

Migration und Drogenabhängigkeit. Eine vergleichende
Studie von türkischen Jugendlichen in Deutschland und in der
Türkei

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der Heilpädagogischen Fakultät

der Universität zu Köln

vorgelegt von

Fatma Parla

aus Erzincan/Türkei

Köln

2005

Erster Gutachter : Prof. Dr. Schleiffer

Zweiter Gutachter : Prof. Dr. Fengler

Tag der mündlichen Prüfung (Disputatio): 29.05.06

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich einigen Menschen meinen Dank aussprechen, ohne deren Unterstützung die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre. In erster Linie geht mein Dank an meinen Betreuer Prof. Dr. med. Roland Schleiffer, sowie an meinen zweiten Gutachter Prof. Dr. phil. Jörg Fengler. Mein Dank geht ebenso an meine Kommilitonin und engste Freundin Radiye Erol, die mich immer wieder zur Fortführung der Doktorarbeit motiviert und mit mir viele Punkte des Themas diskutiert hat, und an die Jugendlichen, die ich interviewt habe. Danken möchte ich auch den Fachleuten in Deutschland und in der Türkei für die Experten-Interviews, besonders dem Suchtberater Erdal Cenan, dem ich wichtige Hinweise zur Literatur in der Türkei verdanke.

Schließlich gilt mein Dank meiner Nichte Burcu und allen Menschen, die mir bei der Korrektur geholfen haben.

Inhaltverzeichnis	1
INHALTVERZEICHNIS	1
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	5
0 EINLEITUNG	6
I. THEORETISCHER TEIL	
1 BEGRIFFSKLÄRUNG ZU „SUCHT“ UND „DROGENABHÄNGIGKEIT“	8
1.1 Sucht/Abhängigkeit	8
1.1.1 Drogenabhängigkeit	11
1.1.2 Drogenmissbrauch	11
1.1.3 Drogenarten	12
1.1.4 Folgen der körperlichen Abhängigkeit	17
1.1.5 Die psychische Wirkung des Drogenkonsums	18
1.1.6 Co- Abhängigkeit	19
1.2 Erklärungsmodelle zur Genese von Abhängigkeit	21
1.2.1 Biologische und genetische Erklärungsmodelle	23
1.2.2 Psychologische Ansätze	24
1.2.3 Soziokulturelle Ansätze	24
1.2.4 Lerntheorien	25
1.3 Ethnopsychiatrie	27
2 MIGRATION	31
2.1 Begriffsbestimmung	31
2.2 Migrationstheorie	32
2.3 Geschichte der türkischen Arbeitsmigranten	32
3 LEBENSITUATION JUNGER TÜRKISCHER MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND	36

3.1 Sozialisationsbedingungen	36
3.1.1 Türkische Familien in Deutschland	36
3.1.2 Generations- und Kulturkonflikte	37
3.1.3 Wohnsituation	40
3.1.4 Sprache	41
3.1.5 Schulische Situation	42
3.1.6 Ausbildungschancen und berufliche Zukunft	44
3.2 Jugendphase	45
3.2.1 Peergroups	46
3.2.2 Identität	47
3.2.3 Die Bedeutung der Religion	49
3.2.4 Integration	50
4 MIGRATION UND SUCHT	54
4.1 Forschungsstand und Situation	54
4.2 Risikomodelle der Suchtgefährdung von Migranten	55
4.3 Inanspruchnahme von Angeboten der Suchtkrankenhilfe	59
4.4 Therapie von Migranten	67
4.5 Türkisch-islamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem	69
5 DAS AUSLÄNDERGESETZ UND SEINE BEDEUTUNG FÜR SUCHTKRANKE MIGRANTEN	73
5.1 Das Ausländerrecht als Instrument zur Gefahrenabwehr	74
5.2 Ablehnung der Aufenthaltsgenehmigung	75
5.3 Ausweisung	76
5.4 Ausweisungsschutz	78

Inhaltverzeichnis	3
5.5 Folgen für die Therapie	79
6 PROBLEMLÖSUNGSSTRATEGIEN DER MIGRANTEN BEI DROGENABHÄNGIGKEIT	81
7 THERAPIEEINRICHTUNGEN FÜR AUSLÄNDISCHE DROGENKONSUMENTEN	84
7.1 Dönüs in Nürnberg	84
7.2 Nokta in Berlin	86
8 DROGENABHÄNGIGKEIT IN DER TÜRKEI	88
8.1 Die Geschichte der Drogen in der Türkei	88
8.2 Drogen im Islam	92
8.3 Risikofaktoren des Drogenkonsums	93
8.4 Überblick zur Lage des Drogenkonsums in der Türkei	94
8.5 Charakteristika der Drogenkonsumenten	99
8.6 Therapieeinrichtungen in der Türkei	102
8.6.1 Amatem	102
8.6.2 Anatolia Klinikleri (Balikli Rum Hastanesi)	104
8.6.3 Analyse der Krankenhausstatistiken	105
8.7 Drogenabhängigkeit in Europa lebender Türken	109
II. EMPIRISCHER TEIL	
9 FRAGESTELLUNG	112
10 METHODIK	115
10.1 Erhebungsverfahren	116
10.2 Leitfaden für die Probandeninterviews	120
10.3 Leitfaden für Experteninterviews	121

10.4 Auswahl der in Deutschland lebenden türkischen Probanden	122
10.5 Auswahl der in der Türkei lebenden Probanden	125
10.6 Aufbereitungsverfahren	128
10.7 Auswertungsverfahren	129
11 DARSTELLUNG UND ERGEBNISSE DER PROBANDEN-INTERVIEWS	130
11.1 In Deutschland lebende türkische Probanden	130
11.2 In der Türkei lebende Probanden	144
11.3 Vergleich von Probanden aus Deutschland und der Türkei	157
11.4 Zusammenfassung des Vergleichs	170
12 EXPERTENMEINUNGEN ZUR SUCHTPROBLAMATIK VON TÜRKISCHEN JUGENDLICHEN	174
12.1 Experten - Interviews aus Deutschland	174
12.2 Experten - Interviews aus der Türkei	190
13 DISKUSSION UND AUSBLICK	205
14 PRAKTISCHE KONSEQUENZEN FÜR DIE DROGENHILFE	210
15 LITERATURVERZEICHNIS	214
16 ANHANG	230

Abbildung 1. Alter der Probanden	122
Abbildung 2. Geburtsort der Probanden	122
Abbildung 3. Aufteilung der Probanden	123
Abbildung 4. Drogenkonsum der Probanden	124
Abbildung 5. Alter der Probanden	125
Abbildung 6. Geburtsort der Probanden	125
Abbildung 7. Aufteilung der Probanden	126
Abbildung 8. Konsumierte Drogen	126
Abbildung 9. Emigrationsgeschichte der Probanden	158
Abbildung 10. Besuch des Kindergartens	159
Abbildung 11. Schulabschluss der Probanden	159
Abbildung 12. Konfliktwahrnehmung in der Eltern- Kind- Beziehung	161
Abbildung 13. Unterstützung bei Problemlösung	161
Abbildung 14. Vorbilder der Probanden	163
Abbildung 15. Wohnsituation der Probanden	164
Abbildung 16. Religiösität der Probanden	165
Abbildung 17. Beginn des Drogenkonsums	167
Abbildung 18. Therapiebereitschaft	169
Abbildung 19. Zukunftspläne der Probanden	170
Tabelle 1. Die Anzahl der behandelten Klienten	103
Tabelle 2. Überblick über die konsumierten Drogen	104
Tabelle 3. Statistiken der stationären Suchtpatienten	106

0 EINLEITUNG

Die Motivation der Autorin, sich dem Forschungsgegenstand „Migration und Drogenabhängigkeit“ zu widmen, resultiert aus deren praktischen Erfahrungen mit der Migration und mit Migranten. Bis dato lässt sich feststellen, dass das Problem der Drogenabhängigkeit unter türkischen Jugendlichen ein zentrales Thema ist. In den Medien wird der Thematik zwar ausreichend Beachtung geschenkt, jedoch kommen die Risikofaktoren, die Prävention, wie auch das spezielle Drogenhilfesystem dabei nur selten zur Sprache.

Die Durchsicht der bestehenden Fachliteratur ergab, dass über Zuwanderer und Zuwanderung in Deutschland zwar zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen existieren, der Zusammenhang zwischen Migration und Sucht jedoch ebenfalls nur sehr selten thematisiert wird. Auch in der Türkei sind aktuelle wissenschaftliche Forschungen und Literatur über Drogenabhängigkeit nur in sehr spärlichem Ausmaß vorhanden. In beiden Ländern, besonders aber in der Türkei, gehen sie selten über Erfahrungsberichte oder Voruntersuchungen hinaus.

Vor diesem Hintergrund setzt sich die vorliegende Arbeit mit der Lebenssituation von jungen Drogenabhängigen türkischer Herkunft in Deutschland und der Türkei auseinander. In einer vergleichenden Untersuchung soll anhand von Interviews mit jeweils 50 betroffenen Jugendlichen aus beiden Ländern ein Überblick über die Lebenssituation und die spezifischen Risikofaktoren für die Drogenabhängigkeit gewonnen werden. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Frage, welche spezifische Rolle die durch Migration bzw. Binnenmigration verursachten Generations- und Kulturkonflikte neben beiden Gruppen gemeinsamen Faktoren wie Bildungsdefiziten und ungünstige Lebensbedingungen unter diesen Entstehungsbedingungen der Drogenproblematik einnehmen.

In Kapitel 1 erfolgt zunächst eine Klärung der Begrifflichkeiten „Sucht“ und „Drogenabhängigkeit“ sowie die Vorstellung der gängigen Erklärungsmodelle zur Genese von Abhängigkeit. Kapitel 2 behandelt den Forschungskomplex Migration und Migrationstheorien. Kapitel 3 analysiert die Lebenssituation junger türkischer Migranten in Deutschland. Kapitel 4 beschäftigt sich mit dem Forschungsstand zu Migration und Sucht, Kapitel 5 mit der rechtlichen Situation. In Kapitel 6 werden

Problemlösungsstrategien der Migranten bei Drogenabhängigkeit und in Kapitel 7 Therapieeinrichtungen für ausländische Drogenkonsumenten vorgestellt. Kapitel 8 befasst sich mit der Drogenabhängigkeit in der Türkei.

Der darauf folgende Empirieteil basiert auf einhundert Interviews, die mit jungen türkischen Drogenabhängigen geführt wurden, von denen jeweils fünfzig in Deutschland und fünfzig in der Türkei leben. Dabei wurden zwanzig sich in Entzugsbehandlung befindliche Probanden aus Deutschland mit zwanzig gleich gearteten Probanden aus der Türkei verglichen. Das Alter der Forschungszielgruppe bewegte sich dabei zwischen 14-21 Jahren. In Deutschland und in der Türkei fanden darüber hinaus Experten-Interviews statt.

Kapitel 9 erläutert detailliert die Forschungsfragestellung und Kapitel 10 die Forschungsmethode. In Kapitel 11 folgt die ausführliche Darstellung der Probandeninterviews und ihrer wesentlichen Ergebnisse. In Kapitel 12 werden ergänzend die mit Experten aus der Drogenhilfe in beiden Ländern geführten Interviews zusammengefasst. Kapitel 13 diskutiert die zu Thesen zusammengefassten wesentlichen Ergebnisse dieser empirischen Untersuchungen. In Kapitel 14 werden schließlich praktische Konsequenzen für die Drogenhilfe umrissen sowie mögliche Fragestellungen für weitere empirische Forschungen angedeutet.

I. THEORETISCHER TEIL

1 BEGRIFFSKLÄRUNG ZU „SUCHT“ UND „DROGENABHÄNGIGKEIT“

Gegenstand dieses Kapitels ist der aktuelle Forschungsstand zum Thema „Sucht“ bzw. „Abhängigkeit“. Die Darstellung beschränkt sich des besseren Überblicks wegen auf die wichtigsten Begriffserklärungen, die Erläuterung der gängigsten Drogen und Suchtmittel, auf grundlegende Ausführungen zur Co-Abhängigkeit sowie zu Erklärungsmodellen hinsichtlich Genese und Folgen von Drogenabhängigkeit.

1.1 SUCHT/ABHÄNGIGKEIT

Stimmer gibt im Suchtlexikon (2000) zum Begriff der „Sucht“ folgende Begriffsdefinition: *„Das Wort „Sucht“ leitet sich aus dem germanischen „siech“ ab und weist auf Siechtum und Krankheit hin. (...) unter Sucht versteht man ein unabweisbares, starkes Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Dieses Verlangen kann sich entweder auf verschiedene Drogen (z.B. Alkohol, Medikamente, Heroin) oder aber auf bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Spielen, Arbeiten, Fernsehen) beziehen. Man unterscheidet hier auch zwischen den stoffgebundenen und den stoffungebundenen Süchten. Das süchtige Verhalten entzieht sich zunehmend der willentlichen Kontrolle und damit der Verantwortung des Betroffenen. Es muss immer wieder von neuem befriedigt werden, der Süchtige kann von seiner Sucht nicht lassen, und häufig kommt es zu Dosis-Steigerungen. Weiterhin sind schädigende Folgen im psychischen, sozialen und im körperlichen Bereich für süchtiges Verhalten charakteristisch. (...) gegenüber dem von der Fachwelt häufig bevorzugten Begriff „Abhängigkeit“ hat der Suchtbegriff den Vorteil, dass er allgemein verbreitet und verständlich ist und die stoffgebundenen und die stoffungebundenen Süchte gleichermaßen umfasst. Die ganze Problematik süchtigen Verhaltens wird durch den Suchtbegriff erfasst, auch die Betroffenen erleben ihn nicht als diskriminierend.“ (S. 581)*

Sucht gehört, so ist zu vermuten, zum Wesen des Menschen. Denn zu allen Zeiten schon und in allen Ländern waren Menschen von Suchtproblemen betroffen, die Wahl der Suchtmittel ist jedoch auch kulturell bedingt: *„ (...) so wie beispielsweise das Juden-*

und das Christentum dem Wein zugetan sind, greift man im alkoholabstinenten Islam zum Haschisch.“ (Leippe 1997, S. 7)

Menschen versuchen, unabhängig von Zeit und Ort, sich den Nöten, Qualen und Mühen des Alltags zu entziehen und, zumindest für kurze Zeit, in eine Euphorie zu entweichen (vgl. Stimmer 2000, S. 581).

Die Definition des Begriffes „Sucht“ folgt in direkter Gegenüberstellung nun die Definition des Begriffes „Abhängigkeit“, der oft als Synonym für Sucht gebraucht wird: *„Abhängigkeit bezeichnet grundsätzlich eine die freie Entwicklung und die Autonomie der eigenen Entscheidungen einschränkende Bindung an Menschen, Ideen oder Stoffe.“ (ebd. S. 1)*

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1968 beschlossen, den Begriff „Sucht“ durch den Begriff „Abhängigkeit“ zu ersetzen. Hier ist der Begriff auf chemische Substanzen beschränkt. Bei der Abhängigkeit wird zwischen der seelischen (psychischen) und körperlichen (physischen) Abhängigkeit unterschieden.

Die psychische Abhängigkeit zeigt sich in dem starken, gelegentlich übermächtigen Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu sich zu nehmen, während sich die körperliche Abhängigkeit durch gesteigerte Toleranz gegenüber der Drogenwirkung und insbesondere durch Veränderungen des Stoffwechsels, die eine stetige Neuaufnahme des Suchtmittels erforderlich machen, auszeichnet (vgl., ebd.).

Zu Ursachen und Entstehungsbedingungen der Sucht merkt Stimmer (2000) an, dass nach aktuellem Wissensstand ganze Ursachenbündel betrachtet werden müssen, denen *„die verschiedenen individuellen und überindividuellen Bereichen entstammen und komplex zusammenwirken. Zu den möglichen Ursachen zählen individuelle körperliche, seelische, soziale und spirituelle Bedingungen ebenso wie gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Gegebenheiten.“ (S. 582)*

Für die Entstehung einer stoffgebundenen Sucht muss ein Stoff verfügbar sein, es müssen Gründe für den erstmaligen als auch den anhaltenden Konsum des Stoffes und begünstigende Faktoren für dieses Verhalten vorhanden sein.

„Für jede Sucht und auch für jeden Einzelfall existieren jeweils andere Bedingungskonstellationen.“ (ebd.)

Es wird hier hervorgehoben, dass das Individuum nicht den Ursachen und Bedingungen passiv ausgeliefert ist, sondern dass es diese Faktoren auch aktiv beeinflussen kann. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive entwickelt sich Sucht in drei Etappen:

Ein Individuum ist zunächst mit Problemen oder Konflikten konfrontiert. Dabei kann es entweder diese Probleme und Konflikte aktiv bewältigen oder aber ihnen ausweichen. Dieses Ausweichen kann zum Beispiel im Konsum berauschender Mittel bestehen. Bewertet das Individuum diese Strategie für sich als erfolgreich, tritt eine Gewöhnung an dieses Verhalten ein, die sich anschließend zur Sucht entwickelt. Sucht ist durch Zwanghaftigkeit, hohe Intensität und Maßlosigkeit gekennzeichnet. Sie entwickelt mit der Zeit eine Eigendynamik, die das ursprüngliche Problem fast völlig verdrängt (vgl., ebd.).

Stimmer (2000) stellt im Vorwort seines Suchtlexikons fest, dass es zum Thema Sucht keine anerkannte allgemeingültige Theorie gibt, sondern viele Zugänge aus unterschiedlichen, miteinander konkurrierenden oder sich ergänzenden Wissenschaftszweigen. So existieren beispielsweise nicht nur soziologische, psychologische und medizinische, sondern auch juristische, kriminologische und pädagogische Betrachtungsweisen (vgl. S. 585).

„Eine offene Frage ist, ob süchtiges Verhalten zugenommen hat, ob Sucht ein Kennzeichen unserer Gesellschaft ist, oder ob süchtiges Verhalten nicht vielmehr zum Wesen des Menschen gehört.“ (ebd.)

