-) Aussiedlern mehr dem der einheimisch Deutschen als dem von Jugendlichen mit Migrationshintergrund aus einem anderen Herkunftsland (Surall und Siefen, 2002). Dill et al. (2002) und Rommel und Köppen (2014) berichten, dass das Konsumverhalten von Jugendlichen mit Migrationshintergrund abhängig von der »Aufenthaltsdauer« in Deutschland zunimmt. Bermejo und Frank (2013) teilen zudem mit, dass zwar Alkoholprobleme bei Migranten im Alter zunehmen, aber diese von Suchthilfeangeboten kaum erreicht werden.

#### Risikofaktoren für Migranten

Dass traumatisierende Erfahrungen bei Suchtkranken gehäuft auftreten und den Behandlungsverlauf erschweren, ist bekannt (Potthast und Catani, 2012). Denn Potthast und Catani (2012) berichten von einem gehäuften gemeinsamen Auftreten von traumatischen Erfahrungen und substanzbezogenen Störungen sowie einer erhöhten Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankungen. Sie stellten fest, dass Betroffene psychotrope Substanzen als Selbstmedikation einsetzen und dadurch versuchen, ihre traumabedingte Symptomatik zu lindern. In der Folge entwickelt sich ein komplexes, sich gegenseitig aufrechterhaltendes Wechselspiel zwischen Traumafolge- und Suchtsymptomatik, welches die Behandlung erschwert (Potthast und Catani, 2012). Untersuchungen, die sich systematisch mit dem Zusammenhang zwischen Migration, traumatisierende Erfahrungen und Suchterkrankungen befassen, liegen bislang nicht vor. Lediglich in wenigen wird das Thema der traumatisierenden Erfahrungen und der Suchtentwicklung im Zusammenhang erörtert. So gehen Zimmermann et al. (2007) auf den Einfluss von Stress als Belastungsfaktor für die Zunahme des Alkoholkonsums oder für Alkoholabhängigkeit bei Migranten ein (Zimmermann et al., 2007). Es wird hier hervorgehoben, dass insbesondere für

### Betroffene setzen psychotrope Substanzen als Selbstmedikation ein und versuchen dadurch, ihre traumabedingte Symptomatik zu lindern.

Migranten ein höheres Risiko besteht, da sie mit risikobehafteten Lebensereignissen, traumatischen Erfahrungen oder belastenden soziokulturellen Ereignissen zurecht kommen müssen. Zugleich müssen gerade diese Personen verschiedene Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem bewältigen (Patel et al., 2008). Szaflarski et al. (2011) fanden allerdings bei Migranten der ersten Generation geringere Raten von Alkoholmissbrauch als bei in den USA geborenen Mitgliedern der zweiten Generation; dabei zeigte sich, dass das Risiko einer klinischen Diagnose in Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen bei Migranten höher war als bei Einheimischen. Auch zahlreiche andere Autoren bringen migrationsbedingte Belastungen wie traumatische Erlebnisse bei Menschen mit Migrationshintergrund in Verbindung mit Suchterkrankungen (Lindert et al., 2008; Walter et al., 2006; Koch et al., 2014). Müller und Koch (2011) schildern, dass Menschen mit Migrationshintergrund durch migrationsbedingte Stressfaktoren wie traumatische Erlebnisse hohen emotionalen Belastungen ausgesetzt sind, die als Risikofaktor den Alkoholkonsum fördern können. (Koch et al., 2014). Gerade die Gruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber zählt zu den vulnerablen Gruppen, die multiplen und komplexen Stressoren ausgesetzt waren und sind, die ihre psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können. Denn die Erfahrungen in Krisengebieten, auf der Flucht sowie deren Folgen können zu psychiatrischen Störungen führen. So wurden in der Schweiz bei 41,4% bzw. 54,0% in der Gruppe der Asylbewerber und Flüchtlinge eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert (Heeren et al., 2014). Andere Autoren gaben an, dass die Rate der PTBS bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das 10-Fache erhöht ist (Fazel et al., 2005). Symptome der Angst und Depression wurden bei 84,6% bzw. 63,1% der Asylbewerber und Flüchtlinge in der Schweiz dokumentiert (Heeren et al., 2014). Die daraus

entstehenden Leiden versuchen manche Migranten mit Medikamenten oder Alkohol zu lindern: konkrete Angaben hierzu liegen bislang bei Flüchtlingen und Asylbewerbern aber nicht vor.

Untersuchungen über »Erklärungsmodelle« abhängigen Verhaltens und des Inanspruchnahmeverhaltens des Suchthilfesystems durch Menschen mit Migrationshintergrund wurden von Penka et al. (2003) und Heimann et al. (2007) durchgeführt. Die Autoren stellten fest, dass sowohl bei den befragten AussiedlerInnen als auch bei den Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund häufiger ein vermeintliches Gefühl von Kontrolle über Suchtmittel als bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund vorlag. Die Autoren teilten mit, dass Begriffe, die einen Kontrollverlust durch Drogenabhängigkeit charakterisieren (z.B. »nicht mehr ohne etwas leben können«, »es eine nicht schaffen«) von diesen Personen häufiger als irrelevant im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen bezeichnet wurden. Von den Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund wurde außerdem der Begriff »niemand kann helfen« häufig zu schwerwiegenden Problemen wie einer Drogenabhängigkeit zugeordnet (Penka et al., 2003). Den Autoren nach könnte diese Haltung des Gefühls der Stärke einerseits und der fehlenden Hilfsmöglichkeiten bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung andererseits erklären, weshalb oft das Suchthilfesystem nicht in Anspruch genommen wird (Penka et al., 2003).

#### Interkulturelle Suchthilfe

Sozioanthropologische Methoden werden eingesetzt, um unterschiedliches Krankheitsverständnis, -erleben und -verhalten sowie Behandlungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu verstehen und zu erklären (Penka et al., 2003; Penka et al., 2008; Heimann et al., 2007). Penka et al. (2012) konnten aufzeigen, dass Kommunikationsprobleme selbst bei Verwendung gleich lautender Begriffe zwischen Ärzten und Patienten mit Migrationshintergrund bei der Erörterung von Suchterkrankungen auftreten, das Begriffe in unterschiedlichen kulturellen Kontexten anders verstanden werden können. Darüber hinaus gelten unterschiedliche innerfamiliäre Bewältigungsstrategien, geringe Informationen über Beratung und Therapie im Suchthilfesystem als weitere → Seite 12

→ Seite 11 Zugangsbarrieren (Penka, 2013). Es können auch Befürchtungen bestehen, von dem Suchthilfesystem abgelehnt zu werden aufgrund von dort vorhandener Vorurteile und eigener Diskriminierungserfahrungen (Schouler-Ocak und Kavasoglu, 2013). Wenn Kenntnisse der Erklärungsmodelle süchtigen Veraltens, Glaubenssätze, Einstellungen und Erwartungen der Zielgruppen zur Verfügung stehen, kann aber eine adäquate Versorgung ermöglicht werden; so können Aufklärungsbroschüren, die sich am Erklärungsmodell der Zielgruppe orientieren, helfen Missverständnisse zu vermeiden (Penka et al., 2003; Heimann et al., 2007; Penka et al., 2008; Bermejo et al., 2012). Des Weiteren sollten die im Suchthilfesystem Tätigen interkulturelle Kompetenz erwerben (Schouler-Ocak et al., 2015); die regelhafte Arbeit mit dem Cultural Formulation Interviews (CFI) kann dazu beitragen, die Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie Behandlungserwartungen und Belastungsfaktoren bei Patienten mit Migrationshintergrund zu erfassen und zu verstehen (Falkai und Wittchen, 2015).

#### Ausblick

Nach Razum et al. (2008) haben Menschen mit Migrationshintergrund besondere gesundheitliche, psychosoziale und ökonomische Belastungen. Dabei werden die Prävalenz, Manifestation und der Verlauf von Abhängigkeitsstörungen bei Migranten durch kulturelle Aspekte, migrationspezifische und psychosoziale Faktoren sowie traumatische Erlebnissen beeinflusst (Bhugra et al., 2014). In Deutschland sind repräsentative Daten zur Prävalenz von Suchterkrankungen und traumatisierenden Erfahrungen bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht verfügbar. Daher ist der tatsächliche Bedarf (Suchtprävalenz) bei vielen Diagnosen nicht bekannt und die Frage nach einer Unter- (oder Über-)versorgung auf Basis der verfügbaren Informationen nicht geklärt (Rommel und Köppen, 2014). Ebenso gibt es keine gesicherten Zahlen zur Häufigkeit, Art und Weise der Inanspruchnahme der Suchthilfe durch Menschen mit Migrationshintergrund. Allerdings gibt es multiple Zugangsbarrieren zur Suchthilfe wie auch zu anderen Versorgungsbereichen, die durch aktive Öffnung des Suchthilfesystems bewältigt werden müssen (Penka 2013). Konzepte und Behandlungsleitfäden bzw. die Modifikation bestehender

## Es gibt multiple Zugangsbarrieren zur Suchthilfe wie auch zu anderen Versorgungsbereichen, die durch aktive Öffnung des Suchthilfesystems bewältigt werden müssen.

Konzepte für eine kulturell sensitive Behandlung und deren Evaluation (Bhugra et al., 2014; Koch et al., 2014) liegen allerdings oft noch nicht vor, auch ist es nicht ausreichend gelungen, kulturelle Sensibilität und interkulturelle Kompetenz für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund im Suchthilfesystem zu verankern (Koch et al., 2014; Schouler-Ocak et al., 2015).

#### Literatur

**Bermejo, I., Hölzel, L.P., Kriston, L., Härter, M. (2012).** Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 55(8):944-53.

**Bermejo, I., Frank, F (2013).** Zugänge zur transkulturellen Prävention alkohol-bezogener Störungen bei älteren Personen mit Migrationshintergrund. Gesundheitswesen. Apr 9. [Epub ahead of print].

**Bhugra, D., Gupta, S., Schouler-Ocak, M., Graeff-Calliess, I., Deakin, N.A., Qureshi, A., Dales, J., Moussaoui, D., Kastrup, M., Tarricone, I., Till, A., Bassi, M., Carta, M. (2014)** EPA Guidance mental health care of migrants. Eur Psychiatry, 29(2):107-15

**Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2014).** Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Köln: BZgA.

**Dill, H., Frick, U., Hofer, R. et al. (2002).** Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden,

**Falkai, P., Wittchen, H-U. (2015).** American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Deutsche Ausgabe. Hogrefe – Verlag.

**Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005).** Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 365(9467):1309-1314

**Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., Müller, (2014).** Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. Compr Psychiatry 55(4):818-25.

**Heimann, H.M., Penka, S., Heinz, A. (2007).** Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen – eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. In: Suchttherapie, 8: 57-62.

**Institut für Therapieforchung München.** Deutsche Suchthilfe Statistik. Im Internet: <http://www.suchthilfestatistik.de> (Stand: 05.08.2014).

**Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R.G., Schouler-Ocak, M. (2008).** Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe »Psychiatrie und Migration« der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenarzt, 79: 328-339.

**Koch, E., Müller, M., Assion, H. (2014).** Interkulturelle Aspekte bei der Diagnostik und Psychotherapie von Suchtstörungen. Suchttherapie, 15:67-74.

**Lampert, T., Thamm, M. (2007).** Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, 50: 600-608.

**Lindert, J., Priebe, S., Penka, S. et al. (2008).** Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. Psychother Psychosom Med Psychol, 58: 123-129.

**Müller, M.J., Koch, E. (2011).** Stressors related to immigration and migration background in Turkish patients with psychiatric disorder: validity of a short questionnaire. Journal of Immigrant and Minority Health, 13(6), 1019-1026.

**Patel, V., Flisher, A.J., Cohen, A. (2008).** Social and cultural determinants of mental health. In: Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, Wessely S et al. Eds. Essential Psychiatry. Fourth Edition, Cambridge University Press, 419-433.

**Penka, S., Krieg, S., Hunner, C., Heinz, A. (2003)** Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen- Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. In: Nervenarzt, 74, 581- 586

**Penka, S., Heimann, H., Heinz, A., Schouler-Ocak, M. (2008).** Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish Youth. Eur Psychiatry, (23)1:536-42.

**Penka, S., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., Kluge, U. (2012).** Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. In: Bundesgesundheitsbl, 55: 1168-1175.

**Penka, S. (2013)** Zugangsbarrieren von Personen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem Konsequenzen für die Praxis. In: Koch, E., Müller, M.J., Schouler-Ocak, M. (Hrsg.) Sucht und Migration. Lambertus-Verlag: Freiburg i. Br.

**Pfeiffer-Gerschel, T., Steppan, M., Brand, H. (2013).** Deutsche Suchthilfestatistik 2012. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). München: Institut für Therapieforschung.

Potthast, N., Catani, C. (2012). Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. (SUCHT), 58, pp. 227-235.

**Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U. et al. (2008).** Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut. Berlin.

**Rommel, A., Köppen, J. (2014).** Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. Psychiatr Prax. DOI: 10.1055/s0034-1387291.

**Schouler-Ocak, M., Kavasoglu, R. (2013).** Spielsucht bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Koch E, Müller MJ, Schouler-Ocak M (Hrsg.). Sucht und Migration, Lambertus-Verlag, Freiburg in Breisgau. S. 77-91.

**Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I.T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrop, M., Bhugra, D. (2015).** EPA Guidance on Cultural Competence Training. Eur Psychiatry, 30(3):431-40.

**Statistisches Bundesamt (2013).** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund- Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Wiesbaden.

**Surall, D., Siefen, R.G. (2002).** Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedlerjugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung bei Schulen der Stadt Marl. In: Boos-Nünning, U., Siefen, R.G., Kirkcaldy, B., Otyakmaz, B.Ö., Surall, D. (Hrsg.) Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden: pp. 152-225.

**Szaflarski, M., Cubbins, L.A., Ying, J. (2011).** Epidemiology of alcohol abuse among US immigrant populations. J Immigr Minor Health, 13(4): 647-58.

**Walter, U., Krauth, C., Kurtz, Vet. al. (2007).**

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Nervenarzt, 78: 1058-1061,

**Zimmermann, U., Blomeyer, D., Laucht, M., Mann, K.F. (2007).** How gene-stress-behavior interactions can promote adolescent alcohol use: the roles of predrinking allostatic load and childhood behavior disorders. Pharmacol Biochem Behav, 86: 246-262.

**PD<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. Meryam Schouler-Ocak**

Leitende Oberärztin der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Große Hamburger Straße 5 - 11 | 10115 Berlin  
E-Mail: meryam.schouler-ocak@charite.de

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz**

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Universitätsmedizin Berlin und Klinikdirektor der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin.  
E-Mail: andreas.heinz@charite.de



# Sucht und Migration



von Eckhardt Koch

Alkohol wird weltweit konsumiert, aber der Verbrauch pro Person unterscheidet sich deutlich in verschiedenen Regionen der Welt. Die Jahres-Konsummenge von 12,2 Liter reinem Alkohol in Österreich ist im EU-Vergleich ein Spitzenwert und laut OECD-Zahlen um 1,1 Liter mehr Alkohol als der EU-Durchschnitt. Die Alpenrepublik reiht sich damit im EU-Vergleich unter die Top-Drei-Nationen mit dem höchsten Alkoholkonsum und wird nur von Litauen und Estland knapp überholt.

## Substanzmissbrauch weltweit

Das klassische Weinland Frankreich liegt mit 11,8 Litern Alkohol pro Kopf hinter Österreich, Italien ist beim halben Wert Österreichs. Deutschland steht mit einem mittleren Jahresverbrauch von 9,6 l reinem Alkohol pro Person an 13. Stelle in Europa. Eine repräsentative Erhebung in Deutschland aus dem Jahr 2012 ergab, dass 57,3 % der Bevölkerung einen risikoarmen Konsum aufwiesen und 14,2 % einen riskanten Konsum betreiben. Bei 3,1 % liegt ein Missbrauch und bei 3,4 % eine Alkoholabhängigkeit vor. Alkoholabhängigkeit wird bei Frauen mit 2,0 % und bei Männern mit 4,8 % veranschlagt. In Afrika, Asien oder dem Mittleren Osten ist im Vergleich dazu weniger als ein Liter Alkohol pro Person und Jahr üblich. Nicht nur kulturelle, sondern auch soziologische und ökonomische Gründe sind für diese großen Unterschiede verantwortlich.

## Sucht und Migration

Bislang fehlen größere Untersuchungen. Trotzdem können einige für das psychotherapeutische Vorgehen wichtige Aussagen getroffen werden:

- Das Einstiegsalter liegt bei bestimmten Migrantengruppen höher
- Migranten sind in Suchteinrichtungen eher unterrepräsentiert, in forensischen Kliniken eher überrepräsentiert
- Je spezialisierter das Angebot, desto geringer ist der Anteil von Migranten. Beispiel Hamburg: Der Migrantenanteil in der Drogenszene beträgt ca. ein Drittel, ihr Anteil in ambulanter oder stationärer Suchthilfe beträgt dagegen nur 5-10 %
- Wer Beratung aufsucht, ist sozial und/oder familiär eher integriert
- Bei süchtigen Migranten lässt sich eine bessere Integration in die Familie feststellen.

## Allgemeine und kulturspezifische Risikofaktoren für Migranten

Migranten haben ein höheres Risiko mit

belastenden Lebensumständen oder traumatischen Erfahrungen konfrontiert zu werden. Sie müssen außerdem häufig mit Sprachproblemen, ökonomischen Schwierigkeiten oder sozialer Randständigkeit zurechtkommen.

Konfliktreiche soziale Interaktionen gelten als ein zusätzlicher Faktor zur Entstehung von Substanzabhängigkeit. Normalerweise haben Familien von Migranten auch in schwierigen Situationen eine hohe Bindung. Die soziale Unterstützung durch die Familie kann negative Effekte der Abhängigkeit für längere Zeit kaschieren, den Verlust von Selbstkontrolle und die soziale Ächtung dennoch nicht dauerhaft verhindern.

Menge und Art der konsumierten Substanzen unterscheiden sich bei verschiedenen Kulturen erheblich. Migranten mit Abhängigkeitsstörungen ethno-kulturell zu differenzieren ist allerdings problematisch. Da es bislang an systematischen Untersuchungen fehlt, verbieten sich vorschnelle Generalisierungen.

## Alkoholkonsum in der Türkei und in muslimischen Ländern

Eine grobe Kategorisierung unter religiösen Aspekten zeigt große Unterschiede. So ist beispielsweise in Afrika und der Türkei der Konsum von Alkohol gering, schließlich verbietet der Islam den Gebrauch von Alkohol und anderen Drogen. Trotzdem wird Alkohol konsumiert, die Angaben unterliegen aber einer Dunkelziffer und Alkoholkonsum variiert in muslimischen Ländern stark. Traditionelle Familien in diesen Kulturen folgen weitgehend dem Alkoholverbot. Typisch ist ein hierarchisches Eltern-Kind-Verhältnis. Der Umgang mit Sucht ist dementsprechend durch Repressionen und Sanktionen charakterisiert. In solchen Gruppen ist jeder Gebrauch von Substanzen als sozial abweichend verachtet. So ist es nicht überraschend, dass junge Menschen mit türkischer Herkunft Hilfe eher innerhalb von Familienstrukturen und der

ethnischen Community suchen und wenig über professionelle Beratungsstellen wissen bzw. diese in Anspruch nehmen.

#### **Alkoholkonsum in Russland**

In Russland ist die Datenlage ebenfalls unzureichend. Die soziale Bedeutung des Alkoholkonsums ist hoch und Selbstbrennerei weit verbreitet. Das Ausmaß des Alkoholkonsums lässt sich allenfalls annähernd abschätzen. Anders als in der offiziellen Statistik (10,6 Liter pro Kopf und Jahr) wird von Experten der Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol auf 13–15 Liter mit steigender Tendenz geschätzt.

Familien mit einem suchtkranken Angehörigen aus Osteuropa oder Russland tendieren zu einem variablen Coping-Stil. Alkoholkonsum ist in ihrer Heimat üblich. Die Familienrolle eines Kindes ist weniger hierarchisch und die Familien sind z. T. gut integriert.

Bei einem Vergleich von russischen und türkischen Migranten zeigte sich, dass Türken die höhere Rate von Nikotinabhängigkeit, hingegen die geringere Rate von Alkoholabhängigkeit aufwiesen. Russische und deutsche Stichproben waren hingegen vergleichbar bezüglich des Alkoholkonsums.

#### **Merksatz**

Zunächst hat in Migrantenfamilien häufig die Abhängigkeit eines Familienmitgliedes einen stabilisierenden Effekt auf den familiären Zusammenhalt und kann helfen, emotionale, traumatische oder finanzielle Konflikte zu überdecken. Gerade familienorientierte Kulturen tendieren zur Stärkung des familiären Zusammenhangs. Dadurch soll der Verlust von Ansehen in der ethnischen Gruppe vermieden werden, da Abhängigkeit in vielen Kulturen negativ gesehen wird. Wissen über die kulturell unterschiedliche Bedeutung von Abhängigkeit, die üblichen Peer Groups und den soziopolitischen Hintergrund, wie auch die ökonomische Situation, ist eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Behandlung von Migranten mit Abhängigkeitserkrankungen.

#### **Psychotherapeutische Ansätze und Rückschlüsse für die Klinik**

Der Behandlungsprozess bei Migranten benötigt eine kulturelle Komponente zusätzlich zu dem üblichen Vorgehen. Die Inanspruchnahme stationärer Psychotherapie bei Migranten mit Suchterkrankungen ist gering. So ist der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund in

## **Der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund ist in Suchtabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser doppelt so hoch wie in der psychotherapeutisch orientierten Sucht-Rehabilitation.**

Suchtabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser doppelt so hoch wie in psychotherapeutisch orientierter Sucht-Rehabilitation.

Es gibt Hinweise auf die Bedeutung der Muttersprache als emotionale Sprache, in der Gefühle besser zum Ausdruck gebracht werden könnten. Der Migrant könne zu einem muttersprachlichen Therapeuten schneller ein Vertrauensverhältnis aufbauen, was die Identifikationsmöglichkeiten erhöhen und die Therapiemotivation des Patienten stärken würde. Es gibt allerdings auch Fälle, in denen Migranten einheimische Therapeuten bevorzugen, vor allem, wenn das Thema Sucht in der eigenen Community ein Tabu darstellt. Diese Migranten erwarten dadurch Schutz ihrer Anonymität und eine vorurteilslose Behandlung.

Therapiekonzepte auf eine muttersprachliche Behandlung aufzubauen, ist aus unserer Sicht allerdings nicht zielführend, da entsprechende Fachkräfte nicht in der nötigen Sprachenvielfalt zur Verfügung stehen. Geduld bei der Überwindung von Widerstandsphänomenen, die Akzeptanz kulturell gewohnter Rituale und eine familientherapeutische Ausrichtung sind die Grundlage einer erfolgreichen Psychotherapie im interkulturellen Kontext. Wann immer möglich, sollte auch ein Mitglied der Familie oder ein guter Freund an dem Behandlungsprozess beteiligt werden, um so soziale Ressourcen zu verstärken. Sollten Zweifel über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache bestehen, ist grundsätzlich ein Dolmetscher hinzuzuziehen, um den Patienten zu unterstützen.

Der Zusammenhang zwischen guten deutschen Sprachkenntnissen und einem mildereren Verlauf der Suchterkrankung kann als positiver Effekt besserer Integration gedeutet werden. Einige Publikationen befassen sich mit präventiven Maßnahmen und weisen insbesondere auf die Notwendigkeit muttersprachlichen Informationsmaterials hin. Selbsthilfegruppen sind bei manchen Ethnien unbekannt und es bestehen hohe Hürden für eine Teilnahme. Daher sind spezielle Informationen und auch Modifikationen des Settings erforderlich.

#### **Zusammenfassung**

Der Beitrag beschäftigt sich mit Abhängigkeitsstörungen bei Menschen mit Migrationshintergrund. Die wissenschaftliche Datenlage zu süchtigem Verhalten in Bezug auf kulturelle Aspekte ist nach wie vor lückenhaft. Es fehlen weiterhin belastbare Daten aus verschiedenen Nationen und Kulturen.

Der Beitrag gibt einen Überblick über den Kenntnisstand der Suchterkrankungen, schwerpunktmäßig Alkoholabhängigkeit, bei Menschen mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus geht es um kulturspezifische Risikofaktoren, psychotherapeutische Ansätze, Prävention und interkulturelle Suchthilfe.

#### **Ausblick**

Kultursensible Psychotherapie bei Suchterkrankungen ist von großer sozialer und medizinischer Bedeutung. Bis jetzt gibt es nur unzureichende Forschungsdaten und die Bedeutung von Stress und migrationsassoziierten, traumatischen Erfahrungen ist kaum untersucht. Es besteht die Notwendigkeit, kulturellen Aspekten in Zukunft eine größere Beachtung zu verschaffen, wenn es um Psychotherapie von Suchterkrankungen und Abhängigkeit geht. Wir benötigen Fragebögen und weitere Untersuchungsinstrumente mit kulturübergreifenden Beurteilungsmöglichkeiten. Außerdem fehlen Konzepte und Behandlungsleitfäden bzw. die Modifikation bestehender Konzepte für eine kulturell sensitive Behandlung. Es geht darum, in der Begegnung mit den Patienten nicht nur das Fremde im anderen zu sehen, sondern auch die eigenen Einstellungen zu reflektieren und die Kultur der Suchtherapie so zu verändern, dass alle Patienten einen möglichst gleichberechtigten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung erhalten.