Stimmer (2000) schreibt zur Epidemiologie, dass über die Verbreitung der stoffgebundenen Süchte relativ verlässliche Schätzungen vorliegen. Dem gegenüber gibt es über die meisten der stoffungebundenen Süchte entweder nur sehr vage oder überhaupt keine Angaben. Die folgenden Zahlen für Deutschland belegen, dass Sucht kein Randproblem und auch kein Problem von Minderheiten ist. Es geht jeden an und jeder ist mehr oder weniger davon betroffen. Nach vorsichtigen Schätzungen gibt es mindestens 2,5 Millionen alkoholabhängige und 1,4 Millionen medikamentenabhängige Menschen in Deutschland, weitere 150 000 Personen gelten als drogenabhängig (vgl. S. 583).

1.1.1 DROGENABHÄNGIGKEIT

„Abhängigkeit bezeichnet grundsätzlich eine, die freie Entwicklung und die Autonomie der eigenen Entscheidungen einschränkende, Bindung an Menschen, Ideen oder Stoffe.“ (ebd., S. 1)

Bei der Abhängigkeit wird zwischen psychischer und körperlicher Abhängigkeit unterschieden: *„Nach der Definition der WHO ist psychische Abhängigkeit ein Bedürfnis bis hin zu einem zwanghaften Verlangen nach periodischem oder dauerndem Konsum der Droge, um ein Lustgefühl zu erlangen und ein Unlustgefühl zu vermeiden und körperliche Abhängigkeit eine körperliche Reaktion beim Dauerkonsumenten, die zu einer körperlichen Toleranz gegenüber der Drogenwirkung führt und beim Absetzen Entzugssymptome hervorruft.“ (Stimmer 2000, S. 126)*

Scheerer (1995) vertritt die Ansicht, dass Drogenabhängigkeit weder Körper noch Geist oder Seele eines Menschen zu beeinträchtigen braucht. Viele Menschen, die im Privat- wie im Berufsleben erfolgreich waren, sind zugleich körperlich oder psychisch von einer Droge abhängig gewesen, ohne dass sie deswegen irgendeinen Teil ihres Lebens vernachlässigen mussten oder wollten. Je nach Substanz, von der ein Mensch abhängig ist, riskiert er zwar Folgekrankheiten, z.B. Lungenkrebs beim Zigarettenrauchen. Aber es gibt auch Substanzen, wie z.B. Opiate, die keine Organschäden verursachen und bei denen die Abhängigkeit deswegen auch nicht zu Folgekrankheiten führt, es sei denn, die Droge wird in schlechter Qualität, falscher Menge oder unter unhygienischen Bedingungen genommen. Abhängigkeit als solche ist weder Folge einer krankhaften Disposition noch selber Krankheit oder notwendigerweise Ursache von Folgekrankheiten (vgl. S. 27).

Heute sind sich Wissenschaftler weitgehend darüber einig, dass Sucht eine Krankheit ist (vgl. Knoll, 2002 S. 19).

Nach Ögel (2002) wird auch in der Türkei Drogenabhängigkeit unter türkischen Ärzten und Therapeuten als eine Krankheit angesehen (vgl. S. 19).

1.1.2 DROGENMISSBRAUCH

Der Konsum von Drogen ist kein neuartiges Phänomen. Vielmehr wurden viele der heute bekannten Drogen zuerst als Heilmittel eingesetzt und die Gefährlichkeit dabei oft nicht erkannt. Der Gebrauch heutiger „illegaler“ Drogen stellte deshalb jahrelang keine

Form der Abweichung dar und viele dieser Drogen wurden unter medizinischen Aspekten in weiten Bevölkerungskreisen zumindest gelegentlich konsumiert. Der heute zumindest in der Einstiegsphase verbreitete eher hedonistisch orientierte Drogenkonsum scheint im 19. und frühen 20. Jahrhundert eher selten gewesen zu sein (vgl. Rautenberg 1998, S. 32).

Mit Beginn der 20er Jahre dieses Jahrhunderts wurde der Drogenkonsum, bedingt durch wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich der Schädlichkeit vieler Stoffe, gesellschaftlich und rechtlich anders bewertet. Die Verbindung zwischen Devianz und Drogenmissbrauch ist somit erst durch den gesellschaftlichen Wandel entstanden und rückte nachfolgend ins Blickfeld des wissenschaftlichen Interesses (vgl., ebd.).

Der Begriff des Missbrauchs wird von van Treeck (1999) folgendermaßen definiert: *„Juristisch gesehen ist jeder Konsum illegaler Drogen bereits ein Missbrauch. Aus psychologischer beziehungsweise medizinischer Sicht versteht man unter Missbrauch ein Konsummuster, bei dem der Konsument zwar noch die Kontrolle über die Einnahme des Suchtstoffes besitzt, sich andererseits aber phasenweise durch die Einnahme von Suchtmitteln körperlich, sozial oder psychisch schädigt.“* (S. 217)

Die Krankheitsklassifikation der WHO (ICD-10) spricht statt von Drogenmissbrauch von *„schädlichem Gebrauch psychoaktiver Substanzen“*. Sie versteht darunter *„ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt(e). Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis, durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung.“* (Scheerer 1995, S. 38)

1.1.3 DROGENARTEN

Es gibt eine Vielzahl von Drogen, deren Systematisierung bis heute nicht einheitlich ist, weil alle Systematisierungsversuche Mängel aufweisen oder wissenschaftlich nicht haltbar sind. Es gibt die Aufteilung in Rausch- und Genussgifte, landwirtschaftliche und chemische Drogen, „weiche“ und „harte“ Drogen, legale und illegale Drogen oder gesellschaftlich tolerierte und nicht tolerierte Drogen.

Die Weltgesundheitsorganisation führte 1964 eine Klassifikation von empirisch vorfindbaren Konsumententypen ein, die trotz einiger Mängel für die internationale Diskussion und die wissenschaftliche Dokumentation praktikabel erscheint (vgl. van Treeck 1999, S. 120 ff.).

In Anlehnung an diese Klassifikation lassen sich einzelne Drogen unter den Gesichtspunkten Anwendung, Wirkung und Folgen unterscheiden. In diesem Kapitel wird auf Cannabis, Halluzinogene, Barbiturate, Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Opiate eingegangen, wobei legal zugängliche Suchtstoffe wie Alkohol, Nikotin und Schnüffelstoffe hier nicht weiter behandelt werden.

Cannabis

Die aus den verschiedenen Hanfsorten hergestellten Drogen werden zusammen als Cannabis bezeichnet. Die stärkste Sorte ist dabei Haschisch, die Sorte mittlerer Stärke Gania und zu den schwächeren Sorten gehört Marihuana, die bekannteste Form von Cannabis. Marihuana oder Haschisch werden meist geraucht, manchmal auch als Tee oder in Backwaren eingenommen.

„Die Wirkung besteht in einem eher milden, instabilen Rauschzustand, einer gewissen Lockerung, Enthemmung und erhöhten Sinnesreizung.“ (ebd., S. 123)

Über körperliche Folgen gibt es widersprüchliche wissenschaftliche Aussagen, wahrscheinlich sind die körperlichen Schädigungen kaum größer als beim Nikotingenuss.

„Seelische Folgen dauerhaften Konsums sind Gewöhnung, Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit, können aber auch in psychische oder psychosomatische Störungen münden. Soziale Folgen bestehen in der Vernachlässigung von Pflichten, geringer Erfüllung von Leistungsanforderungen und in der Ansprechbarkeit für andere, gefährlichere exotische Drogen.“ (ebd.)

In niedrigen Dosen erzeugt es eine Mischung aus Entspannung, Anregung und Halluzination und stimmt den Konsumenten entweder kontemplativ oder gesprächig. Manche Raucher werden ängstlich, misstrauisch, empfindlich oder reizbar. In hohen Dosen bewirkt Cannabis visuelle Verzerrungen, Veränderungen des Körpergefühls und Halluzinationen. Die Raucher können verwirrt oder impulsiv werden. Manche erleiden Panikattacken und fürchten, den Verstand zu verlieren. Andere wiederum entwickeln Wahnvorstellungen, dass andere sie zu verletzen versuchen. Die meisten Cannabiswirkungen halten zwischen drei und sechs Stunden an. Die affektiven Veränderungen können länger bestehen (vgl. Stimmer 2000, S. 123).

Halluzinogene

Halluzinogene werden üblicherweise geschluckt. Dazu zählen LSD, DOM, STP oder so genannte „Designerdrogen“, die in Form von Pillen, getränkten Löschpapieren oder Zuckerstückchen geschluckt werden. Die in Europa seltenen Stoffe Meskalin und Psilocybin gehören zu den Halluzinogenen, genauso wie heimische Pilze (vgl., ebd.).

„Ihre Wirkung besteht in der Linie in unwirklichen Erscheinungen, Halluzinationen optischer, akustischer oder taktiler Natur, einer gewissen körperlichen Leichtigkeit und verstärkten Sinneswahrnehmungen.“ (ebd.)

Halluzinogene sind Substanzen, die vor allem die Sinneswahrnehmung deutlich verändern, von der Verstärkung einer normalen Wahrnehmung bis zur Erzeugung von Scheinbildern und Halluzinationen. LSD kann auch emotionale Veränderungen von Euphorie bis Angst oder Depression bewirken. Die Zeitwahrnehmung kann sich verlangsamen. Lange vergessene Gedanken und Gefühle können wieder ins Bewusstsein treten.

„Zu den körperlichen Symptomen gehören Erweiterung der Pupillen, Schwitzen, Palpitationen, verschwommenes Sehen, Tremor und Koordinationsstörungen. Alle diese Wirkungen treten im vollen Wachzustand ein und verschwinden nach etwa sechs Stunden.“ (Comer 2001, S. 321)

Es besteht die Gefahr, dass LSD auf manche Menschen eine weiter reichende Wirkung ausübt. Beispielsweise entwickeln sie eine affektive Störung oder eine Angststörung. Ein Viertel der LSD-Benutzer erlebt schließlich Flashbacks. Diese können noch Tage oder Monate nach der letzten LSD-Erfahrung auftreten (vgl. ebd., S. 321).

Barbiturate

Die Tabletten werden meistens in überhöhten Dosen auch in Verbindung mit Alkohol geschluckt. Barbiturate bewirken eine starke Beruhigung bis hin zur psychotischen Dämpfung oder psychophysischen Sedierung. Es entsteht eine körperliche Abhängigkeit, die stark der Abhängigkeit von Alkohol ähnelt (vgl. Stimmer 2000, S. 123).

„Seelische Folgen sind erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und allgemeine Unruhe. Körperliche Folgen bestehen in erster Linie in der Belastung der Leber. Soziale Folgen sind wegen der Unauffälligkeit der Droge, ihrer leichten Erreichbarkeit

und ihres geringen Preises (jedenfalls bei der häufig zu beobachtenden großzügigen ärztlichen Verordnung) selten, jedoch wirkt sich die Gleichgültigkeit, die als allgemeine Haltung entsteht, in der sozialen Umgebung aus.“ (ebd.)

In höheren Dosen hemmen Barbiturate die Aktivität derjenigen Gehirnregion, die die Wachheitszustände steuert. In niedrigen Dosen senken sie genau wie Alkohol das Erregungsniveau (vgl., ebd.).

Amphetamine

Amphetamine werden meist als Tabletten oder Kapseln eingenommen, manche Konsumenten injizieren sie. Sie bewirken eine Steigerung der Wachheit, der Aktivität und der Leistungsfähigkeit. Die Wirkung kann auch zu einer starken Beruhigung bis hin zur Sedierung führen. Im psychischen Bereich kommt es zu Aggressivität und Unruhe zwischen den Konsumzeitpunkten, körperlich kommt es zu Appetitlosigkeit, daraus folgendem Gewichtsverlust und dem Verlangen nach höheren Dosen (vgl. Stimmer 2000, S. 123 f.).

Ecstasy

Ecstasy wurde Mitte der 1980er Jahre in den USA verboten, Mitte der 1990er Jahre in Europa. Die Droge hat vielfältige Wirkungen: Steigerung von Blutdruck und Herzfrequenz, stärkere Atemtätigkeit, motorische Unruhe, Zittern, Muskel- und Kieferkrämpfe, Einschränkung der Wahrnehmung bei gleichzeitiger Sensibilisierung gegenüber Berührungen, Beschleunigung des Stoffwechsels. Die psychische Wirkung wird als allgemeines Glücksgefühl beschrieben, manche Autoren sprechen von „*Pop-Humanismus*“, also von einem „*weltumspannenden Gefühl der Zusammengehörigkeit, das chemisch hergestellt wird.*“ (ebd. S. 124)

Die Droge wird häufig auf Techno-Partys (raves) konsumiert und gilt als die Jugenddroge der 1990er Jahre. Die extrem erhöhte Körpertemperatur und die Dehydrierung nach dem Konsum der Droge können schlimmstenfalls zu Gewebeerfall, inneren Blutungen und zum Tod führen (vgl., ebd.).

Kokain

Diese Droge wird meist geschnupft, bei höherer Dosierung und längerer Abhängigkeit gespritzt, manchmal in Verbindung mit Heroin. Sie bewirkt starke Glücksgefühle, hohen

Aktivitätsdrang und eine subjektiv empfundene Steigerung der geistigen Fitness und Leistungsfähigkeit. Der Drogenstoff vermindert aufgrund seiner lokal anästhetischen Wirkung die körperliche Sensibilität, auch die der Sexualorgane. Die körperlichen Folgen sind Gewichtsverlust und Kreislaufstörungen (vgl. Stimmer 2000, S.124). *„Psychische Folgen bestehen in starker Erregbarkeit und Reizbarkeit und einem Verfall der Urteils- und Leistungsfähigkeit. Kokain ist die Droge mit der höchsten Verstärkerwirkung, da sie die in sie gestellten Erwartungen besonders zuverlässig erfüllt. Wegen des dadurch rasch erreichten hohen Abhängigkeitsgrades kommt es sehr schnell zu verheerenden psychischen Folgen, die bis zum Erscheinungsbild einer (chemisch hergestellten) manischen Depression, ferner zu Verfolgungswahn und anderen Wahnvorstellungen führen können. Soziale Folgen bei hohem Abhängigkeitsgrad sind die ausschließliche Orientierung auf die Beschaffung des Mittels, eine überaus hohe Verschuldung und damit verbundene Kriminalität.“* (ebd.)

Eine billigere Variante des Kokainkonsums besteht in der Einnahme des Drogenstoffes Crack, der aus mit Backpulver angereichertem Kokain in Form kristalliner Bröckchen hergestellt ist. Crack ist die Konsumform für Einsteiger oder weniger finanzkräftige Schichten. Es wird pur in der Pfeife geraucht. Die Wirkungsdauer ist sehr kurz, oft nur wenige Minuten lang. Crack ist zu wesentlich niedrigeren Preisen erhältlich als reines Kokain, so dass es auch weitaus häufiger angeschafft werden kann, um schneller hintereinander konsumiert zu werden. Deswegen ist Crack vermutlich auch in den finanzschwachen Schichten besonders verbreitet (vgl. Stimmer 2000, 124 f.).

Opiate

Rohopium kann geraucht oder gegessen, Heroin kann geschnupft, geraucht oder injiziert werden. Um eine höhere Wirkung zu erzielen, werden Opiate (Heroin, Morphin, Kodein) jedoch meist in die Venen gespritzt. Ihre Wirkung besteht in einer anfänglich sehr starken, schockartigen Euphorisierung und Steigerung des Körpergefühls (flash), die nach kurzer Zeit in ein Gefühl der Entspannung, der Mattigkeit (feeling) übergeht. Bei Heroin kommt es auch zu extremen Steigerungen des Selbstwertgefühls (sog. heroisches Gefühl). Psychische Folgen sind stark verminderte Leistungsfähigkeit und gesunkener Antrieb. Der Körper gewöhnt sich sehr schnell an die Droge, so dass bald eine Abhängigkeit entsteht. Die Beschaffung der Droge wird zum Mittelpunkt des Lebens. Körperlich bewirkt der regelmäßige Konsum der Droge Magen-, Kreislauf- und

Leberbeschwerden, Verdauungsbeschwerden und Störungen der Sexualität. Aufgrund mangelhafter Ernährung und Körperpflege kommt es bei Opiatabhängigen zu erhöhter Zahnkaries bis hin zu Zahnausfall. Soziale Folgen sind identisch mit denen des *drop-out*, wobei der unter dem *drop-out* Leidende schlagartig aus Lebenszusammenhängen wie Familie, Ausbildung, Beruf usw. herausfällt. Der Abhängige wird für sein soziales Umfeld ein Fremder, da für ihn einzig und allein die Befriedigung der Sucht wichtig ist (ebd. S. 125).

1.1.4 FOLGEN DER KÖRPERLICHEN ABHÄNGIGKEIT

An dieser Stelle sollen die körperlichen Folgen des Drogenkonsums erläutert werden, wobei in der gebotenen Kürze auf die spezifischen Wirkungen von Alkohol, Tabak, Cannabis, Opiaten und neueren Drogen wie Schnüffelstoffen eingegangen wird. Im Zusammenhang damit muss festgestellt werden, dass bei intramuskulär und intravenös eingespritzten Drogen diese Methode des Drogenkonsums die Gefahr von Blutvergiftungsinfektionen mit sich bringt.

Die Intensität der physischen Störungen hängt von der Höhe und Dauer der Dosierung und von der Qualität der Droge selbst ab. Bei einem Heroinabhängigen, der regelmäßig Heroin einspritzt, treten bereits nach einigen Stunden zunehmende Abstinenzsymptome auf. Nach acht bis zwölf Stunden äußern sich diese in Schwitzen, Tränenfluss, Gähnen und innerer Unruhe. Nach 18 bis 24 Stunden erweitern sich die Pupillen, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Hitzewallungen treten auf. Nach 30 bis 36 Stunden kommt es zu Angstepfindungen, Brechreiz, Erbrechen, Durchfall, Gewichtsverlust und erhöhtem Blutdruck. Nach 40 bis 48 Stunden zeigt sich die höchste Intensität der Entzugserscheinungen. Bedingt durch die Entgiftung des Körpers sind nach sieben bis zehn Tagen des Entzugs keine vegetativen Symptome mehr zu beobachten (vgl. Ramstroem 1984, S. 179).