#### **Literatur zur Einführung:**

**Koch E, Müller MJ, Schouler-Ocak, M (Hrsg.)** Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus 2013, Weiterführende Literatur beim Verfasser

#### **Prof. Dr. Eckhardt Koch**

ist Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Migrationsbeauftragter an der Vitos Klinik Marburg sowie Kulturwissenschaftler am Fachbereich Europäische Ethnologie der Philipps Universität Marburg.  
Email: kohecc@staff.uni-marburg.de

# Unser Betreu

## Prävention

Suchtprävention ist dem Grünen Kreis ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

### In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

### In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

## Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

## Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins Grüner Kreis und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

### Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung (§ 35 und § 39 SMG, § 50 StGB, § 173 StPO)
- Angehörige

## Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.





# Leistungsangebot

## Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

**Für Wiener KlientInnen** wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

**Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer** beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

## Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins Grüner Kreis mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom Grünen Kreis angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

## Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

## AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein Grüner Kreis möglich.

# Praxis der Suchtbehandlung bei AsylwerberInnen



von Walter North

Der Verein Dialog ist die größte ambulante Suchthilfeeinrichtung Österreichs. Neben seinen drei Ambulanzen in Wien und den Standorten »Suchtprävention und Früherkennung«, sowie »Sucht und Beschäftigung« bietet er seit über sechzehn Jahren medizinische und psychosoziale Behandlungen in den Wiener Polizeianhaltezentren an.

Im Rahmen dieser Tätigkeit werden von unseren FachärztInnen für Psychiatrie und unseren AllgemeinmedizinerInnen alle InsassInnen der Polizeianhaltezentren (in weiterer Folge PAZ), also sowohl Schubhäftlinge als auch VerwaltungsstrafverbüßerInnen suchtmittelmedizinisch und psychiatrisch behandelt, wobei unsere psychosozialen MitarbeiterInnen ausschließlich Angehaltene behandeln, die eine Verwaltungsstrafe verbüßen. Die Betreuung der Schubhäftlinge obliegt dem Verein Menschenrechte Österreich.

Im Rahmen unserer Tätigkeit im PAZ setzten wir uns über die Jahre mit Fragestellungen der transkulturellen Psychiatrie auseinander und erwarben im aktiven Tun und durch die Teilnahme an einschlägigen Kongressen und Fortbildungen, sowie durch intensive Intervisionen Wissen und Kenntnisse über kulturspezifische Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen. Die von uns behandelten PatientInnen kamen aus über 70 unterschiedlichen Ländern.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Spektrum kulturspezifischer suchtmittelmedizinischer wie allgemeinspsychiatrischer Problemstellungen im transkulturellen Kontext so bunt und vielfältig ist, wie das Spektrum der jeweiligen Herkunftsländer.

Ich möchte zu Beginn einige suchtmittelmedizinische Aspekte im Hinblick auf kulturelle Hintergründe beleuchten.

Bei den im PAZ behandelten Schubhäftlingen scheint Sucht nicht so sehr ein eigenständiges Krankheitsbild, als vielmehr eine Bewältigungsstrategie für Traumatisierungen bzw. ein Symptom unterschiedlichster psychiatrischer Grundauffälligkeiten und Störungsbilder zu sein. AsylwerberInnen aus dem Kaukasus zeigen im Vergleich zu InsassInnen anderer Herkunftsländer überdurchschnittlich häufig eine Opioidabhängigkeit, wobei sich in den psychiatrischen Störungsbildern und dem Umgang mit der Sucht erhebliche Unterschiede zwischen Tschetschenen und Georgiern manifestieren.

Bei Tschetschenen besteht ein manifester Opioidkonsum aufgrund oft massiver Traumatisierungen mit posttraumatischem Belastungssyndrom (PTSD), ebenso wie massive Ängste vor Verfolgung. Die Identifikation mit dem Herkunftsland ist stark, der religiöse Hintergrund ist moslemisch, der Handel mit Suchtgiften gilt als verpönt.

Im Gegensatz dazu zeigen Georgier häufiger einen unregelmäßigen Opioidkonsum, der oft auf depressiven Störungen beruht. Der religiöse Hintergrund ist christlich, die Identifikation mit dem Herkunftsland geringer, Ängste vor Verfolgung sind seltener.

Beiden Gruppen gemeinsam ist, dass ein instabiler Opioidkonsum schon im Heimatland begonnen wurde. Dieser Konsum wird umso manifester, je länger der Aufenthalt in Österreich andauert. Beide Gruppen haben teilweise deutliche Probleme, eine Substitutionsbehandlung anzunehmen, seien es soziale Schwierigkeiten durch den Status als Asylwerber, aber auch ein grundlegendes Misstrauen gegenüber Behörden und dem Gesundheitssystem.

AsylwerberInnen aus dem Maghreb weisen oft eine Benzodiazepin-Abhängigkeit auf, wobei besonders Clonazepam (Rivotril) bevorzugt wird; weiters ist auch Cannabinoïd-Konsum häufig. Der Konsum anderer Substanzen ist hingegen in dieser Gruppe sehr selten. Sehr häufig besteht die zugrunde liegende Pathologie in einer Impulskontrollstörung – der Suchtmittelkonsum ist als Versuch der Spannungslösung zu verstehen.

Eine weitere wesentliche Gruppe stellen polnische Staatsbürger mit hochproblematischem Alkoholkonsum dar, die teilweise bis zu zehnmal pro Jahr aus Österreich abgeschoben werden, jedoch immer wiederkehren, weil Österreich ihr eigentlicher Lebensmittelpunkt ist. Diese Menschen leben zum Teil im Obdachlosenmilieu. In dieser Gruppe sieht man teils heftig ausgeprägte psychiatrische Grunderkrankungen von Depressionen bis hin zu schizophrenen Erkrankungen.

Suchtmittel-konsumierende Frauen aus

Tschechien, der Slowakei oder Ungarn, die in Österreich als Geheimprostituierte arbeiten, sind eine Gruppe, die einen teilweise hochproblematischen Mischkonsum von Opioiden, Amphetaminen, Benzodiazepinen und Alkohol betreibt.

Für beide Gruppen besteht das Problem, dass eine stabile psychiatrische Behandlung wegen der häufigen raschen Abschiebungen kaum möglich ist. Es gibt immer wieder ungeplante Entzugsphasen, die aber nicht als positiv erlebt werden, sowie wiederkehrende traumatisierende Gewalterfahrungen. Aus allgemeinspsychiatrischer Perspektive bietet sich bei den InsassInnen der beiden PAZs das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen mit dem Schwerpunkt auf Belastungsstörungen, Traumatisierungsstörungen und affektiven Erkrankungen.

Als unabdingbare Voraussetzung einer suffizienten Behandlung der InsassInnen ist der Einsatz von DolmetscherInnen anzusehen. Wir können in vielen Fällen auf die muttersprachlichen MitarbeiterInnen des Vereins Menschenrechte zurückgreifen, darüber hinaus auch auf externe DolmetscherInnen. Gerade im psychiatrischen Erstkontakt, im Rahmen dessen auch die Anamneseerhebung und Diagnostik stattfindet, sind Dolmetschungen unverzichtbar. Selbst in der Betreuung von Schubhäftlingen geschulte Personen haben manchmal Schwierigkeiten, Darstellungen psychischer Vorgänge, die interkulturell sehr unterschiedlich beschrieben werden, in die richtigen Worte der jeweiligen Sprache zu kleiden. Allein aufgrund dieser Probleme stellen die Behandlungen eine noch größere Herausforderung als üblich dar. Allerdings sind unsere Erfahrungen und auch das Feedback der InsassInnen, sowie anderer in den PAZs arbeitenden NGOs und auch der Polizei überaus positiv.

Ich möchte nun auf einen anderen Bereich der Behandlung von AsylwerberInnen im Verein Dialog zu sprechen kommen. Uns wurde 2015 von Seiten der Sucht und Drogenkoordination der Stadt Wien die Möglichkeit geboten, in Form eines Pilotprojektes ein Videodolmetschprogramm zu testen. Dabei werden von der Anbieterfirma rund 20 Sprachen sofort zur Verfügung gestellt, selten nachgefragte Sprachen müssen bis zu 48 Stunden im Voraus angemeldet werden. In unserer Ambulanz Integrative

Selbst in der Betreuung von Schubhäftlingen geschulte Personen haben manchmal Schwierigkeiten, Darstellungen psychischer Vorgänge, die interkulturell sehr unterschiedlich beschrieben werden, in die richtigen Worte der jeweiligen Sprache zu kleiden.

Suchtberatung Dölerhofstraße konnten wir im Jahr 2015 wichtige Erkenntnisse im Umgang mit diesem Medium gewinnen. Von den technischen Voraussetzungen ist das Programm auf jedem Laptop lauffähig, gute Boxen sind empfehlenswert. Die Funktionsweise ist ident zum bekannten Videotelefonieprogramm Skype, die DolmetscherInnen sind überaus professionell und auch in Bezug auf medizinische Fachausdrücke geschult.

Die Exploration der PatientInnen sollte natürlich anfänglich behutsam und rücksichtsvoll erfolgen, um Überforderungen zu vermeiden. Im Laufe psychiatrischer oder psychosozialer Behandlungen gilt es, sich langsam schwierigeren, problembehafteten Gesprächsinhalten anzunähern. Unsere Erfahrungen waren überaus positiv, auch bei psychiatrisch deutlich erkrankten, traumatisierten PatientInnen. Eine spezielle Herausforderung stellt die Exploration von PatientInnen mit paranoiden Symptomen dar, da es dabei gilt, die Vorbehalte bezüglich des Mediums mit zu beachten und im Gespräch entängstigend und beruhigend auf sie einzuwirken.

Im Herbst des Jahres 2015 stieg einhergehend mit der steigenden Anzahl an AsylwerberInnen auch die Nachfrage bezüglich der Videodolmetschung massiv an. Die am häufigsten angefragte Sprache war Farsi, der Eigenname der persischen Sprache, die neben dem Iran vor allem in Afghanistan und Tadschikistan gesprochen wird.

AsylwerberInnen aus dem Iran und Afghanistan wandten sich vermehrt aufgrund einer Suchtproblematik an unsere Einrichtung. Während einige Iraner bereits in ihrem Heimatland aufgrund einer

Opioidabhängigkeit im Rahmen einer Substitutionsbehandlung mit Methadon in Tablettenform vorbehandelt sind, sind afghanische AsylwerberInnen bezüglich einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung unbehandelt. Die Erfüllung der in Österreich für eine Opioidsubstitutionsbehandlung notwendigen formalen Kriterien (Substitutionsvertrag, Meldung, amtsärztliche Vidierung) sind für AsylwerberInnen mit massiven Schwierigkeiten verbunden. Dies nicht nur aufgrund der Sprachbarrieren und der Ortsunkenntnis, sondern auch in der Nachvollziehbarkeit dieser Kriterien, die sehr häufig als unverständliche Schikane interpretiert werden. Bei der suchtmmedizinischen Behandlung von AsylwerberInnen ist eine Vernetzung mit anderen Einrichtungen im Asylbereich unumgänglich, da die PatientInnen in den Gesprächen auch immer wieder spezielle Fragestellungen im Zusammenhang ihres Asylverfahrens formulieren, deren Beantwortung Detailkenntnisse erfordern, die nur spezielle NGOs, die im Asylbereich arbeiten, haben. Diese Kooperationen gilt es auszuweiten, darüber hinaus besteht natürlich auch seitens der Asyl-NGOs ein deutlich erhöhter Bedarf an Fortbildungen im Bereich Suchtmittelabhängigkeit und Umgang mit substanzabhängigen KlientInnen. Dahingehend stehen dem Verein Dialog und allen Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes noch große Herausforderungen bevor.

Der Verein Dialog wird aufgrund der sehr positiven Erfahrungen voraussichtlich auch im Jahr 2016 das Videodolmetsch-Projekt weiterführen, sicher gespickt mit neuen spannenden Herausforderungen.

Insgesamt stellt die Arbeit mit AsylwerberInnen und deren suchtspezifische und psychiatrische Problemstellungen eine facettenreiche und faszinierende Herausforderung an das Suchthilfesystem dar. Einschlägige Fortbildungen, Intervisionen und eine intensive Auseinandersetzung mit Aspekten der transkulturellen Psychiatrie, sind notwendige Voraussetzungen. Die Arbeit bietet aber auch die Grundlage, unser Gesundheitssystem zu überdenken und Verbesserungsvorschläge zu lancieren.

**Dr.med. univ. Name: Walter North**  
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie  
Ärztlicher Leiter des Vereins Dialog

# Glückspielsucht bei türkischen MigrantInnen



von Cemil Şahinöz

Das Thema Migration und ihr Einfluss auf die Glückspielsucht rücken zunehmend ins Blickfeld der Suchtforschung.

Studien zeigen, dass Migration einen besonders hohen Einfluss auf Glückspielsucht hat (Petry, 2005; Whelan et al., 2007). Glücksspieler mit Migrationshintergrund haben ein besonders hohes Risiko zur Entwicklung von Spielsucht. Migrationsspezifische Faktoren wie sozio-kulturelle Besonderheiten oder spezifische psychosoziale Belastungsfaktoren führen dazu, dass Migranten weltweit schneller zu Glücksspiel greifen und süchtig werden. Veränderungen durch die Migration können zu Einsamkeit, Orientierungslosigkeit, Entwurzelung, Identitätskrisen, Schuldgefühlen, Verlust an Sicherheit und Gewissheit, sozialem Abstieg, Diskriminierung oder verfehlter Lebensplanung führen und diese dann oft zu Drogen, Alkohol oder Glücksspiel.