Physische Folgeerscheinungen sind auch bei Schlaf- und Schmerzmitteln (Barbiturate) festzustellen: „*Missbrauch führt zu Abmagerung, Händezittern, Gleichgewichtsstörungen, Veränderungen des Blutbildes, Denkhemmung, Verlangsamung und Verstimmungszuständen.*“ (Fanai 1972, S. 32 f.)

Weitere Symptome können Schlaflosigkeit, Unruhe, Kollapsgefahr, Angst, epileptische Anfälle und Delirium sein (vgl., ebd.).

Kokain wird in der Regel geschnupft oder injiziert. Körperliche Folgen des Kokainkonsums sind in erster Linie Gewichtsverlust, Kreislaufstörungen, Müdigkeit, Hunger, Durst und Kältegefühl (vgl. Stimmer 2000, S. 124). Die akuten Folgen des Missbrauches von Cannabis liegen vor allem in Sinnestäuschungen und entsprechenden Fehlhandlungen. Es kann zu Angst und Panikzuständen kommen, bis hin zu Horrortrips. Die Langzeitfolgen können ähnlich wie bei Tabak zu lebensbedrohenden Krankheiten, wie z. B. Krebs der Atmungsorgane führen (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 182 f.).

Bei Abhängigen, die regelmäßig Opiate wie Opium, Morphin oder ähnliche Stoffe konsumieren, treten folgende Abstinenzerscheinungen auf: „*Schwitzen, Durchfall, Erbrechen, Gliedschmerzen, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Schwindel, Angstgefühle, Unruhezustände (...)*.“ (Fanai 1972, S. 98)

1.1.5 DIE PSYCHISCHE WIRKUNG DES DROGENKONSUMS

Die psychische Abhängigkeit wird in der Regel als gravierender als die physische angesehen. Durch eine psychische Abhängigkeit verändern sich besonders das Verhalten oder der Charakter des Abhängigen und seine Einstellungen zur Umwelt. Die verschiedenen Drogen haben unterschiedliche psychische und physische Wirkungen hinsichtlich der Abhängigkeit.

Cannabis, Haschisch, Marihuana und Kokain sind nicht im Wesentlichen durch Phänomene der körperlichen Abhängigkeit gekennzeichnet – im Gegensatz zu Alkohol und zu Heroin. Für Cannabis, Marihuana und Kokain charakteristisch ist eher die psychische Abhängigkeit, die – wie erwähnt – komplizierter ist als die körperliche. Darüber hinaus kann die psychische Abhängigkeit von diesen “weichen“ Drogen ein Bedürfnis nach Steigerung und somit einen Umstieg auf sogenannte harte Drogen verursachen. Aus diesem Grund wird Cannabis oft als Einstiegsdroge bezeichnet. Psychoaktive Substanzen wie Cannabis beeinträchtigen die Ich-Funktionen wie Gedächtnis und Willensstärke, Wahrnehmung, Veränderung, Steuerung, Beeinflussung des Über-Ichs und Stimulation des Es (vgl. Buchholz/Knief 1979, S. 36 f.).

Kokain und Crack führen zu einer starken Erregung des zentralen Nervensystems. Die Konsumenten fühlen sich aktiv und euphorisch. Psychisch erfolgt eine Steigerung des Wachheitsgrades und der Wahrnehmungs- und Reaktionsbereitschaft. Nach dem Konsum fühlen die Konsumenten sich stark, selbstsicher und energiegeladen. Nach

wiederholten Rauschphasen kann es aber zu mehr oder weniger starken Angstgefühlen, Halluzinationen, zu Panikanfällen, zu Todesängsten und zu Herz-Kreislauf-Komplikationen kommen.

Unter LSD-Einfluss verändern sich Farb- und Geräuschwahrnehmung sowie Körpergefühle. Halluzinationen und trügerische Gefühle der Bewusstseinsweiterung, Allmachtsgefühle und Euphorie können sich einstellen. (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S.181 f.)

Opiate schädigen das Denk- und Konzentrationsvermögen und beeinträchtigen die Lernfähigkeit, insbesondere die schulischen Leistungen. Eine süchtige Person ist nicht in der Lage, langfristige Ziele zu planen und zu erreichen. Das Leben des Drogenabhängigen wird vom Gedanken an die Folgebeschaffung, den Erwerb des nächsten Drogenquantums, dominiert (vgl. Stimmer 200, S. 125).

Starke psychoaktive Substanzen wie Amphetamine werden aufgrund der Stimulation des Nervensystems eingenommen zwecks: *„(...) Leistungssteigerung bei Sportlern, Müdigkeitsbekämpfung bei Autofahrern, bei der Vorbereitung auf Prüfungen, zur Appetitzügelung und Abmagerung, zur Stimmungshebung und Verlängerung erotischen Erlebens mit entsprechender Anregung der sexuellen Phantasie.“* (Buchholz/Knief 1979, S. 30 f.)

Bei längerem Konsum von Amphetaminen können Schizophrenie und charakterliche Veränderungen auftreten.

1.1.6 CO-ABHÄNGIGKEIT

Das Phänomen der Co-Abhängigkeit bezeichnet Haltungen und Verhaltensweisen von Personen, Gruppen und Institutionen, die dazu beitragen, dass der süchtige Mensch süchtig bleiben kann. Als co-abhängig werden Personen bezeichnet, die mit einem Süchtigen in Kontakt stehen und ihn durch ihr Verhalten in seiner Sucht unterstützen bzw. ihn davon abhalten, etwas dagegen zu unternehmen. Auch Gruppen oder Institutionen können sich co-abhängig verhalten. Dies kann bewusst oder unbewusst geschehen und verschiedene Gründe haben. Mancher Angehörige verhält sich aus Angst co-abhängig, mancher, um der Familie ein Minimum an Lebensstandard und sozialem Ansehen zu erhalten. Scham und Stolz verhindern häufig eine sachliche und öffentliche Auseinandersetzung mit der Sucht im eigenen Lebenskreis. Die Co-Abhängigkeit ist oft

Irrtum, Versäumnis und Verstrickung. Sie ist behandlungsbedürftig wie die Abhängigkeit des Süchtigen, weil auch sie einen Krankheitscharakter annehmen kann (vgl. Stimmer 2000, S. 91).

Der Co-Abhängige kann nicht tun, was er gewillt ist zu tun. Er ist seinen Gefühlen sehr entfremdet, so dass er seine Wünsche überhaupt nicht äußern kann und verliert mehr und mehr den Kontakt zu seinen Gefühlen (vgl. Schaef 1986, S. 70 f.).

Co-Abhängigkeit kann in allen Lebensbereichen auftreten, in denen sich ein süchtiger Mensch bewegt. Aus diesem Grund gibt es zahllose Beispiele für co-abhängiges Verhalten. Auf der gesellschaftlichen Ebene sichert sich der Staat hohe Einnahmen durch die Besteuerung von Tabak und Alkohol, warnt aber gleichzeitig vor den Folgen eines übermäßigen Konsums. Freier suchen abhängige Prostituierte auf und finanzieren so deren Sucht. Im Arbeitsleben wird der Süchtige von seinen Kollegen gedeckt, indem sie seine Aufgaben übernehmen, denen er selbst nicht mehr gerecht wird. Der Vorgesetzte versetzt ihn in eine andere Abteilung. Im Betrieb wird zur Suchtproblematik geschwiegen. Im Freundeskreis wird derjenige gerühmt, der „trinkfest“ ist, der „beim Trinken das Meiste verträgt“, in seiner Umgebung wird über ihn und seine Sucht gesprochen, nicht aber direkt mit ihm. In der Familie wird der Suchtmittelmissbrauch nicht thematisiert, die Angehörigen geben dem Abhängigen Geld für die Beschaffung seines Suchtmittels oder kaufen ihm selber Zigaretten oder Alkohol. Die Partnerin trinkt mit, damit ihr Mann nicht allein, im Lokal oder mit anderen Frauen trinkt. Aus Scham wird die Abhängigkeit nach außen hin verschwiegen, verharmlost oder versteckt und die unter Suchtmiteleinfluss misshandelte Partnerin findet, angesprochen auf die sichtbaren Spuren der Gewalt, zahlreiche Ausreden, wie sie sich diese zugezogen hat. Die Kinder müssen viele Aufgaben übernehmen, um den durch Sucht ausgefallenen Elternteil zu ersetzen, z.B. Haushaltsführung und Versorgung jüngerer Geschwister, und sind durch das Übernehmen nicht altersgemäßer Rollen überfordert (vgl. ebd., S. 91 f).

Angehörige, Freunde und Kollegen fühlen sich, ähnlich wie der Süchtige, in einer Zwangslage oder in einem Teufelskreis, aus dem sie aus eigener Kraft nicht mehr herausfinden. Wie der Süchtige auf das Suchtmittel fixiert ist, so sind sie auf ihn, seine Launen, Drohungen und Bedürftigkeiten fixiert. Co-abhängige Personen erscheinen wie gelähmt, ihre Wahrnehmung für Lösungsperspektiven und ihre Entscheidungsfähigkeit

sind oft eingeschränkt. Trotz bestehender Einsicht machen sie ähnliche Fehler immer wieder (vgl. ebd., S. 93).

Co-Abhängige arbeiten sehr viel. Es kostet sie eine Menge Kraft, für andere zu sorgen, die Dinge in Gang zu halten und schlicht zu überleben, so dass sie häufig stressbedingte, funktionale oder psychosomatische Krankheiten erleiden. Co-Abhängige klagen über Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Atemprobleme, Herz-, Magen- und Darmstörungen, sie neigen zu hohem Blutdruck und bekommen häufig sogar Krebs. Die Beziehung zwischen Abhängigem und Co-Abhängigem funktioniert folgendermaßen: Der Süchtige und der Co-Abhängige ergänzen sich und leben in einem festen Rollengefüge. Beide leiden unter diesem Zustand. Die Bereitschaft zu einer Therapie setzt bei dem Abhängigen einen großen Leidensdruck voraus, der durch das co-abhängige Verhalten seiner Mitmenschen nicht entstehen kann und so den Weg zur Therapie verbaut. Daher muss auch der Co-Abhängige den Suchtcharakter seines Verhaltens erkennen und daran arbeiten. Es kommt nicht selten vor, dass der Abhängige nach einer erfolgreichen Therapie vom Partner immer wieder heimlich zum Rückfall angestiftet wird, da das alte, von Sucht bestimmte, Beziehungsmuster vertrauter ist und eine große Angst vor dem Neuen besteht (vgl. ebd., S. 93).

Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass unter Migranten eine hohe Anzahl Co-Abhängiger existiert, darunter auch viele Personen aus der Türkei. Es sind vor allem die Frauen, die sich in Verschwiegenheit über die Suchtbiographie ihrer Angehörigen üben müssen. Denn aufgrund des gesellschaftlichen Drucks sind die Menschen gezwungen, ihre Abhängigkeit zu verheimlichen. Viele wissen zudem nicht, was Co-Abhängigkeit bedeutet und wie diese zu heilen ist. Alle übrigen Abhängigkeitsformen sind in der Gesellschaft nur in groben Umrissen bekannt. Es wird in dieser Arbeit zu prüfen sein, wie sich bei Migranten die Co-Abhängigkeit darstellt.

1.2 ERKLÄRUNGSMODELLE ZUR GENESE VON ABHÄNGIGKEIT

Das Thema der Drogenabhängigkeit als soziales Problem ist seit dem Altertum bis in die heutige Zeit hinein diskutiert worden. Eine häufig gestellte Frage lautet dabei, ob die Abhängigkeit von Drogen in der menschlichen Natur prädisponiert ist. Aus welchen Gründen beginnen Menschen damit, sich bewusst oder unbewusst von Drogen abhängig zu machen? – Auf den ersten Blick scheint sicher, dass jedes abhängige Individuum

unter psychischen Belastungen leidet, die sich im Zuge seiner Persönlichkeitsformung und -störung bilden, und zwar unter dem Einfluss verschiedener sozialer Faktoren.

Identität und Persönlichkeit gelten als wichtige Voraussetzungen und Schlüssel der Ätiologie von Erkrankungen im psychischen Bereich. In pädagogischen und psychologischen Erklärungsansätzen zu dem vorliegenden Problemkomplex wird die Drogenabhängigkeit immer wieder mit Ich-Schwäche und Labilität der Persönlichkeit in Zusammenhang gebracht. Nach Krapp (1972) ist z.B. Sucht eine Art Regression. Das Grundproblem im Stadium der Reifezeit des Jugendlichen ist die Findung der Identität. *„Die entscheidenden Fragen lauten: Wer bin ich? Wie bin ich? Wie wirke ich? Wohin läuft mein Leben? Jeder Jugendliche steht vor der Aufgabe, in immer größere Freiheitsräume vorzudringen. Freiheit aber verlangt Ich-Identität.“* (S. 145)

Die Identitätssuche ist bei Jugendlichen ein wichtiges psychisches Phänomen, das jeweils von den gesellschaftlich herrschenden Ideologien, Lebensvorstellungen, Attitüden und kulturellen Ausprägungen abhängig ist. Im Zusammenhang von Sucht und Identität stellt für Erikson die Identitätskrise von Jugendlichen einen *„(...) besonders verhängnisvolle(n) Wegbereiter in die illegale Drogensucht (...)“* dar. (zit. nach Kind/Lichtensteiger/Weise 1982, S. 22) In dieser Phase des Umbruchs ist das Leben des Jugendlichen im Zuge der Reifung mit Angst besetzt und impliziert Depressionen, Isolierung und asoziales Verhalten. Durch den Missbrauch von Drogen wird die Belastung durch die genannten psychischen Zustände im subjektiven Erleben gemildert (vgl., ebd.).

Einige Wissenschaftler vertreten die Ansicht, dass Drogenabhängigkeit partiell durch den Genbestand mitverursacht wird. Ladewig und Hobi (1972) sehen zum Beispiel bei der Mehrzahl der Drogenabhängigen die Persönlichkeitsstörungen durch Vererbung bedingt, beispielsweise durch psychische Störungen der Eltern und eine anormale Familiensituation. Obwohl ihre Vererbungsthese nicht gesichert ist, sind nach Ladewig und Hobi (1972) die Drogenabhängigen *„zu länger dauernden und tragenden zwischenmenschlichen Kontakten (...) unfähig. Die einzige Stabilität und Leichtigkeit zeigt sich darin, dass sie bei einer unüberwindlichen Konfrontation über die Droge ausweichen. Diese Gruppe entspricht auf den ersten Blick jenem Kollektiv (nämlich dem mit erworbenen, neurotischen Persönlichkeitsstörungen, d. V.), das wir zu Beginn besprochen haben. Dennoch sind die geschilderten negativen Persönlichkeitsaspekte*

quantitativ stärker. (...) dazu kommt ein negativer Vererbungs- und Umweltfaktor. Er äußert sich in zusätzlichen primären Charakterstörungen, wie Willensschwäche, Haltlosigkeit, charakterneurotischen, depressiven und psychopathischen Anteilen und damit Persönlichkeitsstörungen, wie sie auch sonst im psychiatrischen Krankengut zu finden sind.“ (Ladewig/Hobi/Dubacher/Faust 1972, S. 36 f.)

In einigen Fällen betrachten Wissenschaftler Drogenabhängigkeit als Wirkung von psychischen Mechanismen zur Abwehr einer Psychose. Depressionen und schizoide psychische Strukturen bilden hierbei (Prä-)Dispositionen für die Neigung zum Rauschgift bzw. für die Verstärkung des Drogenkonsums (vgl. Vom Scheidt, J. 1976, S. 82). Mit Hilfe von Drogen können Menschen mit inneren Spannungen beruhigt und zur Rückkehr zum Selbst gebracht werden. Die neurotische Erkrankung bezeichnet die Fehlentwicklung und Verformung des Charakters, die – wie bereits erwähnt – auch umweltbedingt sein kann.

Nach Comer (2000) gibt es verschiedene Theorien, warum Menschen Drogen konsumieren oder von ihnen abhängig werden. Keine von ihnen wurde bisher uneingeschränkt bestätigt. Wie andere Formen psychischer Störungen auch gilt übermäßiger und chronischer Drogenkonsum immer mehr als Folge einer Kombination von soziokulturellen, psychologischen und biologischen Faktoren (vgl. S. 325).

Im Folgenden soll auf biologische-, genetische-, psychologische-, soziokulturelle Erklärungsansätze und Lerntheorien eingegangen werden.

1.2.1 BIOLOGISCHE UND GENETISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Forschungen lassen zunehmend vermuten, dass Störungen des Substanzkonsums auch biologische Grundlagen haben. Durch genetische und biochemische Studien wurden dafür positive Befunde geliefert (vgl. Comer 2001, S. 328). Seit einigen Jahren ist der biologische Ansatz weit verbreitet. Jahrelang haben Zwillings- und Adoptionsstudien gezeigt, dass es Menschen gibt, die eine genetische Prädisposition zur Drogenabhängigkeit erben (vgl. Comer 1995, S. 499). Die biologisch orientierten Forscher konstatieren außerdem, dass Drogentoleranz und Entzugssymptome mit einer bekannten Folge biologischer Ereignisse zusammenhängen. Der chronische Konsum einer Droge führt dazu, dass das Gehirn die Produktion eines bestimmten Neurotransmitters, der meist schmerzlindernd wirkt oder zur Steigerung der Wachheit führt, einschränkt. Wenn die Droge regelmäßig eingenommen wird, erzeugt der Körper

eine immer geringere Menge des Neurotransmitters, so dass der Betroffene eine immer höhere Dosis der Droge benötigt und der Organismus wiederum sich nicht mehr selbst gegen Schmerzen oder depressive Störungen wehren kann, wenn die Drogeneinnahme unterbrochen wird (vgl., ebd.).

Genetische und biologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Substanzabhängigkeit.