Unter den Migranten sind vor allem auch türkische Migranten von der Spielsucht besonders betroffen (vgl. Şahinöz, 2015). Wenn ich von türkischen Migranten oder türkischen Glücksspielsüchtigen spreche, meine ich Menschen, die selbst, ihre Eltern oder Großeltern aus der Türkei nach Deutschland oder Österreich gekommen sind. Es sind also damit nicht die türkische Kultur insgesamt oder gar die Türken in anderen Ländern gemeint. So ergab eine Untersuchung von 51 Drogen- und Suchtberatungsstellen, dass unter den 702 nicht-deutschsprachigen Klienten, die meisten türkischer Herkunft waren: Türkisch (34,2%), Polnisch (19,9%), Italienisch (9,7%), Russisch (9,1%), Arabisch (5,1%), Spanisch (3,3%) und Kroatisch (3,3%) (Meyer, Bachmann, 2011, S. 244). Eine andere Studie ergab, dass 16% der Spielsüchtigen Ausländer sind und davon mit Abstand die größte Gruppe mit 7% die Türken bilden (Bühringer, Türk, 2000). In einer Studie, bei der 5009 Schüler im Alter von 13 bis 19 befragt wurden, waren 21,9% der türkischen Schüler mit deutlichem Abstand vor allen anderen Gruppen Problemspieler (Schmidt, Kähnert, 2003, S. 91ff).

Der Autor dieser Zeilen bietet Familienberatung für Migranten in einem Kreis mit 13 Städten und Gemeinden in Deutschland an. Das vierthäufigste Thema, warum die Beratungsstelle aufgesucht wird, ist Glückspielsucht. Der überwiegende Anteil der türkischen Glücksspielsüchtigen in der Beratung ist männlich und die Spieler befinden sich im Alter von

30-40 Jahren. Die Spieldauer, wenn sie zur Beratung kommen, beträgt durchschnittlich 7-10 Jahre. Meist sind es verheiratete Männer mit einem geringen ökonomischen Status. Fast alle geben an, dass sie an Automaten in Spielhallen spielen. Zudem zeigt sich, dass, wenn türkische Menschen spielen, sie viel spielen. Sie spielen dann Spiele, die schneller abhängig machen und sind dann auch in der Tat schneller abhängig.

Um die Glückspielsucht unter türkischen Migranten in Deutschland analysieren zu können, bietet sich eine differenzierte Betrachtung an. Die Unterscheidung in Generationen (Şahinöz, 2015, S. 35ff) lässt dieses Phänomen besser analysieren und verstehen. Selbstverständlich ist auch die türkische Kultur nicht homogen, daher sollten hier keine Verallgemeinerungen vorgenommen werden.

Die Spieler der ersten Generation, also die ersten türkischen Gastarbeiter, spielen eher in den türkischen Cafés. Meist sind es traditionell türkische Spiele wie »Okey« oder Kartenspiele, die gespielt werden. Dabei geht es zunächst um kleinere Summen an Geld. Für die Spielhallen ist dieses Klientel zu alt.

Als die erste Generation merkte, dass sie nicht schnell wieder in die Türkei zurückkehren, holten sie im Zuge der Familienzusammenführung ihre Familien nach Deutschland. Diese zweite Generation spielt eher an Automaten in Spielhallen. Mit dem Spielen angefangen haben sie jedoch meist in den türkischen Cafés. Irgendwann reichte dort die Einsatzmenge oder der Kick nicht mehr aus, so dass sie in die Spielhallen wechselten. Um nicht erkannt zu werden, werden gerne Spielhallen in der weiten Ferne gesucht. Die Spielhallen sind zu dem öfters Treffpunkte für diese Generation. Viele türkische Männer nutzen diese Orte als Treffpunkte – ähnlich wie die türkischen Cafés – und kommen mit Glücksspielautomaten in Berührung. Da Glücksspielautomaten in der Türkei verboten sind, sind sowohl die Geräte aber auch die Gefahren völlig unbekannt. Auch dass sie in der Mehrheitsgesellschaft Diskriminierung erleben, verstärkt den Treffpunktcharakter der Spielhallen, wo sie keine Ausgrenzung erleben. Viele Spieler berichten auch, dass sie in die Spielhallen gehen, weil es dort kostenlosen Kaffee

gibt. Zudem werden sie beim Spielen am Automaten ständig mit Snacks bedient. So steigert sich ihr Selbstwertgefühl und sie fühlen sich wohl in der Spielhalle. Sie sind hier willkommen und werden akzeptiert. Interessant ist auch, dass sehr viele Spielhallen in Deutschland dreisprachig sind: deutsch, englisch, russisch. Während man sonst nirgends auf Türkisch stößt, bedienen sich Spielhallen dieser Sprache. Dies zeigt, wie hoch der Anteil der türkischen Klientel ist.

Die dritte Generation, also die erste in Deutschland geborene und sozialisierte Generation, spielt im Internet oder Automaten in Spielhallen oder Gaststätten. Diese Generation hat das Spielen ebenfalls durch die türkischen Cafés kennengelernt. Wenn nachts der Vater immer noch im Café war, schickten die Mütter die Söhne ins Café, um den Vater »abzuholen«. Meist sahen sie dort schon im jungen Alter ihre Väter spielen, so dass Glücksspiel für sie zur Normalität wurde. Es war nichts Verwerfliches dabei. Auffällig ist daher, dass bei denjenigen, deren Väter im Café gespielt haben, das Risiko zur Entwicklung von Spielsucht am höchsten ist.

Die vierte Generation, die junge Generation, spielt (noch) nicht in den Spielhallen, jedoch ausgiebig Sportwetten. Diese sind unter den türkischen Jugendlichen erheblich verbreitet und wird nicht selten nicht als Glücksspiel wahrgenommen. Dadurch werden das Risiko und die Suchtgefahr unterschätzt. Das gilt sowohl für die spielenden Jugendlichen als auch für deren Eltern.

Meist beginnt der Spielwerdegang mit Sportwetten, wird auf Grund des Nichterkennenwollens im Internet weitergeführt und endet dann in der Spielhalle. Gespielt werden im Internet überwiegend Poker oder Sportwetten. Vor allem das Spielen im Internet wird in den nächsten Jahren zunehmen, da der Zugang einfacher und schneller ist und für die Spieler damit am wenigsten Kontrollmechanismen vorhanden sind.

Wie schon deutlich wurde, spielen die türkischen Teestuben eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Glücksspielsucht unter türkischen Migranten. Während bis in die 90er das Glücksspiel in den Cafés nur zweit- oder dritrangig war, wandelten sich diese Cafés in den 90ern zu regelrechten illegalen Glücksspielorten. Die Hinterzimmer der Cafés wurden zu Pokerräumen. Ab einer bestimmten Uhrzeit wird in diesen Hinterzimmern für großes Geld gezockt. Cafés, in denen besonders viel gespielt wird, erkennt man daran,

## Meist beginnt der Spielwerdegang mit Sportwetten, wird im Internet weitergeführt und endet dann in der Spielhalle.

dass am Eingang »Zutritt nur für Vereinsmitglieder« steht. Dies soll natürlich nur die Behörden ablenken und den Eindruck eines Vereins vermitteln. Denn die Cafés sind auch ein Thema für Ordnungsamt, Gewerbeamt, Polizei und Finanzamt. Da diese jedoch in der Praxis recht wenig unternehmen (können), wird in der Nichtspieler-Szene diese Tatsache scharf kritisiert. September 2009 wurden in einer Razzia 15 dieser Teestuben in Berlin un-



tersucht. 200 Polizisten beschlagnahmten in diesen Cafés insgesamt 48 Fun-Games Glücksspielautomaten. Diese Arten von Automaten sind seit 2006 verboten, da die Spieldauer nur einige Sekunden beträgt und daher die Suchtgefahr sehr groß ist. Es wäre also leichtsinnig zu glauben, dass sich die Cafés nur durch den Teeverkauf finanzieren. Die Spieler in den Cafés berichten, dass die Café-Besitzer ca. 10 % der Gewinnsomme erhalten. Dies ist für viele Cafébesitzer verlockend, sodass Glücksspiel sehr schnell Einzug in die Einrichtungen findet (Şahinöz, 2015, S. 47ff).

Yaldir hält fest, dass bei türkischen Spielern weder der Islam als Religion noch die Umstände der türkischen Community zur Sucht führen. Vielmehr stellt er folgende Einflussfaktoren fest: Migration als einschneidendes Ereignis, innerer Kulturkonflikt, zu welcher Kultur man gehört, »Spielkultur« – gesellschaftlich anerkanntes Spielen, inhaltsarme Freizeitgestaltung,

Bildungsarmut – nicht nur formal, Bild des Mannes und seine Rolle in der traditionellen Familie, geringere Sensibilität, die Spielsucht als Krankheit zu erkennen, was die Öffnung zur Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen verzögert (Yaldir, 2012, S. 54, 57).

Leider wird Glücksspielsucht in den türkischen Familien öfters unterschätzt. Meist wird es nicht als Problem oder Krankheit, sondern als Charakterschwäche wahrgenommen und geleugnet. Wenn das Problem größer wird, wird es tabuisiert und man spricht nicht darüber. Vor allem für Männer ist es ein Gesichtsverlust, weil sie z. B. durch hohe Verschuldungen die traditionellen Erwartungen an einen türkischen Mann nicht erfüllen können. Dadurch isolieren sich viele von Familie und Gesellschaft. Oft versucht man das Problem innerhalb der Familie zu lösen, so dass es am besten niemand mitbekommt. Nicht selten endet das Ganze mit großen Schulden, Beschaffungskriminalität, Diebstahl, Selbstmordversuchen oder Scheidungen. Vor allem familiären Zusammenbrüchen und Scheidungen begegnet man in der Beratung auffällig häufig.

### Literatur

**Bühringer G., Türk D.** Geldspielautomaten – Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher? Hogrefe: Göttingen, 2000

**Meyer G., Bachmann M.** Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 3. Auflage. Springer: Berlin und Heidelberg, 2011

**Petry N.** Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment. American Psychological Association: Washington, DC., 2005

**Şahinöz C.** Glücksspielsucht unter türkischen Migranten in Deutschland. BOD: Norderstedt, 2015

**Schmidt L., Kähnert H.** Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen – Verbreitung und Prävention. Abschlussbericht an das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. 2003

**Whelan J. P., Steenbergh T. A., Meyers A. W.** Problem and pathological gambling. Hogrefe & Huber Publishers: Cambridge, 2007

**Yaldir T.** Pathologisches Spielen bei türkischstämmigen Migranten – Einflussfaktoren und Behandlungsangebote. Diplomarbeit an der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. 2012

### Cemil Şahinöz

studierte Soziologie und Psychologie und promoviert in den Fächern Theologie und Religionspsychologie. Hauptberuflich arbeitet er als Integrationsbeauftragter und Familienberater. Nebenbei ist er als Glücksspielsuchtberater, Autor und Journalist tätig.

# Spurensuche

Sucht mit Migrationshintergrund

Ich bin mit 6 Jahren mit meiner Mutter und 2 Schwestern nach Österreich gekommen. Wir waren gerade noch rechtzeitig dem Balkan Krieg entkommen. Früher war alles schöner und lebendiger in Ex-Jugoslawien. Ich wuchs die meiste Zeit mit meinen Geschwistern bei Opa und Oma auf. Mama und Papa waren Gastarbeiter und kamen meistens nur am Wochenende nach Hause. Papa hatte in Wien Arbeit gefunden und versprach uns eine neue Heimat. 1991 fing der Krieg am Balkan an. An dem Tag, an dem die ersten Schüsse fielen, mussten wir weg. Ein Großcousin fuhr uns trotz einer Brandwunde mit Papas Auto nach Wien. Die Fahrt war die Hölle. Es war sehr schwierig, aber wir kamen irgendwie nach einem Tag Fahrt sicher in Wien an. Wir lebten 1 Jahr lang in Wien, bis wir schließlich nach Kremsmünster gezogen sind. Dort hausten wir zu fünft in einem kleinen Zimmer auf 10 Quadratmetern. Wir gingen zur Schule, sprachen aber kein Deutsch. Du kommst rein in die Schule, alle schauen dich an, du bist neu, aber damals waren die Leute viel cooler als heute. Es gab keine Rassisten ausdrücke oder so. Die Lehrer waren lieb zu uns und wir fanden uns sehr schnell zurecht. Bis heute verbringen wir unser Leben in OÖ und meine Geschwister sind beide glücklich. Mit ihren Kindern stehen sie gut im Leben. Für mich ist es nicht so gut gegangen. Ich bin in eine starke Suchtkrankheit abgerutscht. Als Jugendlicher mit 17 Jahren hab ich meine Lehre zum Elektroinstallateur abgebrochen. Mein Vater und meine Familie machten mir Druck. Mein Vater war ein sehr strenger Kroat. Entweder Job, Lehre oder mit ihm auf die Baustelle. Ich dachte mir »Oh mein Gott, ist das jetzt mein Ende«. Mit Papa auf der Baustelle, gleich mit 17 Jahren, nein ich muss mir was Eigenes finden. Papa schlug mich und meine Schwestern, wenn ihm etwas nicht passte. Anscheinend dachte er, mit Gewalt und Strenge könne er mich auf den richtigen Weg bringen. Am Ende war ich heroinabhängig und hatte mein Leben alles andere als im Griff. Zuhause war die Hölle los. Meine Eltern wurden immer mehr aufmerksam und in der Nachbarschaft verbreitete man heftige Gerüchte über mich. Ich sei der neue Heroin-Dealer. Papa wusste wirklich nicht mehr, was er tun sollte. Reden brachte nicht wirklich viel, also flogen die Fäuste und ich konnte nichts machen, außer Schläge zu kassieren. Wer seine Hand gegen seinen Vater hebt, wird sofort aus der Familie ausgeschlossen und die Brüder suchen den Sohn und verprügeln ihn. Kurz gesagt, die eigenen Onkel gehen auf den Neffen los. Ich war dabei völlig emotionslos. Ich habe mich richtig mies gefühlt. In diesem Entzugsstadium war es mir egal. Sobald ich mir den ersten Schuss verpasste, kam die Trauer und Enttäuschung.