1.2.2 PSYCHOLOGISCHE ANSÄTZE

Es wird von Forschern bestätigt, dass Menschen mit starker Angst, Wut oder Neigung zu Depressionen in höherem Maße Drogen konsumieren oder drogenabhängig werden als Menschen ohne die genannten Symptome (vgl. Comer 1995, S. 488). Personen, die als Kinder missbraucht und misshandelt wurden, tendieren als Erwachsene häufiger zu Substanzmissbrauch. Aus diesem Grund ist der psychische Zustand der Menschen der entscheidende Faktor für den Beginn einer Substanzabhängigkeit. So weist eine Studie an 835 klinisch depressiven Patienten nach, dass mehr als ein Viertel von ihnen während ihrer Störungsepisoden zu Drogen greifen (vgl., ebd.).

Behavioristische Theoretiker und Forscher behaupten, dass viele Menschen als Selbstmedikation stets dann Drogen nehmen, wenn sie gespannt und verärgert sind.

Es wird behauptet, dass der primäre Verstärkungswert der Droge auf andere Reize übertragen wird und somit Konsequenzen für das Suchtverhalten hat, *„dass Gegenstände, die zum Zeitpunkt des Drogenkonsums vorhanden sind, als konditionierte Stimuli wirken und schließlich teilweise dasselbe Glücksempfinden wie die Droge selbst auslösen können.“* (Comer 1995, S. 489) Vermutet wird, dass klassische Konditionierung bei Drogenmissbrauch und -abhängigkeit beteiligt ist (vgl. Comer 2001, S. 328).

1.2.3 SOZIOKULTURELLE ANSÄTZE

Die soziologischen Erklärungsmodelle zur Entstehung von Sucht definieren Abhängigkeit auf dem Hintergrund soziokultureller oder gesellschaftspolitischer Einflüsse. Aus diesem Grund spielt die soziale Umwelt des Individuums eine wichtige Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Nichterreichung gesellschaftskonformer Ziele, durch die Einbindung in ungünstige Lebenszusammenhänge oder durch die Etikettierung und Stigmatisierung von

Abhängigkeitskranken soziale Bedingungen geschaffen werden, die Suchtentwicklung fördern. Die Betrachtung individueller Lebensbereiche zeigt, dass insbesondere gesellschaftliche Normen und soziale Belastungen Bedingungen und Bedingungsfaktoren für den Einstieg in den Suchtmittelgebrauch und den Erwerb riskanter Konsummuster sind. Individuelle Drogengebrauchsmuster werden durch Konsumregeln und -formen in der Familie und im Berufsleben, psychosoziale Belastungen durch ungünstige Wohnbedingungen oder eine benachteiligte soziale Lage beeinflusst (vgl. Schmidt 1999, S. 66). Menschen, die in sozial belastenden Situationen leben und damit nicht zurechtkommen können, tendieren oft zu Drogenmissbrauch. Studien stützen auch die Behauptung, dass problematisches Trinkverhalten häufiger bei Jugendlichen vorkommt, deren Eltern und Altersgenossen trinken, deren familiäres Milieu belastend ist und keine Hilfe und Unterstützung bietet. Sie tendieren eher zu problematischem Trinkverhalten als Jugendliche, die nicht in einer solchen Umgebung leben. Studien fanden auch mehr Fälle von Heroinsucht unter Menschen, die in einem belastenden Umfeld leben (vgl. Comer 1995, S. 489). Solche Befunde stimmen mit der soziokulturell orientierten Ansicht von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit überein. Trotzdem können soziokulturelle Theorien nicht erklären, warum nur manche Personen, die unter ungünstigen Bedingungen leben, Störungen durch Substanzkonsum entwickeln (vgl. Comer 2001, S. 326).

Bisher konnte keines der Modelle unbestreitbare Beweise für seine Fähigkeit zur Erklärung der substanzenbezogenen Störungen geltend machen, und keines konnte aus sich allein heraus die drogenbedingten Störungen erklären. Deswegen bleibt der Drogenmissbrauch gegenwärtig ein komplexes Phänomen, das sich einem vollständigen Verständnis noch weitgehend entzieht (vgl. Comer 1995, S. 491).

1.2.4 LERNTHEORIEN

Nach diesen Theorien wird Sucht als erlerntes Verhalten angesehen, das aufgrund von lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten wie klassischer und instrumenteller Konditionierung und sozialem Lernen zustande kommt.

Das Prinzip der klassischen Konditionierung (Reiz-Verbindung) liegt in der Koppelung eines ursprünglich neutralen Reizes an eine Reaktion und ermöglicht damit unter bestimmten Bedingungen neue feste Reiz-Reaktions-Verbindungen. Der Anblick einer Flasche oder Zigarette löst zum Beispiel dann das Verlangen nach der Substanz aus,

wenn eine Person die damit verbundene angenehme Wirkung erfahren hat. Durch klassisches Konditionieren kann sowohl Verhalten auf- als auch abgebaut werden. In der Kindheit konditionierte Reaktionen sind sehr schwer zu lösen und oftmals Ursache für Suchtverhalten.

Das instrumentelle Konditionieren wird auf Reaktions-Verbindungen zurückgeführt, das heißt auf positive und negative Verstärker, die einer Handlung unmittelbar folgen und damit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass diese Handlungen öfter ausgeführt werden. Es wird zwischen primären (Essen, Trinken, Schlafen) und sekundären (Lob, materielle Zuwendung) Verstärkern unterschieden. Für den Süchtigen spielen beide eine wichtige Rolle. Die primären Verstärker werden durch die Droge selbst und die pharmakologische Wirkung dargestellt, die sekundären durch die Wertschätzung in der Gruppe und die Assoziation mit einem bestimmten Lebensgefühl. Als positive Verstärkung wirkt beim Süchtigen auch der Wegfall von Angst, Anspannung und Hemmungen. Auf diese Weise wird die Droge instrumentell, das heißt als Mittel zum Zweck benutzt, zur Herstellung von angenehmen Gefühlen, zur Anbahnung von Kontakten oder auch zur Flucht aus der Wirklichkeit. Eine andere instrumentelle Funktion des Drogengebrauchs besteht im Empfinden von Macht und Stärke, das sich zum Beispiel bei vielen Menschen nach Alkoholkonsum einstellt (vgl. Hurrelmann/Bründel 1997, S. 26 f.).

Lerntheoretische Begriffe wie „differentielle Verstärkung“ und „Generalisierung“ lassen sich auf das Verhalten von süchtigen Personen anwenden. Wenn eine Person zum Beispiel die angenehme Wirkung einer Zigarette nach einem guten Essen oder einer Tasse Kaffee gespürt hat, wird sie danach streben, diese Wirkung auch bei einem Glas Wein oder einem guten Gespräch zu erleben. Hat sie die Erfahrung im Beisein bestimmter anderer Personen gemacht, wird sie diese in ihrer Anwesenheit wiederholen wollen. Es wird als Stimulus- bzw. Reizkontrolle bezeichnet, wenn die Person gelernt hat, bestimmte Handlungsweisen in Anwesenheit bestimmter Personen oder in bestimmten festgelegten Situationen auszuführen (vgl. ebd., S. 27).

Die Theorie des Modell-Lernens sieht Lernen überwiegend als einen aktiven Aneignungsprozess, der sich aus drei Merkmalen zusammensetzt: dem Beobachter, dem zu Beobachtenden und der Situation, in der beobachtet wird. Der Prozess des Modelllernens besteht aus einer Aneignungs- und einer Ausführungsphase. Er soll hier am Beispiel des Trinkverhaltens erläutert werden. In der Aneignungsphase findet das

Beobachtungslernen statt. Der Beobachtende speichert das Verhalten der Modellperson als Vorstellung oder verbale Repräsentation in seinem Gedächtnis, damit es dieses später abrufen kann. Beim Tabakrauchen beobachtet der Jugendliche, lange bevor er selbst zur Zigarette greift, seine Eltern oder Verwandten, und es prägen sich ihm feste Zusammenhänge zwischen Rauchen und bestimmten Situationen ein. In der Ausführungsphase entscheidet die zu erwartende Verstärkung darüber, ob das beobachtete Verhalten auch tatsächlich gezeigt wird. Der Jugendliche raucht, um in der Gruppe anerkannt zu werden, um als ‚in‘ zu gelten und von seinen Freunden als gleichwertig akzeptiert zu werden. Die Belohnung erfährt er durch das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit. Die bewusste, aber auch unbewusste Übernahme von Verhaltensweisen anderer vollzieht sich nach lerntheoretischer Sichtweise vor allem durch die Wirkung von Modellpersonen. Die Person identifiziert sich mit jenen Personen, die sie mag oder die bei anderen beliebt sind, und übernimmt deren Verhaltensweisen und verhält sich wie diese (vgl. ebd., S. 28 f.).

Die Lerntheorien liefern wertvolle Hinweise, an welchen Komponenten des Person-Umwelt-Wechselspiels Mechanismen ansetzen, die zu Sucht und Abhängigkeit führen können (vgl. ebd. S., 29 f.).

1.3 ETHNOPSYCHIATRIE

Die transkulturelle Psychiatrie befasst sich mit kulturellen Einflüssen auf die Ursachen, klinischen Ausprägungen und Möglichkeiten zur Therapie psychischer Krankheiten. Sie wird sowohl von Psychiatern, Ethnologen als auch von Anthropologen betrieben und hat als Psychoanthropologie, medizinische Anthropologie, Ethnopsychiatrie, Medizinethnologie oder Vergleichende Psychiatrie unterschiedliche Schwerpunkte und Schnittstellen. In der internationalen Literatur wird die (Trans-) kulturelle Psychiatrie auch als cultural oder ethno-cultural psychiatry bezeichnet. Die Ethnopsychiatrie kam an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert auf und beschäftigt sich mit den ätiologischen und pathogenetischen Hintergründen von Erkrankungen im Kontext der verschiedenen Ethnien und unterschiedlichen Kulturen (vgl. Assion 2004, S. 17 f.).

In der Ethnopsychiatrie geht es nun darum, die ethnisch bedingten psychischen Krankheiten jeder Kultur herauszuarbeiten. Nur auf diesem Hintergrund können die Symptomatologie, die Häufigkeitsverteilung, die Krankheitsschicksale richtig verstanden werden (vgl. Devereux 1974, S. 12).

Aus dem 19. Jahrhundert gibt es eine Vielzahl von Berichten, die sich mit den Zusammenhängen von Kultur und Krankheit auseinandersetzen. Eine vorherrschende Meinung dieser Zeit war, dass psychische Krankheiten durch Zivilisation bedingt seien und deshalb weniger häufig bei einfachen Kulturen auftraten. Eine der ersten deutschsprachigen „transkulturellen“ Untersuchungen führte Emil Kraepelin (1856-1926) zu Beginn des 20. Jahrhunderts (1904) auf Java durch. Er ging mit seiner Untersuchung der Frage nach, welchen Einfluss kulturelle Faktoren bei psychischen Erkrankungen haben. Damit stellte er als einer der ersten deutschen Psychiater die Bedeutung dieser Aspekte heraus und wird deshalb auch als Mitbegründer der vergleichenden Psychiatrie angesehen (vgl. Assion 2004, S. 17).

Sigmund Freud (1856-1939) verfasste ebenfalls einige Stellungnahmen und Arbeiten zu ethnologischen Fragen, von denen am bekanntesten seine Abhandlungen zu Totem und Tabu sind, die Einfluss auf spätere transkulturelle Untersuchungen hatten. Die zahlreichen Arbeiten von E. H. Ackerknecht hatten in der Mitte des 20. Jahrhunderts einen besonders Einfluss auf die transkulturelle Forschung. Ackerknecht setzte sich mit der Theorie der Kulturmorphologie auseinander und untersuchte die Verbindungen und Abhängigkeiten von Kultur und Medizin (vgl. ebd., S. 17).

Ein spezielles Arbeitsgebiet im Bereich der Sozialmedizin, Epidemiologie und transkulturellen Psychiatrie stellt die Gruppe der Migranten dar. Arbeitsmigranten kamen seit den 1960er Jahren nach Deutschland, zunächst zum großen Teil mit der Perspektive, nach einigen Jahren wieder in ihre Heimat zurückzugehen. Im Laufe der Jahre veränderte sich jedoch diese Perspektive. Viele ließen ihre Angehörigen nachkommen oder gründeten erst in Deutschland eine Familie. Inzwischen kommen viele dieser ersten Arbeitsmigranten in das Alter, in dem sie Rentner werden (vgl. Schuler 1997, S. 64).

Die sozialen Folgen und psychischen Auswirkungen von Migration hat die Fachrichtung der Migrationspsychiatrie zum Schwerpunkt.

„Verschiedene Autoren (...) haben allgemein die Relevanz des kulturellen Kontextes bei psychischen Störungen herausgestellt und Kenntnisse des kulturellen Hintergrunds für den therapeutischen Umgang gefordert. Die wissenschaftliche und klinische Auseinandersetzung mit diesem Thema ist jedoch bis heute noch lückenhaft (...).“
(Assion 2004, S. 18)

Eine der aktivsten Gesellschaften, die sich für die Belange von Migranten in Deutschland einsetzt, ist die Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit, die unter ihrem Vorsitzenden E. Koch regelmäßig Fachtagungen organisiert, sowie eine Fachzeitschrift und eine Schriftenreihe zu Themen der Migration herausgibt. 1970 wurde im deutschen Sprachraum die „Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V.“ gegründet (vgl. Assion 2004, S. 18).

Devereux begründete 1950 die neue Disziplin der Ethnopsychiatrie. Er betrachtet das kulturelle Umfeld als grundlegendes Element in der Entwicklung des Individuums. Zum besseren Verständnis auch weitgehend unbekannter Kulturen suchte er in der Ethnologie ein generalisierbares Konzept der Kultur, betrachtet als erlebte Erfahrung, d.h. als Art und Weise, wie ein Individuum im Zustand seelischer Gesundheit ebenso wie im Zustand psychischer Störung seine Kultur lebt und begreift (vgl. Devereux 1974, S. 127). *„Es geht nicht nur um einen Kulturbegriff, wie Devereux formuliert, sondern um die besondere Art und Weise der Kulturbezogenheit des Menschen wie seiner Krankheiten (...). Diese ist nicht in jeder Kultur von Grund auf eine je andere. Es handelt sich vielmehr nur um Metamorphosen ein und derselben Grundstruktur; einer Grundstruktur, die ein einheitliches Modell für die verschiedenartigsten Abwandlungsformen hergibt. Devereux fordert die Fähigkeit, jedes kulturelle System einfach als Exemplar eines generischen und charakteristisch menschlichen Phänomens – der Kultur per se – anzusehen.“* (Blankenburg 1984, S. 39)

Devereux (1974) hat sich zur Aufgabe gemacht, *„affektive Invarianten in der menschlichen Natur aufzudecken, die sich in verschiedenen Symbolen und Symbolsystemen ausdrücken.“* (S. 10) Auch wenn seiner Ansicht nach präödpale Erfahrungen in die Struktur des ödipalen Konflikts mit eingehen, bleibt der Motor der Charakterentwicklung in Europa ebenso wie in allen anderen, auch den „primitiven“, Gesellschaften der ödipale Konflikt. In seiner jeweiligen kulturellen Ausformung, bleibt er die „Schlüsselsituation“, die über die Strukturierung des ethnischen Unbewussten, aber auch des Bewusstseins, entscheidet (vgl. Devereux 1974, S. 8).

Für Devereux (1974) ist Kultur *„ein jeweils spezifisches System von Abwehrhaltungen gegen typische Gefährdungen, psychoanalytisch gesprochen also eine Ich-Funktion.“* (S. 10) Sein Bestreben war „affektive Invarianten“ in der menschlichen Natur aufzudecken, die sich in verschiedenen Symbolen und Symbolsystemen ausdrücken (vgl., ebd.). Nach Devereux (1974) finden psychische Störungen zudem ihre *„Entsprechung in den*

Vorstellungen und Verhaltensweisen der Gesellschaft (...), in denen sie entstehen. (...) in den gleichen Zusammenhang gehört sein Begriff der vorstrukturierten Modelle des Fehlverhaltens, die jede Kultur anbietet und die einem Menschen erst den Status der Verrücktheit als definierte Sozialrolle verleihen (...).“ (S. 11 f.)

Bei Devereux (1974) erscheint Gesellschaft und Individuum, Einzelpsyche und Kultur, Individuelles und Ethnotypisches miteinander verwoben. Die Einheitlichkeit der menschlichen Psyche setzt zugleich die Einheitlichkeit der Grundstrukturen menschlicher Kultur voraus (vgl. S. 13).

Ein Individuum in einer fremden Kultur muss zunächst lernen, mit dem spezifischen System dieser Kultur zurechtzukommen. Falls ein Individuum in dieser Hinsicht nicht genügend Anpassungsfähigkeit besitzt, wird es Schwierigkeiten haben, sich in seinem neuen sozialen Umfeld zu orientieren. Darum ist die Ethnopsychiatrie ein wichtiges Fach für die Erforschung der psychischen Erkrankungen von Migranten.

„Die alltägliche psychiatrische Erfahrung lehrt, dass Klassenunterschiede eine erfolgreiche Interaktion zwischen Arzt und Patient verhindern können. Diese Schwierigkeiten sind noch verstärkt, wenn der Patient seine Gedanken und Gefühle nicht in Worte fassen kann und wenn er einer anderen kulturellen Gruppe angehört als der Arzt. Ist letzteres der Fall, so mag der Patient den Bemühungen des weißen Arztes mit Misstrauen und Feindseligkeiten begegnen, wie das bei den nordamerikanischen Indianern der Fall ist; oder aber, im Falle der italienischen Fremdarbeiter in der Schweiz, kann er Anschauungen haben, die dem Arzt abnormal erscheinen, die jedoch im kulturellen Milieu des Italieners ganz normal sind.“ (Wulff 1978, S. 21 f.)

2 MIGRATION

Das Phänomen der Migration ist so alt wie die Menschheit selbst. Migrationsbewegungen werden von den jeweiligen Zielgesellschaften ganz unterschiedlich erlebt, haben sich langfristig aber meistens als kulturelle Bereicherung erwiesen. Für die Betroffenen bringt Migration mehr oder weniger große innere und äußere Veränderungsanforderungen mit sich, die auch Konsequenzen für die psychische Gesundheit haben (vgl. Hegemann/Salman 2001, S. 15).

2.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG

Der Begriff „Migration“ wird in verschiedenen Disziplinen angewendet, er stammt aus dem Lateinischen und wird im Duden (1991, S. 475) mit dem Begriff „Wanderung“ übersetzt. Im sozialwissenschaftlichen und politisch-historischen Bereich wird darunter verstanden: *„(...) die Bewegung von Individuen und Gruppen – zuweilen geschlossener Volksgruppen – im geographischen Raum mit einem ständigen oder vorübergehenden Wechsel des Wohnsitzes und des Lebensmittelpunktes (...), gleichgültig auf welche Verursachung dies zurückzuführen ist.“* (Blahusch 1992, S. 37.) Innerhalb dieser Definition wird bewusst keine Grenze zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration gezogen, da die Motive der Migranten vielschichtiger sind und ständig einer politischen und moralischen Wertung unterliegen. Es können aber einige andere Differenzierungen vorgenommen werden: Migration kann als „Binnenwanderung“ im selben Land stattfinden oder als „Außenwanderung“ in ein fremdes Land. Außerdem wird zwischen Auswanderung (Emigration) und Einwanderung (Immigration) unterschieden. Migration kann einmalig auf Zeit angelegt sein oder in einem Zyklus stattfinden, wie z.B. bei Saisonarbeitern.

Nach Czycholl (1998) bedeutet Migration einen großen Einschnitt in das bisherige Leben. Das Individuum verlässt die bisher vertraute psychosoziale Umgebung und muss sich in einem fremden Land zurechtfinden. Das Einleben in einem fremden Land mit einer anderen Sprache, Kultur, Gesellschaftsform usw. erfordert eine hohe Leistung des Migranten (vgl. S. 102). Im Zusammenhang dieser Arbeit soll daher auch untersucht werden, inwieweit die Erfahrungen und Probleme aus dieser Migrationsphase sich spezifisch auf die Suchtgenese auswirken.

2. 2 MIGRATIONSTHEORIE

Es gibt verschiedene Ursachen, die Menschen zur Migration veranlassen. Everett S. Lee erstellte 1972 ein Migrationsmodell, in dem er zwei Faktoren, die zur Migration führen, unterscheidet. Es sind dies die so genannten Push- und Pull-Faktoren. Unter Push-Faktoren („Druckfaktoren“) werden negative und lebensbedrohende Situationen verstanden, die Menschen das Leben im Heimatland kompliziert und unerträglich machen. Dies können zum einen Naturkatastrophen, Kriege, Armut oder aber auch ausweglose strukturelle Arbeitslosigkeit sein. Darüber hinaus werden viele Menschen wegen ihrer politischen und religiösen Haltung in ihren Heimatländern nach wie vor diskriminiert, unterdrückt und gefoltert. Diese unerträglichen Lebenssituationen veranlassen die Menschen, ihre Lebensorte je nach Situation zu wechseln. Die Pull-Faktoren („Anziehungsfaktoren“) „ziehen“ dementsprechend die Menschen hin zu einem besseren Leben, das nur in einem anderen Land ermöglicht werden kann. Zu verstehen sind darunter die tatsächlichen oder vermuteten attraktiven Lebensbedingungen im Zielland. Zu den Anziehungsfaktoren zählen physische Überlebenschancen, Arbeit, ein höheres Einkommen, sozialer Statusgewinn, Rechtssicherheit und Garantie der Menschenrechte. Diese Faktoren unterliegen in einer Art „Kosten-Nutzen-Überlegung“ oft einer subjektiven Bewertung (vgl. Blahusch 1992, S. 43).

2. 3 GESCHICHTE DER TÜRKISCHEN ARBEITSMIGRANTEN

Die Motivation der Migranten, die in den 1950er und 1960er Jahren noch als „Gastarbeiter“ bezeichnet wurden, in die Bundesrepublik Deutschland zu kommen, war geprägt von einer Mischung aus ökonomischen und teilweise politischen Zwängen, gepaart mit Träumen von einer „goldenen Zukunft“.

Die meisten türkischen Arbeitskräfte stammten ursprünglich aus den wirtschaftlich stark unterentwickelten ländlichen Regionen besonders des Südens und Ostens der Türkei.

Die schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse auf dem Land führten bereits in den 1950er Jahren zu einer ausgeprägten „Binnenmigration“ in die Städte der Türkei. Eine starke Anziehungskraft besaßen für die Menschen der ländlichen Regionen dabei die großstädtischen Metropolen, denn besonders dort bot sich Aussicht auf Arbeit und wirtschaftlichen Aufschwung. So wuchs Istanbul seit 1961 innerhalb von 30 Jahren von einer Einwohnerzahl von 1,4 auf 10,7 Millionen Menschen an. In den Großstädten

entstanden und vergrößerten sich jedoch zugleich auch die Armen- und Elendsviertel, die sogenannten „Gecekondus“ (türkisch: „über Nacht gebaut“) (vgl. Assion 2001, S. 55).

Die Mehrzahl der Arbeitsmigranten kam aus den sogenannten „Armenhäusern“ Europas, aus wirtschaftlich rückständigen Regionen, in denen sie oftmals ein Leben als Unterbeschäftigte oder Arbeitslose fristen mussten. Die häufigsten Emigrationsanlässe waren somit Arbeitslosigkeit und Armut. Von Bedeutung waren außerdem: höheres Einkommen, Sparen für die Zukunft, bessere finanzielle Unterstützung von Familienangehörigen, bessere berufliche Ausbildung (vgl. Blauhusch 1992, S. 101).

In der Türkei wurde der Wanderungsdruck durch schwere Wirtschaftskrisen, eine verfehlte Industrialisierungspolitik, ein starkes Bevölkerungswachstum und innenpolitische Unsicherheit erhöht. Der Industrialisierungsprozess in der Türkei vollzog sich im Zeichen großer Landflucht unter gleichzeitigem Wandel der Beschäftigungsstruktur. Die freigesetzten ländlichen Arbeitskräfte konnten nicht unmittelbar in der Industrie neue Arbeitsplätze finden, weshalb sich die Notwendigkeit der Auswanderung ergab. Eine Tradition als Auswanderungsland hatte die Türkei allerdings nicht.

Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges brauchte die BRD Arbeitskräfte. Aus diesem Grund schloss die Bundesrepublik mit mehreren Staaten Vereinbarungen über die staatlich organisierte Anwerbung von Arbeitskräften ab. Das erste Anwerbeabkommen war 1955 das mit Italien, es folgten Spanien, Griechenland, Marokko, Tunesien, das damalige Jugoslawien, Portugal und die Türkei (vgl. Bischoff/Teubner 1992, S. 19).

Die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt war groß. Deutschland konnte infolgedessen selbst entscheiden, mit welchem Land ein Abkommen abgeschlossen werden sollte, und die Arbeitskräfte selbst auswählen. Dies sollte zunächst nur mit europäischen Ländern geschehen. Die Türkei hatte den Vorzug, ein NATO-Land zu sein; auch deshalb wurde mit ihr als erstem außereuropäischem Land 1961 ein Anwerbeabkommen geschlossen. Die türkische Regierung erhoffte sich durch die Emigration von Arbeitskräften nicht nur eine Entlastung des Arbeitsmarktes, sondern es sollten auch dringend benötigte Devisen in das Land fließen, und qualifizierte Rückkehrer sollten die Modernisierung im eigenen Land unterstützen (vgl. Jamin 1999, S. 147).

Die Anwerbung der ersten türkischen Arbeitsmigranten durch deutsche Vermittlungsbüros konzentrierte sich in der ersten Phase (1961) auf qualifizierte Arbeitskräfte aus Nord-, West- und Südanatolien. Der Zustrom aus dem überwiegend agrarisch geprägten Ostanatolien setzte erst im Jahre 1970 ein. Nach dem Anwerbestopp (1973) kam die Hälfte der türkischen Arbeitsmigranten aus den ländlichen Gegenden des Westens und Ostanatoliens (vgl. Blausch 1992, S. 103 f.).

Bei vielen türkischen Migranten bestand das Hauptmotiv der Migration darin, in Deutschland in kurzer Zeit viel Geld zu verdienen und sich daran anschließend in der Türkei mit dem erwirtschafteten Kapital eine sichere Existenz aufzubauen. Ein wichtiges Ziel der Migranten war, viel zu arbeiten und Geld zu sparen, um beispielsweise eine Grundstücksimmobilie erwerben oder ein Geschäft eröffnen zu können. Viele Gastarbeiter waren in ihren Heimatländern erwerbslos, so dass das höhere Einkommen in Deutschland einen immensen Reiz für sie besaß.

Die Bundesanstalt für Arbeit richtete 1961 in Istanbul eine Verbindungsstelle ein, an die deutsche Arbeitgeber konkrete Vermittlungsanforderungen richteten, die gleichzeitig Stellenangebote waren. In dieser Vermittlungsstelle wurden die geeigneten Bewerber für die offenen Stellen in Deutschland ausgewählt. Die meisten Menschen reisten mit dem Zug von Istanbul nach München. Nach ihrer Ankunft in München wurden die Menschen auf ihre zukünftigen Arbeitsstellen in ganz Deutschland verteilt (vgl. Jamin 1999, S. 154).

Die Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis für die türkischen Arbeitsnehmer war auf zwei Jahre begrenzt. Dies zeigt, dass von deutscher Seite her eine Beschäftigung und Einwanderung auf Dauer nicht intendiert war. Nach zwei Jahren wollten viele deutsche Arbeitgeber jedoch ihre eingearbeiteten Arbeitskräfte nicht verlieren. Daher wurden Aufenthalts- und Arbeitserlaubnisse regelmäßig um weitere zwei Jahre verlängert.

Nicht nur Deutschland sah sich nicht als Einwanderungsland, sondern auch die meisten türkischen Gastarbeiter akzeptierten sich nicht als Einwanderer. Viele von ihnen hatten die Illusion, „(...) sie könn(t)en während ihres vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik nur als Arbeitnehmer existieren und ihr Leben als Menschen auf die Zeit nach der Rückkehr in die Türkei verschieben.“ (Jamin 1999, S. 163)

Die meisten der Arbeiter lebten isoliert in firmeneigenen Wohnheimen, die gerade mit dem Nötigsten ausgestattet waren, und hatten durch die kasernenartigen Verhältnisse

kaum ein Privatleben. Das enge Zusammenleben mit den eigenen Landsleuten in der Fremde führte zu einem engen Zusammenhalt. Die Migranten wurden von der deutschen Gesellschaft nicht wahrgenommen, weil die beiden Welten, in denen die Menschen lebten, sich nicht überschneiden (vgl. Jamin 1999, S.164).

Durch die Ölpreiskrise 1973 kam es zum Anwerbestopp. Aufgrund dieser Entscheidung zogen bis auf Ausnahmen keine weiteren türkischen Arbeitnehmer nach, jedoch organisierten viele den Nachzug ihrer Familien. Viele türkische Arbeitsmigranten schoben – ihres beruflichen Aufstiegswunsches wegen – ihre ins Auge gefasste Rückkehr in die Türkei immer wieder hinaus. Außerdem fühlten sie sich nach jahrelangem Aufenthalt in Deutschland im Heimatland fremd und wurden dort als „Deutschländer“ bezeichnet.

Laut Amt für Stadtforschung und Statistik lebten im Jahr 2002 7.348.000 Ausländer in Deutschland, wovon 1.912.200 aus der Türkei stammten (www.destatis.de 2002, 20.04.04).

3 LEBENSSITUATION JUNGER TÜRKISCHER MIGRANTEN

3.1 SOZIALISATIONSBEDINGUNGEN

3.1.1 DIE TÜRKISCHEN FAMILIEN IN DEUTSCHLAND

Die vorherrschende Familienform sowohl in der Türkei als auch in Deutschland ist die Kernfamilie (vgl. Atabay 1994, S. 43). Die Großfamilie existiert weder in der Türkei noch hier. Aufgrund der modernen Lebensbedingungen werden die Familien immer kleiner. Die Struktur der türkischen Familie ist durch den Begriff der Ehre bestimmt, „(...) *der sich auf die Verhältnisse der verschiedenen Familienmitglieder untereinander nach außen bezieht (...) die Ehre und Ruf nach außen beziehen sich auf die gesamte Familie, daher hat auch jedes Familienmitglied in seinen Beziehungen nach außen darauf zu achten, die Ehre der Familie zu schützen.*“ (Brainin 1996, S. 333)

Die einzelnen Familienmitglieder sollen grundsätzlich ihre individuellen Interessen dem Wohl der Familie unterordnen, weil das Kollektiv der Familie mehr zählt als das einzelne Familienmitglied. Achtung und Ehrerbietung sind zentrale Werte in der türkischen Familie (vgl. Berkenkopf 1984, S. 16).

Religiös-moralische Wert- und Normvorstellungen im Umgang der beiden Geschlechter sollen befolgt werden. Die türkischen Mädchen müssen bis zur Heirat ihre Jungfräulichkeit bewahren. Dagegen werden die Jungen allgemein freier erzogen, von ihnen „(...) *erwartet man die Übernahme der typischen Männerrolle: Stolz, Ehrenhaftigkeit (seref) und Männlichkeit (erkeklik) (...).*“ (Hansen 1989, S. 36)

Die türkische Familie weist eine patriarchalische Struktur auf, die Väter und die älteren Brüder sind diejenigen Autoritäten, denen sich die jüngeren und vor allem die weiblichen Familienmitglieder unterzuordnen haben (vgl. Brainin 1996, S. 333). Es gibt allerdings Autoren, die dieses Thema anders betrachten. Sie sind der Meinung, dass auch anders strukturierte Migrantenfamilien existieren, Familien, die mit der Zeit ihre Familienstrukturen geändert und gelockert haben oder einer höheren Bildungsschicht angehören.

Nauck (1985) ist der Meinung, dass in türkischen Familien in Deutschland nicht der autoritäre patriarchalische Familientyp vorherrscht, sondern eher ein synkrisch-frauzentrierter Familientypus (vgl. S. 22 f.).

Nach Polat (1998) konnten verschiedene Untersuchungen belegen, dass viele Migrantenfamilien ihre Lebensgewohnheiten und -haltungen während ihres Aufenthalts in Deutschland erheblich veränderten. Dieser Wandel macht sich bemerkbar in der Familienplanung, der Erwerbstätigkeit von Frauen, den höheren Scheidungsraten und den veränderten Erziehungsmaßnahmen der Eltern (vgl. S. 45).

Die Familienstruktur, die Lebensweise und Lebensart der türkischen Familien hängt zum großen Teil davon ab, wie und wo die Familien vor ihrer Migration im Heimatland gelebt haben. Alle türkischen Familien haben in Deutschland sicher eines gemeinsam: die Erfahrung der Migration und das Bemühen, sich in einer fremden Welt zurechtzufinden (Sen/Goldberg 1994, S. 54).

3. 1. 2 GENERATIONSKONFLIKTE- UND KULTURKONFLIKTE

Migrantenfamilien sind mit der Erziehung der Kinder und den neuen, komplizierten gesellschaftlichen Bedingungen oft überfordert. Die Eltern erleben sich häufig als hilflos. Einige Familien haben den Einfluss auf ihre Kinder verloren und sind nicht in der Lage, ihre Kinder bei der Orientierung und der Entwicklung von Zukunftsperspektiven zu unterstützen. Versuchen die Kinder, sich auf etwas Neues einzulassen, wird streng unterschieden: Leistung – ja, Freizeit und „deutsches Verhalten“ – nein. Bostan beschreibt dies in ihrer Kurzbiographie: *„Er (der Vater) war sehr stolz darauf, dass wir das Gymnasium besuchen (...). Aber er wollte auch, dass wir leben wie in der Türkei. Er hatte wohl Angst vor der deutschen Kultur.“* (Bostan 1997, S. 29)

Manche türkischen Migrantenfamilien sind besonders in der Fremde sehr daran interessiert, ihren Kindern die eigenen ethnischen Normen und Werte zu vermitteln (vgl. Hansen 1989, S. 28).

Die fremden Einflüsse wirken auf die Eltern oft bedrohlich und stehen im Gegensatz zu ihrer Orientierung an traditionellen Wertvorstellungen und Familienstrukturen. Deshalb reagieren die Eltern strenger und starrer als sie dies in der Türkei tun würden. Viele türkische Jugendliche geraten bei der Verwirklichung ihrer Lebenspläne mit den abweichenden Wertvorstellungen ihrer Eltern in Konflikt. Für die türkischen

Jugendlichen ist es „ein schmerzhafter Prozess“, die Handlungsbeschränkung der Eltern und deren gesellschaftliche Außenseiterposition zu erleben (vgl. Sen/Goldberg 1994, S. 56).

Konflikte treten häufig in Fragen der Schul- und Berufsbildung, im Freizeitbereich und bezüglich der Verheiratung auf. Viele türkische Eltern wollen traditionsgemäß eine möglichst frühe Verheiratung ihrer Kinder mit einem von ihnen ausgewählten Partner. Die meisten Jugendlichen wollen den Zeitpunkt einer Hochzeit und den zukünftigen Ehepartner selbst auswählen. Durch den größeren Kontakt der Kinder zur deutschen Umwelt sind diese vertrauter mit der deutschen Sprache und Lebensweise als die Eltern. Die Eltern sind oft auf die Vermittlung der Kinder zwischen den beiden Kulturen angewiesen. Dies führt häufig zu einem Autoritätsverlust der Eltern, besonders des Vaters. Dies kann wiederum zu Konflikten und Unsicherheit in der Familie führen (vgl. Straube 1987, S. 322 f.).

Türkische Jugendliche werden oft in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie Familie, Schule und Freizeit mit Erwartungen konfrontiert, die nicht zusammenpassen oder sich widersprechen. Dies formt ihr Selbstbild: *„Die Balance jeweils in sozialen Interaktionen zwischen unterschiedlichen Rollenerwartungen und strukturellen Zwängen einerseits und den eigenen Bedürfnissen und Zukunftsorientierungen, die sich in früheren Identifikationen entwickelt haben, andererseits formen das jeweilige Selbstbild einer Person.“* (Hansen 1989, S. 26)

Dieses Hin- und- Hergerissen- Sein zwischen Kulturen und verschiedenen Rollen stellt für die türkischen Jugendlichen eine Herausforderung dar.