Nikola

Meine Mutter und mein Vater kamen nach Österreich um Schutz und Zuflucht zu suchen, dabei war meine Mutter hochschwanger mit mir. Nachdem ich auf die Welt gekommen war, fand meine Mutter schnell Arbeit und mein Vater auch. Das war damals für Migranten sehr schwer.

Meine Erziehung war sehr streng aufgebaut: Ehrlichkeit, Respekt und Loyalität wurden sehr hoch gehalten. Mann musste für die Familie, da sein, komme was wolle und wenn nicht, dann war man schnell das schwarze Schaf in der Familie. Das hat meine Entwicklung in meiner Jugend sehr geprägt. Schläge waren an der Tagesordnung. Vor allem wenn ich schlechte Noten nach Hause brachte, musste ich mir anhören, wie nutzlos ich bin und wie schlecht.

Als meine Schulzeit anging, tat ich mir sehr schwer, Freunde zu finden, da meine Mitschüler alles Österreicher waren und ich der einzige mit ausländischen Wurzeln. Ich wurde sehr oft als »Scheiss Türke« verarscht, obwohl ich aus Bosnien komme. Die Konsequenz daraus war, dass ich mir Freunde gesucht habe, die meine Sprache kannten bzw. aus ähnlichen Verhältnissen stammten wie ich. In diesem Kreis wurde ich ernst genommen und war ein angesehenes Mitglied einer Gruppe, der nichts und niemand was anhaben konnte, da wir Ausländer zusammen halten müssen. Das waren aber auch die Leute, mit denen ich angefangen habe, zu konsumieren. Meine Familie hatte kein Verständnis für meine Suchtkrankheit, denn für meine Eltern war das keine Erkrankung, sondern Dummheit und mein junges Alter. Sie hofften, dass ich gescheiter werde, aber gescheit sein kann man nicht, weil die Sucht nicht logisch ist.

Als ich mir immer wieder und wieder anhören musste, wie dumm ich bin, nagte das an meinem Selbstbewusstsein und prägte meine Suchtkarriere umso mehr. Ich hab mich sehr missverstanden gefühlt und nahm dadurch umso mehr Drogen, weil ich das Gefühl nicht aushalten konnte, für dumm gehalten zu werden. Mein Vater sagte oft »du bist ein Fall für sich«. Verstanden hab ich mich in der Gruppe meiner Freunde gefühlt. Alle waren Migranten und hatten die gleichen Schwierigkeiten. Die strengen Eltern. Es gab ähnliche familiäre Schwierigkeiten. Die Wohnbedingungen waren nicht immer die schönsten, Geld gab es nicht viel und Zeit für die eigenen Kinder schon gar nicht, weil beide Elternteile arbeiten mussten.

Salim

# Suchtverhalten und Migration<sup>1</sup>



von Gudrun Biffi

Die migrationsbedingte zunehmende Pluralisierung unserer Gesellschaft hat Implikationen für die Suchtprävention.

**M**an kann zwar nicht davon ausgehen, dass Migration an sich ein Auslöser für Suchtverhalten ist, jedoch kann das Zusammenspiel von migrationsbedingten Erfahrungen und etwaigen schwierigen Lebensbedingungen in Österreich die Prävalenz für Sucht beeinflussen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass jede Kultur spezifische Formen des Drogenkonsums kennt bzw. spezifische Verhaltensmuster aufweist, die ins neue Aufnahmeland ‚mitgenommen‘ werden. So haben Menschen im Mittleren und Fernen Osten eine lange Tradition des Konsums von Opiaten, während in Europa, so auch in Österreich, der Alkoholkonsum quasi ‚kulturspezifisch‘ ist. In den unterschiedlichen Kulturen gibt es auch ein bestimmtes Konsumverhalten, das in Österreich nachwirkt; so steht bei Personen aus dem orientalischen Raum die orale Einnahme im Vordergrund, während es in Europa in stärkerem Maße eine Injektionskultur gibt. (Grund et al. 1991, Khabit et al. 2013; Carise & McLelland 1999, Gaita 2013, Hess et al.

2004, Nolte 2007)

Der Wandel der ethnisch-kulturellen Zusammensetzung der Bevölkerung hat also einen Einfluss auf das Muster des Sucht- und Abhängigkeitsverhaltens. Über das Ausmaß und die Struktur der Abhängigkeiten nach ethnisch-kulturellem oder Migrationshintergrund gibt es allerdings in Österreich keine Informationen, wenn man von Erfahrungen aus der Beratungs- und Therapiepraxis absieht. Im jährlichen Bericht zur Drogensituation in Österreich, der im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wird, wird zwar das Konsumverhalten nach Geschlecht und Alter erfasst, nicht jedoch der ethnisch-kulturelle Hintergrund und die Migrationserfahrung.<sup>2</sup> Auch gilt die Aufmerksamkeit eher dem Drogenkonsum und weniger der Abhängigkeit von anderen Faktoren wie Spielen (Computerspielabhängigkeit, insbesondere Online-Rollenspiele) sowie der Nutzung von Gebrauchsmitteln, wie Handy und Fernsehen. Letztere werden im Gegensatz zum Konsum von Substanzen nicht als eigene ICD (International Classification of Diseases)-Kategorie geführt, sondern als ‚abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle‘. (Weigl et al 2015, Kellner 2015) Zu beklagen ist weiters, dass es in Österreich kaum Forschung zum Suchtverhalten von MigrantInnen, vor allem auch von solchen mit Fluchthintergrund, gibt. (Blight et al 2008) Wir wissen allerdings viel über die Größenordnung und die ethnisch-kulturelle Zusammensetzung der Bevölkerung, den Bildungshintergrund, die Erwerbsintegration und die sozialökonomische Stellung in Österreich. (Statistik Austria 2015) Einige dieser Charakteristika sind durchaus hilfreich bei der Entwicklung von kultursensiblen Präventionsmaßnahmen.

Die Studie zu Migration und Sucht von Biffi-Rössl (Hg. 2015) hat gezeigt, dass

Suchtverhalten, Abhängigkeiten sowie Drogenkonsum in verschiedenen Kulturen unterschiedlich konstruiert sind und andere Muster aufweisen. So haben etwa in Befragungen zu einem gesellschaftlich akzeptierten Suchtverhalten nur zehn Prozent der befragten Personen ohne Migrationshintergrund im Glücksspiel ein gesellschaftlich voll akzeptiertes Suchtverhalten gesehen, während der Anteil unter den befragten Menschen der Gastarbeitergeneration und ihrer Kinder bei 30% lag. Die Bereitschaft, über Sucht mit jemandem außerhalb der Familie zu sprechen, ist bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer als bei der ansässigen Bevölkerung. Aber auch die große soziale Bedeutung und Akzeptanz bestimmter Suchtmittel wie Alkohol und Nikotin in Österreich stellt für MigrantInnen eine große Herausforderung dar, insbesondere wenn die Verhaltensmuster im Herkunftsland andere sind. Allgemein gilt aber, dass das Suchtverhalten und die Einstellung zu Suchtmitteln, unabhängig davon, ob sie legale oder illegale sind, von einer Vielfalt von Faktoren abhängen; sie reichen von persönlichen Faktoren, wie etwa psychischen Problemen, über gesellschaftliche Rahmenbedingungen, das soziale Umfeld bis zur lokalen Verfügbarkeit.

Die Studie zu Migration und Sucht hat ergeben, dass ein großer Bedarf an Informationen zum Drogenkonsum und zu Abhängigkeit führenden Verhaltensmustern von Menschen mit Migrationshintergrund besteht. Das Wissen darüber ist oft eine Voraussetzung für die Entwicklung einer adäquaten Suchtpräventionsarbeit. Dabei ist zwischen verschiedenen Kategorien von Präventionsmaßnahmen zu unterscheiden: Strukturelle und universelle Suchtprävention richtet sich mit unterschiedlichen Maßnahmen an die breite Bevölkerung, während selektive und indizierte Suchtprävention bestimmte Zielgruppen ansprechen will. (vgl. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2011: 20f.)

<sup>1</sup> Der Beitrag beruht auf Forschungserkenntnissen des Projekts »Das Verständnis von Sucht von Migranten/innen in Österreich und Implikationen für die Präventionsarbeit« der Donau-Universität Krems. Mehr dazu in Biffi, Gudrun/ Rössl, Lydia (2015) (Hg.): »Suchtverhalten & Migration. Zur Praxis der Präventionsarbeit in Österreich«. Das Projekt wurde im Rahmen des Vertrags zwischen der Pharmawirtschaft und der Sozialversicherung zu den »Gemeinsamen Gesundheitszielen« gefördert.

<sup>2</sup> Im Gegensatz dazu wird in Einwanderungsländern wie USA und Australien der spezifischen Betreuungs- und Präventionsarbeit von Einwanderern und Flüchtlingen besonderes Augenmerk geschenkt, siehe website <http://cac.hhd.org/>, sowie <http://www.damec.org.au/>; [http://www.edc.org/newsroom/articles/substance\\_abuse\\_among\\_immigrant\\_communities](http://www.edc.org/newsroom/articles/substance_abuse_among_immigrant_communities)



Auf der strukturellen Ebene der Suchtprävention bräuchte es einen möglichst niederschweligen Zugang zu Information und Gesundheitseinrichtungen unter Einbeziehung der österreichischen Medien, sowie verbesserte Aus- und Weiterbildung von Betreuungspersonal, Lehrkräften und DolmetscherInnen. Interkulturelle Kompetenzen und diversitätssensible Maßnahmen sollten in bestimmten Berufen als Selbstverständlichkeit angesehen werden, insbesondere in pädagogischen sowie sozialarbeiterischen Berufsfeldern. Auf der Ebene der universellen Suchtprävention, die die ganze Bevölkerung sensibilisieren soll, wären vermehrt Informationen zur psychischen und physischen Dimension von Sucht und Abhängigkeit anzubieten; darüber hinaus sollte es zu einer Enttabuisierung dieses komplexen Themas kommen. Will man der zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit Hilfsmittel in die Hand geben, sind Informationen zu interkulturellen Unterschieden ebenso wie zu Gemeinsamkeiten wichtig. Dabei ist eine primäre Frage, ob und wie man die Zielgruppen erreichen kann. In dem Zusammenhang wird kein Weg an einer Erweiterung der familienbasierten Arbeit über Multiplikatoren/-innen, Coachings etc. vorbeigehen. Die selektive und indizierte Suchtprävention gewinnt insbesondere im Zusammenhang mit der Betreuung von AsylwerberInnen an Bedeutung.

#### Literatur

**Biffi, Gudrun/ Rössl, Lydia (Hg.) (2015):** Suchtverhalten & Migration. Zur Praxis der Präventionsarbeit in Österreich. Verlag Omnium KG: Bad Vöslau.

**Blight, K. Johansson, Persson, J.-O., Ekblad, S., Ekberg, J. (2008)** Medical and licit drug use in an urban/rural study population with a refugee background, 7-8 years into resettlement. *GMS Psycho-Social-Medicine* Vol. 5.

**Carise, D., McLellan, T. (1999):** Increasing Cultural Sensitivity of the Addiction Severity Index (ASI): An Example With Native Americans in North Dakota. Special Report, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED449953.pdf> (abgerufen 3.1.2016)

Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Lissabon. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards> [10.12.2014]

**Gaita, Paul (2013):** Gaming addiction on the rise in Asia. The fix. <https://www.thefix.com/content/gaming-addiction-rise-asia> (abgerufen 3.1.2016)

**Grund, J. P., et al. (1991):** »Needle Sharing in the Netherlands: An Ethnographic Analysis.« *American Journal of Public Health* 81.