Es ist bis jetzt jedoch nicht belegt, inwieweit das Aufwachsen in einer ethnischen Minderheit zu psychischen Schwierigkeiten führt. Es gibt bis jetzt wenige Untersuchungen zu dieser Fragestellung, und die bisherigen zeigen widersprüchliche Ergebnisse auf (vgl. Boos- Nünning 1999, S. 19).

Atabay (1995) bestreitet nicht, dass türkische Jugendliche Identitätsprobleme haben, jedoch steht er der Kulturkonfliktstheorie kritisch gegenüber. Er ist der Meinung, dass zu viele Wissenschaftler durch eine einseitig geführte Diskussion dazu beigetragen haben, dass die Migrantenjugendlichen als nicht handlungsfähige, nicht autonome und nicht souveräne Subjekte gesehen werden. Die Theorie des Kulturkonfliktes führt seiner Ansicht nach dazu, dass die Orientierungsschwierigkeiten dieser Jugendlichen mit dem

Aufeinandertreffen der beiden Kulturen erklärt werden, und nicht mit den rechtlichen, sozialen und soziokulturellen Benachteiligungen (vgl. S. 160 f.).

Das Leben zwischen zwei Kulturen ist den meisten türkischen Jugendlichen bewusst. Durch die klare Trennung der Lebensräume wird die Diskrepanz zwischen den verschiedenen Erwartungshaltungen erträglich gemacht. Die Jugendlichen hinterfragen kritisch beide Kulturen und übernehmen aus jeder Kultur die Dinge, die am besten zu ihrer Lebensweise passen. Daraus entwickeln sie ihre eigene Kultur mit neuen kulturellen Ausdrucksformen. Viele Werte der türkischen und deutschen Kultur haben so für diese Jugendlichen eine neue Bedeutung. Mit ihrer eigenen Kultur stoßen sie oft auf Ablehnung, da sie von beiden Kulturen als „Bedrohung“ gesehen werden: Ihren türkischen Eltern erscheinen sie „zu deutsch“ und der deutschen Aufnahmegesellschaft noch „zu türkisch“ (vgl. Atabay 1995, S. 164 ff.).

Die Jugendlichen, die auf Unterstützung seitens ihrer Eltern bei der eigenen Lebensführung nicht in genügendem Maße zählen können, geraten oft in Schwierigkeiten, besonders im Rahmen ihrer Identitätsbildung, in Bezug auf Religion, kulturelle Werte und Normen. Dies kann eine Belastung bedeuten und zum Konflikt führen. Ist von einem Kulturkonflikt die Rede, ist dieser „(...) *in der Regel primär durch den Gegensatz von traditionell bäuerlicher und „moderner“ proletarischer, von dörflicher und urbaner Lebensweise determiniert und nur sekundär durch Gegensätze wie islamisch-christlich, mediterran-mitteuropäisch, türkisch-deutsch.*“ (Auernheimer 1988, S. 123)

Die türkischen Jugendlichen sind nicht nur gemäß der Aussagen der oben zitierten Fachliteratur mit Generationskonflikten im familiären Bereich, sondern auch nach den empirischen Daten der vorliegenden Studie mit Kulturkonflikten in der hiesigen Gesellschaft konfrontiert. Die Erwartungen seitens Familie und Gesellschaft sind unterschiedlicher Natur. Sie müssen einen Mittelweg finden, damit sie beiden Seiten gerecht werden können. Es ist leider nicht immer möglich, diesen Mittelweg zu finden. Wenn Jugendlichen dieses nicht gelingt, geraten sie in Entscheidungskonflikte: Statt zur Problemlösung zu kommen, herrscht bei den Jugendlichen der Versuch zur Problemverdrängung vor. Während dieser Phase lernen sie die scheinbaren Verlockungen der Drogenwelt kennen.

3. 1. 3 WOHSITUATION

Ausländische Familien leben meist in den Großstädten in Wohngebieten, die in der Nähe von Industriegebieten liegen, den früheren Arbeitsplätzen der Gastarbeiter. Sie wohnen schon lange in den dortigen Mietwohnungen, die baulich häufig in einem schlechten Zustand sind. Es gibt außerdem in den Großstädten Stadtteile, die durch Zuweisung in Belegrechtswohnungen über einen besonders hohen Ausländeranteil verfügen (vgl. Bundesministerium für Familie 2000, S. 156). Kinder in migrierten Familien leben unter besonders schlechten Rahmenbedingungen. Diese Gruppe von Kindern ist deutlich häufiger von negativ auf die Kindheit einwirkenden Faktoren wie insbesondere Armut und unzureichende Wohnbedingungen betroffen als deutsche Kinder. Arbeitsmigranten, Flüchtlinge oder Aussiedler haben häufig im Vergleich zu deutschen Familien trotz größerem Haushalt eine geringere Wohnungsgröße und schlechtere Wohnungsausstattung. Sie wohnen im so genannten sozialen Brennpunkt und im ethnischen Ghetto (vgl. Boss-Nünning 2000, S. 34).

Die in Deutschland lebenden türkischen Wohnungsmieter sind zu 37 Prozent der Meinung, dass sie eine unangemessen hohe Miete zahlen. Tatsächlich zahlen sie, trotz der insgesamt schlechteren Wohnbedingungen, eine durchschnittlich höhere Kaltmiete für ihren Wohnraum als die deutschen Haushalte (vgl. Bundesministerium für Familie 2000, S. 153 ff.). Türkische Familien haben als Mietergruppe nur einen begrenzten Zugang zum Wohnungsmarkt. Weil sie dort zu den unerwünschten Mietergruppen zählen, ist es für diese Familien mit Komplikationen behaftet, eine für sie passende Wohnung zu finden (vgl. Berger 2000, S. 79). Sie leben häufig in Ghettos: *„Armut und Kargheit ist für Kinder aus diesen Wohngebieten, die aus für (Groß) Städte typischen sozialräumlichen Differenzierungsprozessen entstanden sind, räumlich und damit sinnlich im gesamten Wohnbereich wahrnehmbar.“* (Boss-Nünning 2002, S. 37) Der Nachteil eines solchen Wohnumfeldes besteht darin, dass der Zugang zur Kultur der Mehrheitsgesellschaft begrenzt ist. Dieser Umstand erschwert bei den Migrantenkindern den Lernprozess beim Erwerb der deutschen Sprache sowie die Auseinandersetzung mit den für sie fremden kulturellen Lebensformen in Deutschland. Dies wiederum kann nicht nur schulische Probleme verursachen sondern auch zu eingeschränkten Berufschancen führen (vgl. Boss-Nünning 2002, S. 39).

Die ungünstigen Wohnbedingungen, so ist die Autorin der Ansicht, können die davon betroffenen türkischen Jugendlichen in wichtigen Bereichen ihres persönlichen Lebensumfeldes (nachmittägliche Erledigung der Schulaufgaben, Pflege der Sozialkontakte, Freizeitgestaltung etc.) negativ beeinflussen und verursachen häufig in der Familie Konflikte, deren Lösung die Jugendlichen oft außerhalb der Familie suchen.

3.1. 4 SPRACHE

Das Kind lernt in der Sozialisation kulturelle Normen und Werte einer Gesellschaft, wobei die Sprache eine wichtige Rolle spielt. Die Familie ist der erste Sozialisationsort eines Kindes. Daher lernt es zunächst über seine Muttersprache seine Welt zu verstehen und grundlegende konkrete und abstrakte Sachverhalte auszudrücken. Die kognitive Verarbeitung von Begriffsinhalten ist dadurch eng kulturell geprägt.

Die meisten türkischen Kinder in Deutschland wachsen zweisprachig auf und müssen somit das Begriffsrepertoire beider Sprachen mit der jeweiligen Kultur erwerben (vgl. Tuna 1999, S. 47 ff.). Meist lernen die Kinder erst im Kindergarten oder in der Schule Deutsch, weil im Elternhaus mit ihnen türkisch gesprochen wird. Die Muttersprache aber wird in der Schule oft vernachlässigt. Die Vernachlässigung der Muttersprache in der Schule kann zu einer doppelten Halbsprachigkeit führen. Dies kann nicht nur zu sozialen Isolation und Selbstisolation, sondern auch die Minderung schulischer und beruflicher Chancen verursachen. Dies hat Einfluss auf die Persönlichkeit und Identitätsentwicklung (vgl. Auernheimer 1988, S. 180).

„Setzt die unterrichtliche Arbeit nicht an der Alltagssprache der Kinder an, so eignen sich die Kinder - speziell bei der hier unterstellten zweisprachigen Situation - die schulischen Begriffe unzureichend nach dem Muster der Alltagsbegriffe an, d.h. eher assoziativ, weil sie sich immer erst um ein elementares sprachliches Verständnis bemühen müssen. Oder die Welt der sprachlichen Bedeutung ihrer deutschen Schulsprache verselbständigt sich und bleibt schließlich unkoordiniert neben der Alltagssprache stehen - das heißt neben ihrer Muttersprache, die zur ausschließlichen Alltagssprache degradiert wird.“ (Auernheimer 1988, S. 181)

Laut Tuna (1999) ist die Mehrsprachigkeit für die Migrant*innenjugendlichen ein natürlicher Zustand, in dem sie sich in zwei Sprachen unterhalten können. Für die Jugendlichen ist der situationsadäquat alternierende Sprachgebrauch selbstverständlich. Ihre Weltwahrnehmung und -empfindung ist vom „Code-Switching“ und damit auch

„Kultur-Switching“ geprägt. Sie können sich in den Sprachen entfalten, wie es für sie am einfachsten und passendsten ist. Sie haben die Wahlmöglichkeit, in welcher der beiden Sprachen sich ihre Emotionen besser ausdrücken lassen (vgl. S. 52 f.).

Nach Auffassung der Autorin ist es für diese Kinder und Jugendliche im Hinblick auf ihre Zukunftsperspektiven sehr wichtig und bereichernd, beide Sprachen zu sprechen. Aus diesem Grund sollte die zweisprachige Lebenssituation der jungen Migranten im Auge behalten werden. Ferner sollte die bilinguale Erziehung in einem Einwanderungsland wie Deutschland bereits im Kindergarten beginnen.

Betont werden muss in diesem Zusammenhang, dass manche türkische Migranten aus der ersten Generation in ihrer Muttersprache weder richtig lesen noch schreiben können. Aus diesem Grund sind sie nicht in der Lage, ihre Kinder beim Spracherwerb adäquat zu unterstützen.

3.1.5 SCHULISCHE SITUATION

Nach Empfehlungen der Kultusministerkonferenz in den 1970er und den frühen 1980er Jahren hat der Schulunterricht für ausländische Kinder an deutschen Schulen zwei Aufgaben zu erfüllen: Der Schulunterricht soll die Kinder sowohl auf die Rückkehr in das Heimatland vorbereiten als auch bei der Eingliederung in die deutsche Gesellschaft behilflich sein. Diese Bedingungen waren für den Schulerfolg dieser Kinder nicht hilfreich. Unterdessen frequentieren mehr als 400 000 türkische Kinder Schulen in Deutschland (vgl. www.destatis.de/basis/d/biwiku/schultab13.htm, 15.12.2003). Die Erhebung des statistischen Bundesamtes im Schuljahr 2000/01 zeigte, dass 17,3% der ausländischen Kinder und Jugendlichen eine Hauptschule besuchten, 6,4% eine Realschule und nur 3,9% ein Gymnasium. Dagegen bezifferte sich der Anteil auf den Sonderschulen auf 14,9% (vgl. www.destatis.de/basis/d/biwiku/schultab9.htm, 15.12.2003).

Freilich ist die Präsenz ausländischer Schüler an Realschulen und Gymnasien leicht gestiegen, aber es verbleiben immer noch überdurchschnittlich viele von ihnen auf Haupt- und Sonderschulen. Auffällig ist, dass ausländische Mädchen in der Schule erfolgreicher und öfter an Realschulen und Gymnasien vertreten sind (vgl. Beger 2000, S. 69).

Laut Atabay (1994) sind die Migrantenkinder, insbesondere türkische Staatsangehörige, an weiterbildenden Schulen unterrepräsentiert. Der Grund für das schulische Scheitern

der Migrantenkinder liegt nicht nur darin, dass sie aus unterschiedlichen Kulturkreisen kommen, sondern im Schulsystem selbst.

Den deutschen Lehrern fehlt die gezielte Ausbildung, um eine bilinguale und bikulturelle Bildungsvermittlung gewährleisten zu können. Sie sind häufig mit der Aufgabe überfordert. Auch ist die soziale Stellung des Kindes für die Lernmotivation von großer Bedeutung. Wegen ihrer Sprachprobleme werden Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien oft von ihren Mitschülern diskriminiert, was zur sozialen Isolation führen kann. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen wird der Schulbesuch unter diesen Umständen unangenehm, was sich auch in den Schulleistungen abzeichnet (vgl. S. 60 f.).

Unterstützung erfahren diese Kinder von ihren Eltern bei der Erledigung der Hausaufgaben gar nicht oder nur selten aufgrund der geringen Deutschkenntnisse, des oft niedrigen Bildungsniveaus und der hohen beruflichen Belastungen.

Der Kontakt zu Schule und Hort seitens der Eltern unterbleibt und dennoch sind die Erwartungen von Eltern, Schule und Hort an die Kinder sehr hoch. Einige Schüler geraten dadurch in Konflikte, bleiben dem Unterricht fern oder verschlechtern sich in ihren Zeugnisseleistungen (vgl. Atabay 1995, S.161).

Die Ergebnisse der Schulleistungstests „PISA“ (2000) und (2003) zeigen, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche im deutschen Schulsystem nicht in ausreichendem Maße gefördert werden (vgl. www.isoplan.de/aid/2002-2/bildung.htm-15k-22.Apr.2005; www.pisa.ipn.uni-kiel.de/Kurzfassung-Pisa-2003.pdf).

In kaum einem anderen Industrieland entscheidet die soziale Herkunft so sehr über den Schulerfolg wie in Deutschland. Im Gegensatz zu den Staaten wie Kanada, Finnland, Japan, Korea und Schweden ist das deutsche Schulsystem nicht in der Lage, herkunftsbedingte Lern-Nachteile auszugleichen. Kinder aus Akademikerfamilien besitzen eine viermal höhere Abiturchance als Kinder aus Facharbeiterfamilien. Selbst Unterschichtkinder mit besten Leistungen verbleiben in der Hauptschule, womit ihnen ein Wechsel auf weiterführende Schulen versagt ist (vgl. www.kindergartenpaedagogik.de/570.html-16k-10.05.05).

Zu den benachteiligten Kindern zählten besonders die Migrantenkinder. Jugendliche mit Migrationshintergrund schneiden in den Bereichen Mathematik, Lesen und Naturwissenschaften schlechter ab als ihre deutschen Altersgenossen. Rund 60% der

Migrantenkinder besuchen die Hauptschule und ein Drittel von ihnen verlässt diese ohne Abschluss (vgl. www.isoplan.de/aid/2002-/bildung.htm-15k-22.Apr.2005).

Anzunehmen ist deshalb, dass viele dieser Jugendlichen bei der Suche nach einem Arbeits- oder Ausbildungsplatz Schwierigkeiten haben werden. Die für diese Studie befragten drogenabhängigen Jugendlichen waren zumeist Schulabbrecher ab der 7. oder 8. Klasse oder gingen zu einem überwiegenden Teil auf die Haupt- bzw. Sonderschule und waren dort nicht besonders erfolgreich.

3.1.6 AUSBILDUNGSSCHANCEN UND BERUFLICHE ZUKUNFT

Wegen der häufig unzureichenden Schulbildung, der fehlenden Ausbildungsplätze sowie der zusätzlichen gesellschaftlichen Stigmatisierung als Ausländer sind türkische Jugendliche im Berufsausbildungsbereich nach wie vor benachteiligt. In Deutschland nehmen nur ca. 40% der Jugendlichen mit Migrationshintergrund in den entsprechenden Altersgruppen eine Ausbildung im dualen System auf. Diese Schlechterstellung im Ausbildungssystem hat besonderen Einfluss auf abweichendes Verhalten (vgl. Boss-Nünning 2002, S. 41).

Das kann dazu führen, dass diese Jugendliche der Gesellschaft gegenüber Aggressionen entwickeln. Sie können mit diesen Aggressionen nicht umgehen und sind mit der Lösung ihrer Probleme überfordert. Dieses permanente Stresspotenzial mit der sich ausbreitenden Orientierungslosigkeit kann ein Abdriften dieser Jugendliche in die Kriminalität begünstigen (vgl. Atabay 1994, S. 66).

Durch die mangelnden Ausbildungs- und Berufschancen sind die ausländischen Jugendlichen verstärkt der gesellschaftlichen Diskriminierung ausgesetzt, und da im Ausbildungsalter zudem die Identität neu definiert wird, kann dies für die Jugendlichen negative psychische und soziale Folgen haben. Das Erlangen einer beruflichen Ausbildung hat dagegen positive Auswirkungen auf Selbstbewusstsein, Selbstbild und Autonomiegefühl der Jugendlichen (vgl. ebd., S. 65).

Nach Meinung der Autorin erfahren ausländische Jugendliche, die einmal als kriminell abgestempelt werden, dieses Stigma meist bei Behördengängen, in der Schule, im Arbeitsleben und dieses in manchen Fällen sogar lebenslang. Ausgrenzung erfahren in der türkischen Gesellschaft nicht nur die kriminellen türkischen Jugendlichen, sondern auch deren Familien. Eine begangene Straftat bedeutet gemäß türkischer

Gesellschaftstradition Schande für die ganze Familie, für die also alle Familienmitglieder verantwortlich gemacht werden und nicht nur der junge türkische Straftäter allein.

3.2 JUGENDPHASE

Nicht in allen Gesellschaftsschichten gibt es eine eigene Phase des Jugendalters. Sie ist in der türkischen Gesellschaft nur schwach ausgebildet. Aus sozialhistorischen Analysen geht hervor, dass die Jugend als eigene Phase des menschlichen Lebens noch zu Beginn unseres Jahrhunderts zumindest außerhalb bürgerlicher Schichten unbekannt war und sich erst nach und nach herausbildete. In der heutigen türkischen Gesellschaft ist die Jugendphase immer noch nur sehr schwach ausgeprägt. Ebenso fehlte sie in der westeuropäischen vorindustriellen Gesellschaft (vgl. Weische-Alexa 1982, S. 125 f.).