**Hess, H./ Kolte, B./ Schmidt-Semisch, H. (2004):** Kontrolliertes Rauchen. Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen. Freiburg i.B.

**Khatib, M., Jarrar, Z., Bizrah, M., Checinski, K. (2013)** Khat: Social Habit or Cultural Burden? A Survey and Review, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, Volume 12, Issue 2:140-153.

**Nolte, Frank (2007):** »Sucht« – Zur Geschichte einer Idee. In: **Dollinger, Bernd/Schmidt-Semisch, Henning (2007):** Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. VS Verlag: Wiesbaden. S. 47 – 58.

**Statistik Austria (2015):** migration&integration. zahlen. daten. indikatoren 2015. Wien.

**Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E., Klein, C., Kerschbaum, H., Kellner, K. (2015).** Bericht zur Drogensituation 2015. ÖBIG und BMG, Wien. [http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht\\_zur\\_drogensituation\\_2015.pdf](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht_zur_drogensituation_2015.pdf) (abgerufen 3.1.2016)

#### Univ.-Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> habil. Gudrun Biffi

ist Wirtschaftswissenschaftlerin, sie leitet das Department Migration und Globalisierung an der Donau Universität Krems und war von 2010 bis 2015 Dekanin der Fakultät Wirtschaft und Globalisierung. Sie ist seit 1977 Konsultantin der OECD in Migrationsfragen, seit 2010 Mitglied des Expertenrates für Integration des Bundesministeriums für Inneres bzw. seit 2014 des Bundesministeriums für Europa, Integration und Äußeres. Sie ist Vorsitzende des Statistikrates von Statistik Austria. Biffi ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Sir Peter Ustinov Instituts für Vorurteilsforschung und des EcoAustria Instituts für Wirtschaftsforschung.



# Migration und psychische Gesundheit von Jugendlichen



von Barbara Strohmeier

Migration bedeutet im Wortsinn Mobilität, das heißt, das zentrale Merkmal von Migration ist der kurz- oder langfristige Wechsel des Aufenthalts- oder Wohnortes.

Es gibt viele Facetten von Migration, weshalb Migrationserfahrungen überaus komplex sind. Aus der Sicht der Entwicklungspsychologie ist Migration ein »kritisches Lebensereignis«, weil Kinder und Jugendliche vor der Aufgabe stehen, den Ortswechsel und die sich in der neuen Umgebung stellenden Herausforderungen zu bewältigen.

Unterschieden wird, ob die Migration innerhalb eines Landes stattfindet (Binnenmigration) oder von einem Staat in einen anderen (internationale Migration). Migration kann freiwillig erfolgen (z.B. Arbeitsmigration, Familiennachzug) oder erzwungen und damit unfreiwillig sein (z.B. Flucht und Asyl). Menschen, die selbst einen Ortswechsel in ein anderes Land erlebt haben, werden als »erste« Generation bezeichnet, Kinder bzw. Enkelkinder von Migrantinnen und Migranten werden als »zweite« respektive »dritte« Generation bezeichnet.

Die Anforderungen, die sich aufgrund des Ortswechsels stellen, lassen sich in allgemeine und migrationsspezifische Herausforderungen untergliedern. Unter allgemeinen Herausforderungen werden jene verstanden, die grundsätzlich alle Kinder und Jugendlichen zu bewältigen haben, beispielsweise den Aufbau von Beziehungen mit Gleichaltrigen. Migrationsspezifische Herausforderungen sind solche, die sich aufgrund der Migration zusätzlich ergeben, beispielsweise die Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen in der neuen Umgebung oder das Erlernen einer neuen Sprache.

## Theoretische Modelle in der Psychologie

In der psychologischen Forschung wird Migration meist unter Heranziehung von »Akkulturationsmodellen« (Berry, 1997) analysiert. Diese Modelle gehen davon aus, dass Migration sowohl den Migrantinnen und Migranten als auch den Nicht-Migrantinnen Anpassungsleistungen abverlangt. Diese Anpassungsprozesse werden unter dem Oberbegriff der Akkulturation

zusammengefasst. Für die Akkulturation sind gemäß dieser Modelle zwei Dimensionen wichtig: (1) Kontakt und (2) Identität. Kontaktsituationen, die unterstützende soziale Beziehungen ermöglichen, sind entscheidend für eine positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In der Schule beeinflussen die Beziehungen mit Gleichaltrigen die psychologische und soziokulturelle Anpassung. Es ist evident, dass Gleichaltrige ein wichtiges soziales Umfeld für die Entwicklung von Kognitionen, Emotionen und Verhaltensmustern bieten.

Identität stellt ein vielseitiges Konstrukt dar, das eine Vielzahl relevanter Bereiche, wie z.B. das Geschlecht, die nationale, ethnische und kulturelle Zugehörigkeit, etc. beinhaltet. Identität bezieht sich auf ein subjektives Gefühl der Ganzheit und Kontinuität und dient als Wegweiser für Entscheidungen. Identität entwickelt sich über die Zeit als ein Prozess der Reflexion und der Beobachtung. Eine reife Entwicklung der Identität führt zu psychischem Wohlbefinden. Die Entwicklung der Identität wird aufgrund von kritischen Lebensereignissen (wie z.B. Migration), aber auch im Zuge von Reifeentwicklungen (wie z.B. Pubertät) verstärkt angestoßen. Migrationserfahrungen bringen meist mit sich, dass es zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit der eigenen kulturellen, ethnischen oder nationalen Identität kommt.

Das Ergebnis der Akkulturation wird Adaptation (= Anpassung) bezeichnet. In der psychologischen Forschung wird meist zwischen psychologischer Adaptation und soziokultureller Adaptation unterschieden (Ward, 2001). Unter psychologischer Anpassung werden Bereiche wie zum Beispiel Selbstwertgefühl, Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, Angst, oder Depression subsumiert. Unter soziokultureller Anpassung versteht man die Qualität von sozialen Beziehungen, soziale und interkulturelle Kompetenz sowie Schulleistungen.

Die Kombination der Akkulturations-

strategien der Migrantinnen und Migranten und der Akkulturationsorientierungen der Einheimischen bestimmen, ob eine positive Anpassung gelingt.

### Psychische Gesundheit von Jugendlichen

Die Depressionsneigung steigt im Jugendalter stark an und wird häufig mit den vielfältigen körperlichen und psychischen Veränderungen während der Pubertät erklärt (z.B. Cicchetti & Toth, 1998). Generell haben Mädchen eine höhere Depressionsneigung als Jungen. Dieser Geschlechtseffekt zeigt sich auch im Erwachsenenalter (z.B. Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Es wird davon ausgegangen, dass Migration ein Stressor ist, der nur dann zu psychischen Beeinträchtigungen führt, wenn nicht genügend persönliche und soziale Bewältigungsressourcen vorhanden sind. Internationale Studien zeigen, dass Jugendliche der ersten Generation eine höhere Depressionsneigung aufweisen als Jugendliche der zweiten Generation bzw. als Jugendliche ohne Migrationserfahrung (Sam, Vedder, Liebkind, Neto, & Virta, 2008). Dieser Befund wird häufig damit erklärt, dass die sich durch Migration stellenden Herausforderungen für Jugendliche der ersten Generation höher sind als für Jugendliche ohne Migrationserfahrung oder der zweiten Generation.

Migration wird als ein kritisches Lebensereignis betrachtet, welches das Leben dramatisch verändert und den Jugendlichen sehr große Anpassungsprozesse abverlangt. Neben diesem dramatischen Einschnitt, der durch die Migration bedingt ist, sind die Jugendlichen jedoch auch mit einer Reihe von alltäglichen Belastungen konfrontiert. Studien zeigen, dass alltägliche Belastungen stärker mit psychischer Gesundheit zusammenhängen als große, einschneidende kritische Lebensereignisse (Kanner, Feldman, Weinberger, & Ford, 1987).

### Österreichische Studie mit Jugendlichen der ersten und zweiten Generation

Um das Ausmaß der depressiven Verstimmung sowie der alltäglichen Belastungen bei Jugendlichen der ersten und zweiten Generation in Österreich abschätzen zu können, wurde eine Studie durchgeführt

Es wird davon ausgegangen, dass Migration ein Stressor ist, der nur dann zu psychischen Beeinträchtigungen führt, wenn nicht genügend persönliche und soziale Bewältigungsressourcen vorhanden sind.

(Stefanek, Strohmeier, Fandrem, & Spiel, 2012). 330 Jugendliche ohne Migrationshintergrund, 120 Jugendliche der ersten und 159 Jugendliche der zweiten Generation im Alter von 16 Jahren nahmen an einer Fragebogenstudie teil. Erhoben wurden depressive Symptome und alltägliche Belastungen in verschiedenen Bereichen. Die Analysen zeigten, dass Jugendliche der ersten Generation über mehr depressive Symptome und mehr alltägliche Belastungen in der Familie, in Bezug auf sich selbst, sowie die Zukunft betreffend berichteten, als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Das heißt, auch die Daten aus Österreich belegen, dass Jugendliche mit Migrationserfahrung (vor allem jene der ersten Generation) eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen als Jugendliche ohne Migrationserfahrungen. In dieser Studie (Stefanek, et al., 2012) wurde auch der Zusammenhang zwischen alltäglichen Belastungen und depressiven Symptomen untersucht. Sowohl bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, als auch bei Jugendlichen der ersten und zweiten Generation zeigte sich, dass eine hohe Ausprägung alltäglicher Belastungen mit einer hohen Ausprägung depressiver Symptome einherging. D.h. jene Jugendlichen, die depressive Symptome aufwiesen, wiesen – unabhängig vom Migrationshintergrund – mehr alltägliche Belastungen auf, als jene Jugendlichen, die keine depressiven Symptome aufwiesen.

### Implikationen für die Praxis

Alltägliche Belastungen haben eine hohe Bedeutung für die psychische Gesundheit von Jugendlichen. Für die Praxis lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

(1) Gesundheitsförderung von Jugendlichen mit Migrationserfahrungen gelänge durch eine Reduktion der alltäglichen Belastungen am besten.

(2) Zukunftsängste bei Jugendlichen könnten durch konkrete Angebote (bzw. auch gezielte Informationen darüber) abgebaut werden.

(3) Elternarbeit wäre ebenfalls sehr wichtig, um Belastungssituationen im Elternhaus zu reduzieren.

### Literatur

**Berry, J. W. (1997).** Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-68.

**Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998).** The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.

**Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A., & Ford, M. E. (1987).** Uplifts, hassles, and adaptational outcomes in early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 7, 371-394.

**Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994).** The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.

**Sam, D. L., Vedder, P., Liebkind, K., Neto, F., & Virta, E. (2008).** Immigration, acculturation and the paradox of adaptation in Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(2), 138-158.

**Stefanek, E., Strohmeier, D., Fandrem, H. & Spiel, C. (2012).** Depressive symptoms in native and immigrant adolescents: the role of critical life events and daily hassles. *Anxiety, Stress, and Coping*, 25, 201-217.

**Ward, C. (2001).** The A, B, Cs of acculturation. In D. Matsumoto (Ed.), *The handbook of culture and psychology* (pp. 411-445). Oxford, UK: Oxford University Press.

### FH-Prof.<sup>in</sup> PD Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Dagmar Strohmeier

Professorin für Interkulturelle Kompetenz, Fachhochschule Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit / Soziales, Masterstudiengang Soziale Arbeit. Sie hat eine Reihe von Studien zur sozialen Integration und psychischen Gesundheit von Jugendlichen durchgeführt, sowie ein Programm zur Förderung sozialer und interkultureller Kompetenzen in der Schule entwickelt, implementiert und evaluiert (WiSK Programm).

Anschrift: Fachhochschule Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit / Soziales, Garnisonstrasse 21, 4020 Linz, dagmar.strohmeier@fh-linz.at

# DGPPN Kongress 2015 in Berlin



von Human-Friedrich Unterrainer

Wie jedes Jahr fand auch heuer der Internationale Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin statt.

Der Kongress stand heuer unter dem Motto: »Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken«. Die Veranstaltung mehr als 9.000 TeilnehmerInnen verzeichnen. Es gab insgesamt 578 wissenschaftliche Sitzungen bei 1.563 ReferentInnen, Vorsitzenden und PosterautorInnen. Obwohl der Kongress zum großen Teil aus deutschsprachigen Beiträgen bestand, konnten Gäste aus insgesamt

54 Ländern begrüßt werden.

Das Themenfeld deckt wie immer das gesamte Feld der Psychiatrie, Klinischen Psychologie und Psychotherapie bzw. angrenzende Disziplinen wie Philosophie und Soziologie ab. Ein großer Stellenwert kommt natürlich auch den Neurowissenschaften zu: Neuropsychiatrische Forschungsarbeiten bilden mittlerweile schon traditioneller Weise einen großen Themenblock. Darüber hinaus ist bei Betrachtung der Inhaltsübersicht zu bemerken, dass in diesem Jahr ein Hauptaugenmerk auf sozialpsychiatrische Themen gelegt wurde. So finden sich auffallend viele Beiträge mit gesellschaftspolitischer Relevanz, auch wurde aufgrund der aktuellen Situation ein spezieller Fokus auf die Bereiche: Flüchtlinge und Migration gelenkt.

Auch in diesem Jahr konnten wieder prominente Hauptvortragende gewonnen werden. So hielt zum Beispiel der ehemalige Präsident der American Psychiatric Association (APA), Prof. Jeffrey A. Lieberman einen Vortrag zu pathogenen Mechanismen bei schizophrenen Psychosen. Eine der führenden BindungsforscherInnen Prof. Ruth Feldman referierte über Aspekte der generationenübergreifenden Übermittlung von Psychopathologie und Resilienz. Abseits der ernstesten Kongress Themen hielt der Bestseller-Autor Manfred Lütz einen kabarettistischen Vortrag über die Werte, die Wahrheit und das Glück.

Im Rahmen von zwei Symposien wurde auch die Rolle von Religiosität und

Spiritualität in der Behandlung von psychischen Erkrankungen diskutiert. Dies geschah auch auf Empfehlung der Kongresspräsidentin Frau Drin. Iris Hauth. Mir wurde auf Einladung von Herrn Prof. Dr. med. Eckhard Frick von der »Forschungsstelle Spiritual Care« an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie München hin die große Ehre zuteil, einen Vortrag zur Thematik »Spiritualität bei Suchterkrankungen« im Rahmen eines dieser beiden Symposien zu halten. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich für diese Möglichkeit bedanken, die Arbeit des Zentrums für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein Grüner Kreis auch einem breiteren Fachpublikum vorstellen zu können. Die weiteren zwei Vorträge wurden zur religiös/spirituellen Dimension bei Depression (Prof. Friedel Reischies, Berlin) bzw. bei schizophrenen Psychosen (Prof. Frank-Gerald Pajonk, Kloster Schäftlarn) gehalten. Ohne jetzt hier auf Einzelheiten der Beiträge eingehen zu können, bleibt die Auseinandersetzung hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen der Integration religiöser und spiritueller Inhalte in die psychiatrische Behandlung spannend – spannend auch für das Publikum: Unser Symposium war sehr gut besucht, auch ermöglichten einige interessierte (und durchaus kritische) Wortmeldungen eine lebendige Diskussion zur Abrundung einer sehr gelungenen Präsentation.

Ansonsten zeigte der DGPPN Kongress sein gewohntes Antlitz: Eine Fülle von hochkarätigen Vorträgen in Kombination mit der Unmöglichkeit, diese alle zu besuchen. Die Möglichkeiten zum fachlichen Austausch waren wie immer hervorragend gegeben. Die Stimmung war insgesamt sehr gut, obwohl ob der politischen Krisensituation etwas angespannt. Somit war Berlin wieder einmal eine Reise wert...und für mich im Besonderen, obwohl vom Wetter her frostig, abseits des Kongressgeschehens, dank der Vielzahl an antiken Flohmärkten auch wärmstens zu empfehlen.

**PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer**  
Klinischer- und Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut  
Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung im Verein Grüner Kreis | [www.a-research.info](http://www.a-research.info)  
Priv.-Dozent an der Karl-Franzens-Universität Graz und Universität Wien



Der Auror bei seinem Vortrag zum Thema »Spiritualität bei Suchterkrankungen« beim DGPPN-Kongress in Berlin

# Suchtprävention bei türkischen MigrantInnen in Österreich



von Erdal Kayhan

Seit Jahren habe ich wegen meiner türkischen Herkunft und meinem Beruf als Psychologe die Möglichkeit, mit Menschen und Familien, die aus der Türkei stammen, zu arbeiten.

Wenn ich gefragt werde, mit welchen psychologischen Anliegen diese Gruppe auf mich zukommt, nenne ich seit Jahren u.a. Spielsucht und in den letzten Jahren Drogenkonsum und damit häufig verbunden Eltern- und Paarberatung. Unter den Personen, die zur 1. Generation zählen, sind jegliche Formen von Sucht kaum ein Thema, wobei in den letzten 10 Jahren ein rapider Anstieg des Drogenkonsums – v.a. Cannabis, Heroin, Amphetamine – bei den Jungen der 2. und 3. Generation mit Migrationshintergrund zu beobachten ist. Es suchen viele Eltern bzw. Familien muttersprachliche Suchtberatung über Drogenkonsum und Suchtprävention auf. Dieses Problem ist vor allem bei den jungen männlichen Personen verbreitet, wobei in der letzten Zeit immer mehr junge Frauen mit Migrationshintergrund zu Drogen greifen. Aus diesem Grund wird der Bedarf für eine effektive Suchtprävention bei diesen Generationen immer wichtiger.

Bei den türkischen MigrantInnenfamilien wird immer wieder beobachtet, dass das Wissensniveau über Drogen- und Verhaltenssuchte unzureichend ist. Außerdem ist diese Gruppe wegen ihrer kulturellen und auch religiösen Ansichten bezüglich Sucht und Drogen besonders empfindlich. Dies führt zu einem mangelhaften und kontraproduktiven Suchtverständnis, obwohl eine

effektive Suchtprävention sehr erwünscht ist. Die präventive Arbeit ist gleichzeitig und intensiv auch bei den Eltern anzusetzen.

Neben Drogenkonsum ist Spielsucht bei den männlichen Personen aus der Türkei ein sehr verbreitetes Problem. Hauptsächlich kommen sie über Heirat nach Österreich und in den meisten Fällen haben sie keine Familienangehörigen bzw. Familienmitglieder aus ihren ursprünglichen Familien. Der soziale und wirtschaftliche Abstieg bzw. eine schwächere Rolle in ihren sozialen und familiären Beziehungen ist der gemeinsame Nenner. Bei den Betroffenen ist außerdem auffällig, dass sie in ihrem Leben bis zur Suchtentwicklung niemals mit Glücksspielen zu tun hatten. Es scheint, dass diese Form der Sucht eng mit der Migration in Zusammenhang steht.

Der Alkoholkonsum ist in der türkischen Community aus religiösen Gründen sehr umstritten, gewinnt aber zunehmend an Bedeutung. Obwohl Alkohol im Herkunftsland Türkei wie auch in Österreich legal erhältlich ist, wird dieser nicht immer offen konsumiert. In der Türkei wird Alkohol im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in sehr niedrigen Mengen konsumiert, wobei der Umgang damit je nach Region unterschiedlich ist. In städtischen Gebieten ist ein offener Konsum zu sehen, wobei in ländlichen Teilen der Konsum nicht in der Öffentlichkeit gehandhabt wird. In der türkischen Community in Österreich ist es normalerweise unerwünscht, dass Kinder und Jugendliche mit Alkohol in Kontakt kommen bzw. Alkohol konsumieren.

Drogenkonsum bzw. Abhängigkeit oder eine Verhaltenssucht bei den MigrantInnen fordert in vielen Fällen nicht nur eine individuelle Beratung/Behandlung sondern auch eine familiäre Unterstützung und Beratung. Erfahrungsgemäß kann man sagen, dass ohne familiäre Einbeziehung die Erfolgschance der Behandlungen bzw. Beratungen sinkt und es kann zu weiteren familiären Problemen kommen. Andererseits aber ist die Behandlungsbeteiligung der Familien in manchen Fällen sogar kontraproduktiv. In mancherlei Hinsicht weisen die MigrantInnen unterschiedliche Bedürfnisse auf und benötigen dementsprechend unterschiedliche Behandlungs- und Beratungsformen. In Zusammenarbeit mit der Wiener Drogenkoordination wird in Schulen und in anderen öffentlichen Institutionen laufend

Präventionsarbeit geleistet. Außerdem haben Institutionen wie Fem-Süd, Men-Süd, Interface seit ca. 10 Jahren eine gewisse Anzahl muttersprachlicher Suchtpräventionsseminare bei den MigrantInnenvereinen organisiert und finanziell unterstützt. 2012 hat das Institut für Suchtprävention eine Broschüre in türkischer Sprache herausgegeben. Diese und ähnliche Bemühungen sind zwar sehr willkommen, wobei muttersprachliche und kulturadäquate Angebote bei den ansässigen Institutionen (Spitäler, Drogenberatungsstellen...) weiterhin nicht ausreichend sind.

In Österreich wird multikulturelle Beratung bzw. Behandlung im psychosozialen Bereich meistens von Personal durchgeführt, das ebenfalls aus demselben kulturellen Kreis der KlientInnen stammt. Beratungssituationen können sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden, wenn die beratende Person Migrationshintergrund hat. Es bedeutet nicht automatisch, dass eine positive Wirkung in die Beratungssituation einfließt, wenn die beratende Person denselben Migrationshintergrund hat. Es ist jedenfalls von den MigrantInnen sehr erwünscht, dass die BeraterInnen in ihrer Sprache sprechen bzw. die kulturelle Interaktion stattfindet. D.h., sie betonen immer wieder, dass diejenige Person, welche die Beratung übernimmt, die kulturellen Eigenheiten der Gruppe näher kennt und dementsprechende Lösungen bzw. Informationen anbietet. Die tatsächliche Herkunft des Beraters oder der Beraterin ist dabei nachrangig. Entscheidend ist das Wissen über den kulturellen Hintergrund und ein entsprechendes Einfühlungsvermögen. Nur BeraterInnen mit Migrationshintergrund einzusetzen, wäre allerdings eine Ghettobildung in einem anderen Kontext. Eine multikulturelle Beratung ist optimal möglich, wenn auch unter den Professionisten unterschiedliche Kulturen vertreten sind. Bei ansässigen Institutionen sollten in Zukunft verstärkt multikulturelle Fachteams gebildet werden und Sucht- und Drogenprävention für MigrantInnen angeboten werden.

## Mag. Erdal Kayhan

Klinischer- und Gesundheitspsychologe  
ehrenamtlicher Bewährungshelfer, psychosozialer  
Asyl- und Familienberater

# Kunst im Grünen Kreis



von Kurt Neuhold

Es ist eine Gratwanderung: Wie nähert man sich einem Thema, das im Brennpunkt der gesellschaftlichen Auseinandersetzung steht, bei dem es vorrangig um Menschen in einer Extremsituation gehen sollte, die Betroffenen selbst jedoch (fast) keine Stimme haben?

Eine Politik der Gefühle, die geprägt ist von Bedrohungsszenarios, Ängsten, aber auch von sozialen Utopien, hat uns fest im Griff; teilt uns in »wir« und »die Anderen«, in »zugehörig« und »nicht zugehörig«, drängt uns alle in eine Opferrolle? Doch wer ist Opfer, wer Täter?

Bilder haben an diesen Rollenzuschreibungen einen wesentlichen Anteil. Wer produziert diese Bilder? Wo und wie werden sie veröffentlicht, welche »mehr als tausend Worte« sollen damit gesagt werden? Fragen der Sichtbarkeit und des Sehens sind eng an gesellschaftliche Machtverhältnisse gebunden. Mit Bildern wird Politik gemacht; sie dienen der Begründung und Rechtfertigung politischer Entscheidungen. Sichtbarkeit bedeutet politische Relevanz – logisch also, dass die Repräsentation durch öffentliche Bilder heiß umkämpft ist.