Die Jugendphase bietet den in Deutschland aufwachsenden Jugendlichen Zeit und Raum für die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit. Die typischen Kennzeichen der Jugendphase in der Bundesrepublik sind laut Rosen/Stüwe(1985): *„Loslösung vom Elternhaus, Hinwendung zu Gleichaltrigen, Aufnahme des Kontakts zum anderen Geschlecht, erste emotionale und sexuelle Erlebnisse, selbständige Freizeitaktivitäten, das Ausprobieren verschiedener Begabungen, die Entwicklung des Wunsches nach Beruf und Ausbildung.“* (S. 74)

Türkische Jugendliche, die in der Bundesrepublik aufwachsen, entwickeln unter dem Einfluss der deutschen Gesellschaft jugendspezifische Bedürfnisse. Sie orientieren sich meist an dem Verhalten deutscher Gleichaltriger. Sie werden aufgrund der fehlenden Jugendphase in der türkischen Gesellschaft und des stark entwickelten Jugendabschnitts in Deutschland in ein Dilemma gestürzt. Die enge Verbindung zu den Eltern bedingt nämlich einerseits, dass sie sich lange als Kind wahrnehmen. Auf der anderen Seite jedoch werden sie früh erwachsen, da ihnen die heimatliche Kultur schon früh eine Erwachsenenrolle zuschreibt. Durch die andersartige deutsche Umwelt, den Kontakt mit Gleichaltrigen, vor allem mit Deutschen, wird ihnen jedoch ein Status des Jugendlichseins aufgezwungen, der nach Weische- Alexa (1982) in der kulturellen Tradition ihrer Herkunftsgesellschaft unbekannt ist (vgl. S. 126).

Nach Auffassung der Autorin verändert sich das Bild der Jugendphase in der heutigen türkischen Gesellschaft, sowohl in Deutschland als auch in der Türkei. Vor 20 bis 30 Jahren wurde in der türkischen Gesellschaft und dort vor allem in den ländlichen

Regionen der Begriff Jugend kaum gebraucht, wurde ein Mensch meistens entweder als Kind oder als Erwachsener angesehen. Diese Familien, die die Jugendphase, wenn auch ohne gezielte Absicht, in ihrer Bedeutung für die Pubertätsentwicklung der Jugendlichen ignorierten, betrachten ihre Kinder hauptsächlich als spätere Beschützer und Garanten für die Alterssicherung. In der ersten oder sogar manchmal in der zweiten Generation der türkischen Migrantenfamilien ist dies noch eine gängige Art der Betrachtung. Die Lebensweise der Menschen hat sich seitdem jedoch geändert, weil die traditionelle Großfamilie aufgehört hat zu existieren. In einigen Kleinfamilien wird heutzutage der Jugendphase größere Beachtung geschenkt.

3.2.1 PEERGROUPS

Die türkische Gesellschaft ist eine sehr kommunikationsfreudige Gesellschaft, der ganz überwiegende Teil der Türken schätzt es im Allgemeinen nicht, in Vereinzelung und persönlicher Abschottung zu leben. Im Volksmund heißt es: „Nur Gott kann allein leben“. Das Bedürfnis nach gemeinschaftlicher Aktivität in gesellschaftlichen Gruppen ist infolgedessen stark ausgeprägt.

Im Leben der türkischen Jugendlichen spielt die Peergroup eine wichtige Rolle. Nach der Shell Studie 2000 verbringt ein großer Teil der türkischen Jugendlichen seine Freizeit in der eigenethnischen Peergroup. Deutsche Jugendliche scheinen auch nur geringes Interesse an Kontakten zu nichtdeutschen Jugendlichen zu haben. Gut zwei Drittel der befragten jungen Deutschen geben an, wenig bis gar keinen Kontakt zu Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu haben (vgl. Boss-Nünning 2000, S. 39 f.). Junge Türken entwickeln meist nur in der Schule Kontakt zu deutschen Jugendlichen. Durch die oben unter 3.1.3 beschriebene Wohnsituation wird ein Kontakt zu deutschen Jugendlichen zudem noch dadurch erschwert, dass Migrantenjugendliche im ‚Ghetto‘ wohnen.

In einer türkischen Peergroup fließen Werte aus der deutschen und der türkischen Kultur mit ein. Werte und Normen beider Kulturen werden übernommen, verarbeitet oder verworfen. Der Halt in der Gruppe hilft den Jugendlichen, die Balance zwischen den beiden Kulturen zu halten und trägt zur kulturellen Identitätsbildung bei. Die Peergroup bietet den Jugendlichen einen freien Raum, in dem sie sich gleichberechtigt und verstanden fühlen (vgl. Atabay 1994, S. 70).

3.2.2 IDENTITÄT

Nach Erikson (1980) drückt der Begriff „Identität“ *„(...) insofern eine wechselseitige Beziehung aus, als er sowohl ein dauerndes inneres Sich-Selbst-Gleichsein wie ein dauerndes Teilhaben an bestimmten gruppenspezifischen Charakterzügen umfasst.“*

(S. 124) Die Adoleszenz ist die letzte und abschließende Phase der Kindheit. Der Prozess der Adoleszenz ist jedoch nur dann wirklich abgeschlossen, wenn das Individuum seine Kindheitsidentifikationen einer neuen Form von Identifikation untergeordnet hat, die es in der intensiven Gemeinschaft und im Wettstreit mit Gleichaltrigen errungen hat. Diese neuen Identifikationen sind nicht mehr durch das Spielerische der Kindheit und die Probierfreude der Vorpubertätszeit charakterisiert. Die jungen Menschen werden gezwungen, Entscheidungen fürs Leben zu treffen.

Die Aufgabe, die der junge Mensch und seine Gesellschaft hier zu leisten haben, ist oft schwierig. Für den einzelnen und die verschiedenen Gesellschaften ergeben sich große Unterschiede in Bezug auf Dauer, Intensität und Ritualisierung der Adoleszenz (vgl. Erikson 1980, S. 136 f.).

„Die einzelnen Kulturen gestatten und die einzelnen jungen Menschen brauchen eine mehr oder weniger anerkannte Karenzzeit zwischen Kindheit und Erwachsenenleben, institutionalisierte psychosoziale Moratorien, während welcher ein nunmehr endgültiger Rahmen für die „innere Identität“ vorgezeichnet wird.“ (Erikson 1980, S. 137 f.)

Nach Erikson (1980) ist das Ende der Adoleszenz also das Stadium einer sichtbaren Identitätskrise. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Identitätsbildung mit der Adoleszenz begönne oder endete. Sie ist vielmehr eine lebenslange Entwicklung, die für das Individuum und seine Gesellschaft weitgehend unbewusst verläuft (vgl. S. 140 f.).

Die Identität hat große Bedeutung für jedes Individuum, besonders für Jugendliche, die in einem fremden Land leben. Die Ausbildung der Identität kann bei türkischen Jugendlichen besonders deshalb problematisch sein, weil sie im Spannungsfeld von zwei bzw. drei verschiedenen Lebenswelten aufwachsen. Zum einen ist dies ihr Herkunftsland mit türkischer Familienstruktur, auf der anderen Seite die deutsche Gesellschaft mit ihren öffentlichen Kultur- und Bildungseinrichtungen. Die Verbindung dieser beiden Erfahrungssphären lässt bei den Jugendlichen dann sozusagen eine dritte, neue persönliche Lebenswelt entstehen, in der sich Elemente aus türkischer und deutscher Kultur zu mischen beginnen. Bei Migrantenjugendlichen findet in allen Lebensbereichen eine Wandlung und Umorientierung statt.

Trotz der oben genannten Schwierigkeiten dürfen die Jugendlichen nicht nur als Opfer der schwierigen Lebensverhältnisse gesehen werden, sondern auch als autonome und souveräne Subjekte, die mit Eigenständigkeit und Kreativität ihr Leben zwischen den Kulturen, ihren eigenen Lebensentwurf zu entwickeln und zu realisieren versuchen.

Sie schaffen für sich neue kulturelle Muster, mit denen sie gut zurechtkommen. In dem Sinne bauten sie eine „Patchwork-Identität“ auf (vgl. Atabay 1995, S.161 ff.).

Das Identitätsgefühl von Menschen ist nie statisch. Es wird nicht nur ein einziges Mal für das ganze Leben erworben, sondern unterliegt den jeweiligen Lebensbedingungen. Diese Bedingungen können innere Gestimmtheiten sowie soziale Interaktionen sein. Die Menschen verteidigen ihre Identität ununterbrochen gegen unbewusste Impulse und gegen äußere Gefahren und Abwertungen (vgl. Conzen 1996, S. 58).

„Obwohl zentrale Bereiche unseres Selbsterlebens gleich bleiben, unterliegt auch die Identität Veränderungen, müssen wir unsere Selbstauffassung angesichts des wechselnden persönlichen und historischen Schicksals immer wieder erweitern, und uns stets aufs neue in der sozialen Umwelt verankern.“ (ebd.)

Jede Person hat die Aufgabe, ihre Identität aktiv auszubilden. Die Wahl der familiären Lebensform, des Lebensortes oder der Berufsorientierung sind Beispiele dafür, dass die Person bestimmte Rollen auswählen muss. Es ist nicht immer einfach, sondern oft auch ein Wagnis, passende Entscheidungen zu treffen. Die Person ist gefordert, Widersprüche auszuhalten und mit Unsicherheiten und Veränderungen umzugehen. Die türkischen Jugendlichen sind besonderen Widersprüchen ausgesetzt, was die Identitätsentwicklung erschweren kann, aber nicht muss, weil es viele andere Faktoren gibt, die in die Entwicklung einer gesunden Identität hineinspielen oder diese Entwicklung hemmen (vgl. Atabay 1995, S. 160 ff.).

Es gibt jedoch auch Jugendliche, die ihre Konfliktpunkte im Zusammenhang mit der Identitätsbildung nicht zu bewältigen imstande sind und deshalb in Drogenabhängigkeit geraten können. Um betroffene Migranten erfolgreich zu therapieren, ist deshalb von entscheidender Bedeutung, dass den von den Klienten als wichtig empfundenen Werten und Normen zentrale Beachtung geschenkt wird. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Interesse der Kinder und Jugendlichen ist es somit von Vorteil, während der gesamten Therapiezeit sowohl seitens des Therapeuten als auch des Klienten gegenseitige Stereotypisierungen und Verallgemeinerungen beiseite zu lassen.

3.2.3 DIE BEDEUTUNG DER RELIGION

Die Religion spielt bei türkischen Migranten seit jeher eine große Rolle. Bei einem Großteil von ihnen herrscht die Auffassung vor, dass die Religion in der Fremde der einzige Schutz und Halt für sie sei. In Deutschland leben ca. 800.000 Kinder und Jugendliche islamischen Glaubens, ca. 680.000 davon sind türkischer Herkunft (vgl. Aslan 1998, S. 42).

Die Eltern versuchen ihren Kindern ihre Vorstellung von religiöser Erziehung auf unterschiedliche Art und Weise zu vermitteln. Der Islam hat jedoch für manche Migrantenjugendliche eine neue Bedeutung gewonnen: *„Sie befreien den Islam von seinem Fanatismus und versuchen ihn mit ihrer eigenen Realität in Einklang zu bringen. So eine Entwicklung wäre eine ernstzunehmende und positive Entwicklung.“* (Atabay 1995, S. 165)

Es wäre nach Ansicht der Autorin in diesem Zusammenhang zu empfehlen, muslimischen Kindern an deutschen Schulen frühzeitig einen durch entsprechend ausgebildete Lehrkräfte reflektierten und einer säkularisierten Gesellschaft angemessenen Religionsunterricht anzubieten, mit dem Ziel, Kinder und Jugendliche davor zu schützen, dass radikale Gruppierungen sich deren mögliche Identitätskonflikte für ihre Zwecke zunutze machen.

Nach Frank, Kruse und Willeke (1997) werden die türkischen Jugendlichen mit ihren sozialen Problemen alleingelassen und kehren der deutschen „Ellenbogengesellschaft“ den Rücken. Aufgrund dessen wenden sie sich islamisch-radikalen Gruppen zu und suchen Schutz in deren Gemeinschaft, weil diese Jugendlichen auf der Suche nach Anerkennung sind und diese meistens in ihrer eigenen Gesellschaft suchen (vgl. S. 15 f.). Sen und Goldberg (1994) sind der Auffassung, dass die ausländerfeindliche Stimmung in Deutschland den Rückzug mancher türkischer Jugendlicher auf die kulturellen Werte des Herkunftslandes, insbesondere auf die Religion, fördere (vgl., S. 74).

Es existieren daneben aber auch türkische Familien, für die die Religion eine vergleichsweise unbedeutende Rolle spielt. Sie glauben zwar zumeist an Gott, betrachten jedoch die Verhaltens- und Lebensmaximen, die der Koran vorschreibt, als für ihr Leben schlichtweg nicht relevant.

3.2.4 INTEGRATION

Integration ist das Leitmotiv der aktuellen migrationspolitischen Debatte. Aus Sicht der in der Dachorganisation BAGFW zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EDK und Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden) und der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration ist Integration ein gesamtgesellschaftlicher Prozess, der jeden Einzelnen, wenn auch in unterschiedlichem Maße, betrifft. Es kann nicht einseitig über Integrationswilligkeit von Migranten und Migrantinnen diskutiert werden, ohne zugleich die Integrationsfähigkeit der Gesellschaft einzufordern. Chancengleichheit, soziale Gerechtigkeit sowie bürgerliche Mitverantwortung sind zentrale Grundwerte der Gesellschaft. Sie müssen für alle Menschen Geltung erhalten, die absehbar dauerhaft in der Bundesrepublik leben (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migranten, Flüchtlinge und Integration 2003, S. 1).

Integration setzt die Herstellung von Chancengleichheit und weitgehender Rechtsgleichheit voraus. Dies bedeutet zum einen, gleichberechtigte Zugangsmöglichkeiten zu allen zentralen Bereichen der Gesellschaft herzustellen – zu Arbeit, Bildung und Ausbildung ebenso, wie zu Wohnen und den Angeboten sozialer Dienstleistung, die politischen, kulturellen und Freizeitaktivitäten eingeschlossen. Dies aber bedeutet darüber hinaus auch – wo erforderlich – aktive Förderung zur Herstellung gleicher Ausgangspositionen. Die Politik muss dafür die Voraussetzungen schaffen (vgl., ebd.).

Integration ist weder ausschließlich Privatsache, noch eine allein vom Staat zu bewältigende Aufgabe. Gelingen kann sie nur als zivilgesellschaftliches Projekt, in das sich alle Inländer, gleich welcher Nationalität, eingebunden fühlen. Integrationspolitik als dauerhafte gesellschaftspolitische Aufgabe muss somit auf die Kräfte der Zivilgesellschaft zurückgreifen. Die Umsetzung von konkreten Integrationsangeboten ist auf zivilgesellschaftliches Engagement und die Institutionen der Zivilgesellschaft angewiesen. Maßgebliche Potentiale liegen hier bei den Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfeorganisationen, insbesondere auch bei den Migrantenorganisationen (vgl., ebd. S. 1).

Ibrahim (1997) versteht unter Integration die Aufhebung der Ausschließung, Abgrenzung und Ausgrenzung eines sozialen Subsystems in einem Gesamtsystem. Demnach ist

Integration die Verflechtung verschiedener Subsysteme zu einem Ganzen. Wenn von Integration im Zusammenhang mit Migranten gesprochen wird, ist insbesondere die soziale Integration gemeint (vgl. S. 132). Esser (2001) definiert „soziale Integration“ als den „(...) Einbezug der Akteure in das gesellschaftliche Geschehen, etwa in Form der Gewährung von Rechten, des Erwerbs von Sprachkenntnissen, der Beteiligung am Bildungssystem und am Arbeitsmarkt, der Entstehung sozialer Akzeptanz, der Aufnahme von interethnischen Freundschaften, der Beteiligung am öffentlichen und am politischen Leben und auch der emotionalen Identifikation mit dem Aufnahmeland.“ (S. 67) Am Anfang des Integrationsprozesses steht meist der Erwerb von Sprachkenntnissen und das Erlernen sozialer Regeln des Zuwanderungslandes. Dieser funktionale Lern- und Anpassungsprozess der Migranten wird als Akkomodation bezeichnet. In einer weiteren Phase dieses Prozesses, der Akkulturation, erfolgt die Veränderung von Werten, Normen und Einstellungen der Zugewanderten, dies kann bis zur Übernahme der Kultur der Mehrheitsgesellschaft führen. Diese kognitiv- kulturellen Lern- und Internalisierungsprozesse bei Zugewanderten, aber auch bei der einheimischen Bevölkerung, sind nötig für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (vgl. Beger 2000, S. 11).

Die einheimische Bevölkerung sollte kulturelle Unterschiede anerkennen und akzeptieren, denn die Integration darf von Migranten nicht fordern, die Kultur des Heimatlandes aufzugeben, sondern soll dazu führen, dass diese in die Kultur der neuen Heimat mit eingeschlossen wird.