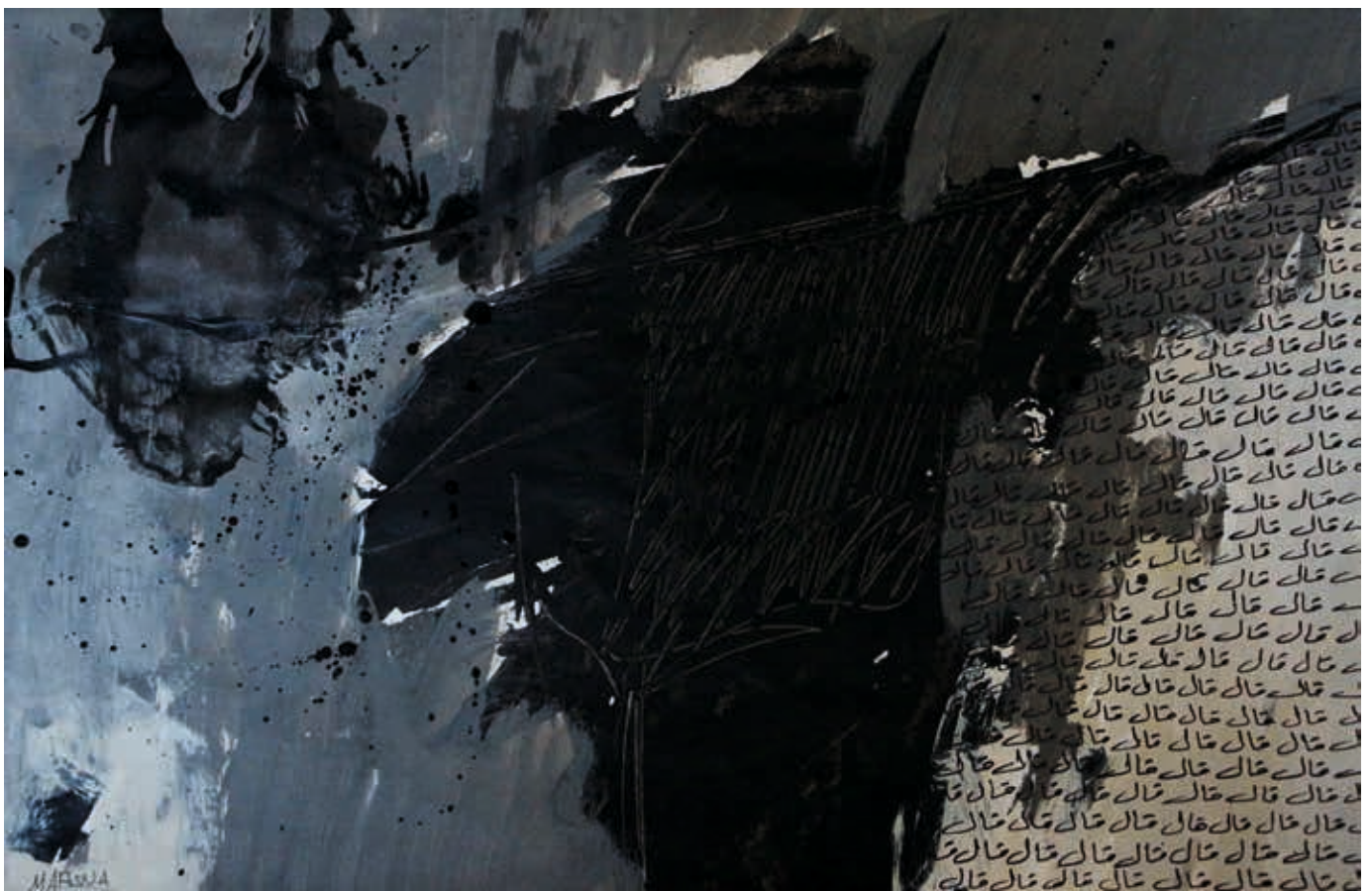
In unserer Mediengesellschaft bleibt alles, was nicht bildwürdig ist, unsichtbar. Trotz Facebook und Instagram ist es für »machtlose« Menschen fast nicht möglich, die eigene Geschichte mit selbstbestimmten, selbst produzierten Bildern zu erzählen. Darauf Einfluss zu nehmen, welches Bild aufgenommen und gezeigt wird, ist ein Anliegen vor allem von jenen, deren Abbildungen ungefragt zur Stimmungsmache und für Verallgemeinerungen benutzt werden.

Ist eine andere visuelle Kultur, sind Alternativen möglich? In der POOL7-Galerie bemühen wir uns darum. POOL7 ist ein Ort der Begegnung, des sozialen und kulturellen Austausches. Soziales Engagement und Kunst ergänzen einander. Daraus erwächst eine wertschätzende Haltung, die Kunstschaffende dabei unterstützt, neue, ungewohnte oder experimentelle Ausstellungsformen zu wagen. Die wichtigsten Akteure in der POOL7-Galerie sind stets die KünstlerInnen und ihr individueller, zu einem Kunstwerk geformter Blick auf die Welt!

## Black Blood

Marwa Sarahs künstlerischen Blick auf die Welt und ihre Bilder zeigen wir vom 17. März bis 15. April in der POOL7-Galerie. Die Ausstellung »Black Blood« der jungen syrischen Künstlerin wird in Kooperation mit der von »kulturen in bewegung« initiierten Veranstaltungsreihe »Syrian Links – Open« realisiert. »Syrian Links – Open« öffnet Fenster und Türen zu Kunst und Kultur aus Syrien. Den nun in Österreich lebenden KünstlerInnen wird Raum und Präsentationsfläche, sowie die Möglichkeit zur Vernetzung und Etablierung in der österreichischen Kunstszene geboten.

Kunst und Kultur vermögen Sprachbarrieren zu überwinden und werden über



Marwa Sarah



Aus riesigen Grafiken auf großformatigen Papierbögen, in die sich die Protagonisten hineinlegten oder setzten, wurden beim »streetart«-Workshop mit Claudia Marina Bauer »lebendige Bilder« geschaffen, die anschließend aus verschiedenen Perspektiven fotografiert wurden. Die Fotografien sind vom 19. Mai bis 10. Juni gemeinsam mit Arbeiten von Christoph Fialla und Bernhard Weidlinger in der POOL7-Galerie ausgestellt.

Syrian Links als Mittel eingesetzt, den Austausch zwischen Menschen aus Syrien und denen aus Österreich zu fördern. Musik, bildende und performative Kunst, Literatur, etc. vermitteln auf je unterschiedliche Weise die Erfahrungen der Geflüchteten und stellen somit eine tragfähige Brücke her.

#### **Marwa Sarah schreibt zu ihrer Ausstellung:**

Die Welt spielt verrückt, alles erreicht seine Grenzen, Krieg und Liebe, Freude und Trauer – Kompromisse gibt's keine mehr.

Farbschattierungen schwinden, das Leben wird härter. Schwarz und Weiß dominieren.

Grautöne würden manche Probleme lösen, doch meist ist dies nicht möglich.

Schwarz und Weiß stehen in dieser Ausstellung für die ungelösten Probleme von Krieg und Frieden. Farben, hinzugefügt, könnten die Spiritualität fördern.

Und Blut muss schwarz bleiben.

#### **Rahmenprogramm zur Ausstellung:**

Vernissage: 17. März 2016, ab 19 Uhr

Eröffnung: Virgil Widrich, vielfach ausgezeichnete Drehbuchautor, Filmemacher, Multimediakünstler und Professor an der Univ. für Angewandte Kunst

Musikalische Umrahmung: Salah Ammo

Podiumsdiskussion: 7. April 2016, 19.30 Uhr

Thema: »Syrische Kunst in der Diaspora«

## **Kunst im Grünen Kreis – Workshops**

### **Poesie und Skulptur in der Villa**

Worte, Texte, Bilder und Gegenstände sind das Arbeitsmaterial der aus dem Theaterbereich kommenden Workshopleiterin Alexandra Reisinger. Sprache ist der kreative Rohstoff, der bearbeitet wird. Erlernte Formen und grammatikalische Regeln spielerisch aufzulösen und sich von diesem Spiel mit der Sprache selbst überraschen zu lassen, ist ein Teil ihrer Workshoparbeit. Es entstehen einfache Gedichtformen, Wortsammlungen mit nur einem Vokal oder Permutationen, die sich entwickeln, wenn man Eigenschaftswörter oder Vorsilben verschiebt.

Die befremdlichen Begriffe reizen zu ungewöhnlichen Phantasien und ebensolchen Texten:

### **Fahrendes Haus**

Das fahrende Haus bewegt sich über die Landstraße. Es regnet ein wenig und die Straße ist rutschig. Als ein Reh versucht, die Straße zu überqueren, muss das Haus bremsen. Unglaublicherweise springt das Reh durch die Haustür und geht ins Wohnzimmer. Dort setzt es sich aufs Sofa und beginnt fernzusehen. Den Hauseigentümer stört das nicht.

### **Grüner Schnitt**

Man sah den grünen Schnitt schon von weiter Ferne. Warum bist du so grün, fragt man ihn. Doch darauf hat er keine Antwort. Ich war immer schon grün, sagt er. Soweit ich mich erinnern kann, waren alle Schnitte rot und nur ich war grün. Der einzige

zu sein, macht auf Dauer sehr einsam. Da hast du Recht, sagt der grobe Berg, aber wenn du willst, können wir gemeinsam einsam sein.

In einer zweiten Arbeitsphase werden Fundstücke aus der Natur zu Objekten gestaltet.

Alexandra Reisinger schreibt: »In den Wald zu gehen, ist bei allen auf Begeisterung gestoßen. Statt zu plaudern, Ohren und Augen offen zu halten, zu finden, ohne zu suchen, war ein interessantes sinnliches Experiment. Wir hatten uns mit Bildern von Ritualgegenständen wie Masken, Geisterfallen, Traumfängern, Rasseln eingestimmt auf Gegenstände, die uns in der Natur begegnen: Hölzer, Steine, Moos, Rinden, Federn, all das, was uns anspricht, uns helfen kann, ein Objekt zu kreieren. Einen "Kraftgegenstand", der uns im alltäglichen Leben unterstützt, der versinnbildlicht, was wir zurzeit dringend brauchen. Geborgenheit, Sicherheit, Stärke, Ruhe, Stabilität, so die Themen. Unterstützt durch Fäden, Farben, Papier und Leim hat jeder für sich das ursprünglich in Stille und Entspannung Gefundene umgesetzt. Faszinierend zu sehen, wie unterschiedlich die entstandenen Werke und ihr Ausdruck geraten sind. Ausdruck ist auch die Idee dahinter, keineswegs Dekoration. Ausdruck dessen, was gerade gezeigt und gelebt werden will. Das Einlassen darauf, die gemeinsamen Prozesse, sehe ich als wesentliche Teile unserer fruchtbaren Arbeit. Und gemeinsam wurde dann noch ein Palmblatt gestaltet, für das wir einen Platz vor der Villa ausgesucht haben... vielleicht steht es schon dort.«

### **Kurt Neuhold**

Leiter Kunst im Grünen Kreis

# Gastvortrag

## Dr. med. Dr. phil. Ambros Uchtenhagen

### »Sucht und Migration«



Dr. med. Dr. phil. Ambros Uchtenhagen, Professor Emeritus für Sozialpsychiatrie an der Universität Zürich, Doyen der Schweizer Drogenpolitik und international anerkannte Experte für Sucht und Gesundheitsforschung referiert im Rahmen der »Wissenschaft im POOL7« – Vortragsreihe zum Thema »Sucht und Migration«.

Süchtig sein bedeutet meist Entfremdung - vom eigenen Selbst und der Umwelt. Andersherum bedeutet Fremdsein auch die Gefahr, suchtkrank zu werden. Allerdings, so meint er, ist nicht das Fremdsein, sondern die fehlende Integration oftmals das Problem.

WISSENSCHAFT IM POOL7  
**WIIP7**

**31. März 2016, 19.30 Uhr**

**POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9**

Eintritt frei

Um Anmeldung wird gebeten

#### Beratungs- & Betreuungsteam Leiterin Beratungsteam

Veronika Kuran  
Tel.: +43 (0)664 9100005  
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

#### Wien

Franziska Greimeister BA  
Tel.: +43 (0)664 4881229  
mail: franziska.greimeister@gruenerkreis.at  
Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 3840827  
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at  
Mag. (FH) Birgit Freischlager  
Tel.: +43 (0)664 8111029  
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at

#### Niederösterreich, Burgenland

Ronald Paur MSc (NÖ)  
Tel.: +43 (0)664 2305312  
mail: ronald.paur@gruenerkreis.at  
Gabriele Wurstbauer (NÖ, B)  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at  
Harald Berger (NÖ)  
Tel.: +43 (0)664 8111671  
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

#### Oberösterreich

Claudia Neuhold  
Tel.: +43 (0)664 8111024  
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

#### Steiermark

Alexandra Baier, BA MA  
Tel.: +43 (0)664 8111041  
alexandra.baier@gruenerkreis.at  
Günther Gleichweit  
Tel.: +43 (0)664 5247991  
guenther.gleichweit@gruenerkreis.at  
Jasmin Kupfer, BA MA  
Tel.: +43 (0)664 8111023  
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

## Beratung & Hilfe

#### Kärnten, Osttirol

Mag. Sarah Scherr  
Tel.: +43 (0)664 384 0280  
sarah.scherr@gruenerkreis.at

#### Salzburg

Jürgen Pils, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111665  
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

#### Tirol

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA  
Tel.: +43 (0)664 8111675  
susanne.fessler-rojkowski@gruenerkreis.at

#### Vorarlberg

Christian Rath  
Tel.: +43 (0)664 3109437  
christian.rath@gruenerkreis.at

#### Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren

**Wien**  
1070 Wien, Hermannsgasse 12  
Tel.: +43 (0)1 5269489  
Fax: +43 (0)1 5269489-4  
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

#### Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14  
Tel.: +43 (0)664 8111676  
Fax: +43 (0)2622 61721  
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

#### Graz

8020 Graz, Sterngasse 12  
Tel.: +43 (0)316 760196  
Fax: +43 (0)316 760196-40  
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

#### Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3  
Tel.: +43 (0)463 590126  
Fax: +43 (0)463 590127  
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

#### Linz

4020 Linz, Sandgasse 11  
Tel.: +43 (0)664 8111024  
Fax: +43 (0)732 650275-40  
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

#### Presseanfragen

oeffentlichkeitsarbeit@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | [www.gruenerkreis.at](http://www.gruenerkreis.at)