Je günstiger die Integrationsbedingungen für die Migranten sind, umso konfliktärmer können sie eine eigene Identität für sich finden. Eine Erleichterung für die Betroffenen wäre z.B. zu wissen, dass sie endgültig im Einwanderungsland bleiben und nicht ausgewiesen werden könnten. Wichtig ist, Integration nicht mit Assimilation zu verwechseln, denn unter Assimilation wird die einseitige, unfreiwillige Anpassung eines Subsystems an seine jeweilige Umwelt verstanden, wohingegen Integration immer auf Beidseitigkeit beruht: „(...) denn während Assimilationswilligkeit die Bereitschaft zur Anpassung, d.h. zur Aufgabe der eigenen Identität, impliziert, bedeutet die Integrationsfähigkeit dagegen die Bereitschaft, Positionen und Funktionen im Gesamtsystem gleichberechtigt und durchaus bei Bewahrung der eigenen Identität zu übernehmen, die das Funktionieren und Fortschreiten des letzteren zumindest nicht behindert, wenn nicht gar fördert.“ (Ibrahim 1997, S. 133)

Nach Sen/Goldberg (1994) stellen und stellen türkische Kinder und Jugendliche nach wie vor die größte Gruppe der ausländischen Jugendlichen in der Bundesrepublik und gelten nach wie vor als überaus problematisch. Eine hohe Anzahl türkischer Jugendlicher gerät bei der Verwirklichung ihrer Lebensziele in Konflikt mit den allzu oft völlig konträren Wertvorstellungen ihrer Eltern. Für diese Jugendliche ist es ein schmerzhafter Selbsterfahrungsprozess, die eigene Sonderrolle und die Handlungsbeschränkung der Eltern und deren gesellschaftliche Außenseiterposition erkennen zu müssen. Die Auseinandersetzung mit und die Loslösung von den traditionellen Werten und Normen führt jedoch mitnichten zu einer vollständigen Integration in die deutsche Gesellschaft (vgl. S. 57).

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre weisen gemäß Sen /Goldberg (1994) darauf hin, dass diese Konflikte in der Auseinandersetzung zwischen neuer und alter Heimat nicht selten zu Orientierungs- und Heimatlosigkeit, d.h. zu neuer Entfremdung führen. Obwohl die meisten türkischen Jugendlichen in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, werden sie von den Deutschen nach wie vor als „ausländisch“ angesehen. Die Stigmatisierung der ersten, aber auch der zweiten Generation zieht sich durch alle Bereiche ihres Lebens. In der Schule, im Berufsleben, in der Freizeit, am Arbeitsplatz und im Wohnbereich werden die Jugendlichen immer wieder mit ihrem Anderssein konfrontiert (vgl. ebd., S. 56).

Auch wenn für diese Gruppe Deutschland längst zum Lebensmittelpunkt geworden, ihnen die Türkei nur aus dem Urlaub und aus Erzählungen vertraut ist, und sie Deutsch längst besser beherrschen als Türkisch, werden sie von Teilen der deutschen Bevölkerung immer wieder auf ihre Andersartigkeit hingewiesen. Die zunehmende Gewalt von rechts treibt immer mehr Jugendliche, besonders in den Großstädten, dazu, sich in Banden zu organisieren. Über die Politik des Landes, in dem sie aufgewachsen sind, können sie nicht mitentscheiden, wenn sie ihre Staatsangehörigkeit nicht zugunsten der deutschen aufgeben (vgl. ebd., S. 57).

Die türkischen Jugendlichen haben aufgrund ihrer deutschen Sprachkenntnisse und ihrer Vertrautheit mit der deutschen Gesellschaft eine bedeutend bessere Ausgangslage als ihre Eltern oder gar Großeltern. Es hängt zu einem Großteil von der deutschen Gesellschaft ab, ob die Integration und Anerkennung der türkischen Jugendlichen gelingen wird (vgl., ebd.).

Die Ergebnisse der PISA- und IGLU- Studie belegen die Abhängigkeit des Bildungserfolgs von der sozialen Herkunft und verweisen darauf, dass das

Bildungspotenzial insbesondere auch von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht ausgeschöpft wird. Dies kann nur so gedeutet werden, dass das deutsche Bildungssystem bislang nicht „integrationstauglich“ ist und von tatsächlicher Chancengleichheit nicht die Rede sein kann (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migranten, Flüchtlinge und Integration 2003, S. 4).

Der Begriff Integration wird nach Auffassung der Autorin je nach politischer Orientierung unterschiedlich definiert. Solange die Jugendlichen in die Schule gehen, die deutsche Sprache beherrschen und die Handlungsfähigkeit entwickeln, sich in der deutschen Gesellschaft zurecht zu finden, sind sie nach Auffassung der Autorin bereits integriert. Integration kann aber nicht nur von Seiten der Migranten erwartet werden, die Aufnahmegesellschaft sollte dafür ebenfalls offen und bereit sein.

Integration bedeutet auch nicht, dass die ursprüngliche Kultur aufgegeben werden muss, sondern die Jugendlichen sollten, wenn sie wollen, ihre Werte und Normen weiter bewahren können. Vor allem ist es wichtig, dass sie Handlungskompetenzen für das Zurechtkommen in beiden Gesellschaften entwickeln. Eine unvorbereitete oder erzwungene Integration kann zum Gegenteil führen, zur Ablehnung der hiesigen Kultur. Das Gelingen der Integration von türkischen Migranten kann nicht von heute auf morgen geschehen, dafür braucht es viel Zeit und einige Generationen.

„Integration kann allgemein als die Verbindung von Einzelpersonen/Gruppen zu einer gesellschaftlichen Einheit -bei Anerkennung und Akzeptanz von kulturellen Verschiedenheiten- bezeichnet werden (...). Integration ist ein Prozess, der oft über Generationen verläuft, und in dem eine Abnahme von Unterschieden in den Lebensumständen von Einheimischen und Zugewanderten erfolgt.“ (Beger 2000, S. 10)

Auch die in dieser Arbeit untersuchten in Deutschland lebenden jugendlichen Drogenabhängigen fühlen sich als ein Teil der bundesrepublikanischen Gesellschaft. Bis auf vereinzelte Ausnahmen möchte der überwiegende Teil von ihnen in Deutschland leben und einer Arbeit nachgehen. Die Jugendlichen zeigen demnach die Bereitschaft zur aktiven Integration. Inwieweit der Integrationsprozess und die damit verbundenen Schwierigkeiten zum Drogenkonsum führen können, soll hier ebenfalls Gegenstand der Untersuchung sein.

4 MIGRATION UND SUCHT

4.1 FORSCHUNGSSTAND UND SITUATION

Es gibt bisher keine bundesweiten Untersuchungen zu Suchterkrankungen bei Migranten. Die spezifische Forschung auf dem Gebiet der Suchtstörungen sowie deren Behandlung bei Migranten ist in Deutschland noch in den Anfängen. Zum ersten Mal in der Geschichte der Drogenarbeit in der Bundesrepublik wurde 1983 eine Beratungsstelle mit Schwerpunkt „Ausländerarbeit“ in Berlin-West unter dem Namen „Jugend- und Drogenberatung Kreuzberg e. V.“ eingerichtet (vgl. Akbiyik, 1991 S. 157).

Bisher wurde der Sucht unter Migranten in der Literatur wenig Aufmerksamkeit gewidmet.

Wie sieht es in heutiger Zeit mit dem Gebrauch und der Bedeutung von Suchtmitteln speziell bei Migranten aus? Ein wichtiges Ergebnis der transkulturellen Forschung ist die Tatsache, dass Sucht mit sozialen Faktoren zusammenhängt. Einige wenige Studien, auch veröffentlichte Erfahrungsberichte über Suchtstörungen unter Migranten, zeigen, dass die Anzahl der suchtmittelabhängigen Migranten stark angestiegen ist. Anfang der 80er Jahre wird durch eine Studie über die Versorgung drogenabhängiger „Ausländer“ in Berlin erstmals auf die Quantität und Qualität dieses Problems hingewiesen (vgl., ebd.).

In dieser Studie wird festgestellt, dass von 1981 bis 1983 in West-Berlin etwa 1500 drogenabhängige Migranten den Versorgungseinrichtungen bekannt sind. Boos-Nünning (1998) weist in ihrer Analyse über Bedingungen für die Förderung oder Verhinderung von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen ausländischer Herkunft darauf hin, dass der Drogenkonsum bei Migranten bis vor kurzem weder in der Öffentlichkeit noch in Einrichtungen der Drogenhilfe ernsthaft diskutiert wurde. Bis heute liegen weder Zahlen über drogenabhängige Jugendliche ausländischer Herkunft noch über deren Drogenkonsum vor (vgl. S. 11).

Lazaridis (1988) stellt bei einer Auswertung der Daten von allen ausländischen Patienten, die von 1975 bis 1982 erstmalig in psychiatrischen Einrichtungen Niedersachsens wegen Suchterkrankungen stationär aufgenommen und behandelt wurden, fest, dass von insgesamt 1461 stationär eingewiesenen ausländischen Patienten 228 (15,6%) wegen Suchterkrankungen behandelt wurden. In dieser Studie wird darauf

hingewiesen, dass diese Daten nur die Spitze eines Eisberges darstellen. Die tatsächliche Erkrankungsrate liege um ein Vielfaches höher (vgl. S. 396 f.).

Die in verschiedenen Städten der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Untersuchungen zeigen einen stark zunehmenden Anteil von suchtmittelabhängigen Migranten. Zum Beispiel berichtet Philippi, dass unter den 1994 - 1995 erstmals erfassten Drogenabhängigen in Frankfurt ca. 37,4% Migranten sind (vgl. Philippi 1996, S. 71). Ebenfalls wird der Anteil in Essen auf 21% geschätzt (vgl. Goldmann 1996, S. 7).

4.2 RISIKOMODELLE DER SUCHTGEFÄHRDUNG VON MIGRANTEN

Die Gründe der Drogenabhängigkeit von Jugendlichen ausländischer Herkunft werden weder in der Fachdiskussion noch in der sozialpädagogischen Praxis ausreichend dargestellt.

In einer Anhörung der Kommunalen Ausländerinnen- und Ausländervertretung (KAV) der Stadt Frankfurt am Main am 4. März 1996 wurde folgendes Resümee gezogen: „(...) dass es neben den allgemeingesellschaftlichen Faktoren, wie mangelnder beruflicher Perspektive, Arbeitslosigkeit, das Fehlen von familiärer Geborgenheit, Enttabuisierung von Gewalt und Kriminalität und dergleichen mehr – Probleme und Konflikte, die einheimische wie ausländische Jugendliche gleichermaßen belasten – andere Faktoren gibt, die für einzelne Jugendliche ausländischer Herkunft eine schwere Belastung darstellen und damit der Gefahr einer möglichen Drogenabhängigkeit Vorschub leisten. Dazu gehören vor allem der Prozess der Akkulturation, das Leben zwischen unterschiedlichen Kulturen, das Verarbeiten von Konflikten und Widersprüchen zwischen dem Elternhaus, der Schule und der übrigen Gesellschaft, deren Bewältigung eine innere Stabilität voraussetzt, über die nicht alle Jugendlichen verfügen. Das bezeugt unter anderem der Umstand, dass ausländische Schüler weit mehr als deutsche den Haupt- und Sonderschulen zugewiesen werden und nur ein kleiner Teil unter ihnen die erforderlichen Leistungen für das Gymnasium zu erbringen vermag. Es ist nachvollziehbar, dass diese Probleme und Konflikte so manchen zu Resignation und schließlich in eine als Zuflucht erscheinende Drogenszene treiben.“ (S. 7)

Boos-Nünning (1998) gibt drei weitere Faktoren an, die in bezug auf die Drogengefährdung von Jugendlichen ausländischer Herkunft eine bedeutende Rolle spielen können:

„- Kulturkonflikt als Leben zwischen zwei Kulturen

- *Marginalisierung in Form schlechter schulischer Entscheidungen, Arbeitslosigkeit und Perspektivlosigkeit*
- *der Verlust an Stabilität.*“(S. 15)

Darüber hinaus kommen noch migrationspezifische Belastungsfaktoren hinzu, wie: Sprachprobleme, Familien- und Elternhauskonflikte, die sich um unvereinbare Werte und Lebensentwürfe drehen. Bezugspersonenwechsel und Trennungssymptomatik sind nur einige Aspekte, aus denen sich die Konflikte mit dem Elternhaus speisen. Diese Konflikte werden verschärft durch diskriminierende und belastende Faktoren der hiesigen Gesellschaft, z.B. ungeklärte Zukunftsperspektive, Fremdenfeindlichkeit, Benachteiligung in den Bildungseinrichtungen, politische Einflusslosigkeit und Unterprivilegierung (vgl. Domberg/Nadalian/Dunker 1997, S. 248 f.).

Einige häufige Reaktionen der Jugendlichen sind Rückkehrphantasien, Ghetto-Identitäten, die Annahme einer Migrantenidentität und von Parallelidentitäten, die weitgehend unvermittelt nebeneinander existieren. All diese Reaktionen müssen als Coping- Strategien angesehen werden, erweisen sich allerdings als labil und oft als kontraproduktiv. Es muss von einer Kumulation von psychosozialen Gefährdungsmomenten gerade für Jugendliche ausländischer Herkunft gesprochen werden (vgl. ebd. S. 249).

„Denn es ist keineswegs so, dass, trotz zahlreicher Gefährdungsmomente, alle Jugendlichen ausländischen Herkunft „auf die schiefe Bahn“ geraten, z.B. durch Drogenkonsum, oder sich fundamentalistischen Strömungen zuwenden, wie es oft pauschal und kurzschlüssig diagnostiziert wird.“ (Domberg/Nadalian/Dunker 1997, S. 249)

Außer den oben genannten speziellen Gründen für den Drogenkonsum bei Migrantenjugendlichen gibt es folgende Risikofaktoren, die von Hurrelmann und Bründel (1997) genannt werden:

- „ - *Provokation gegen elterliche und gesellschaftliche Normen und Werte,*
- *bewusste Verletzung der elterlichen Kontrollvorstellungen,*
- *Abwendung von den elterlichen Lebensgewohnheiten,*
- *sozialer Protest, demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens,*
- *Nachahmung des Verhaltens bestimmter Personen,*
- *Suche nach grenzüberschreitenden und bewußtseinsweiternden Erfahrungen,*

- *Verschaffung von schneller Entspannung und von Genuss,*
- *Erschließung von Zugangsmöglichkeiten zu Freundesgruppen,*
- *Zugehörigkeit zu subkulturellen Lebensstilen,*
- *Ablenkung von schulischem Versagen,*
- *Bewältigung von psychischen Problemen in eigener Regie,*
- *Ablenkung von einem Mangel an Selbstbewusstsein.“ (Hurrelmann/Bründel S. 44)*

Als weitere Risikofaktoren sind zu nennen:

Kulturkonflikt als Ursache

Die vielfältigen Belastungsfaktoren, die sich aus dem Migrationsprozess und aus der Lebenssituation ausländischer Kinder ergeben, gelten als Auslöser für die Konflikte, die die türkischen Jugendlichen mit ihrem Elternhaus und der Gesellschaft haben. Ein weiterer Grund liegt im Aufwachsen in zwei unterschiedlichen Kulturen. Daraus erwachsen Kulturkonflikte und Stressfaktoren, die sich aus dem Zwang zur Teilnahme an sowohl der deutschen wie auch der türkischen Kultur ergeben. Oder es kann zu einer Identitätsdiffusion kommen, bedingt durch die Anforderungen aus zwei unterschiedlichen Erziehungssystemen: dem traditionellen und autoritären Erziehungssystem der Eltern auf der einen und dem liberalen der deutschen Schulen auf der anderen Seite. Die entstehenden Identitätskonflikte liegen in der innerfamiliären Rollenverunsicherung, in einem zunehmenden Schulversagen, einer mangelnden Berufsausbildung und den daraus resultierenden geringen Zukunftschancen der Kinder und Jugendlichen ausländischer Herkunft. Sie sammeln sich in immer schwereren psychischen Krisen und manifesten Störungen (vgl. Boos-Nünning 1998, S. 15 f.).

Gängige Theorien und empirische Untersuchungen suchen die migrationsbedingten Ursachen für psychische Krankheiten im Kulturschock oder Kulturwandel, beschreiben sie als Nichtbewältigung der erforderlichen Anpassungsleistung an die Kultur des Einwanderungslandes. Bei den in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen ist es jedoch nicht mehr der Kulturschock, sondern die alltäglich erlebte Diskrepanz zwischen familiären und gesellschaftlichen Werten und Vorstellungen, die Irritationen und Unsicherheiten verursacht und zu psychischen Schwierigkeiten und zum Drogengebrauch führen kann. Es ist bisher keineswegs belegt, dass die Migration und das Aufwachsen in einer ethnischen Minderheit zu psychischen Störungen oder gar

psychiatrischen Belastungen führen. Es gibt bisher nur wenige epidemiologische Untersuchungen, die widersprüchliche Ergebnisse zeigen (vgl. ebd., S.16).

Marginalisierung als Ursache für abweichendes Verhalten

Die These vom Kulturkonflikt wurde zu Beginn der 1980er Jahre als Ursache für psychische Schwierigkeiten und für abweichendes Verhalten zurückgewiesen (vgl. Boos-Nünning 2002, S. 33).

„Auernheimer (1988) spricht in diesem Zusammenhang vom sogenannten ‘Kulturkonflikt‘ und Schüler-Springorum (1983) bezeichnet ihn sogar als ‘Wunschdenken‘ der Theoretiker. Er stellt klar: „Junge Ausländer im Konflikt sind jedenfalls keine solchen im Kulturkonflikt“ und benennt schon damals kollektives Zeit-Totschlagen, soziale Mangellage, institutionalisierte Außenseiterrolle und systematische Randständigkeit als Ursache für abweichendes Verhalten.“ (Boos-Nünning 2002, S. 33)

Marginalisierung als Ursache für abweichendes Verhalten wird in drei Dimensionen diskutiert: Vor dem Hintergrund, erstens, der objektiven Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, zweitens, der Formen der Benachteiligung und schließlich drittens, der Diskriminierung und der Antizipation von Diskriminierung und Chancenlosigkeit durch die Jugendlichen selbst (vgl. Boos-Nünning 2002, S. 33).

Nach Ansicht von Boos-Nünning (1998) ist für die ausländischen Jugendlichen mit fremdem Aussehen die Diskriminierung im Alltag kränkend. Dadurch werden sie im Zugang zu einer beruflichen Ausbildung und im Zugang zu Beruf oder Arbeit beeinträchtigt. Es herrscht neben dieser persönlichen Diskriminierung in vielen Bereichen jedoch auch eine institutionelle Diskriminierung, wenn z.B. von Tätigkeitsfeldern wegen der Religion ausgeschlossen wird. Die ausländischen Jugendlichen nehmen die Situation in Deutschland als vorurteilsvoll, diskriminierend und tendenziell rassistisch wahr.

Die Diskriminierung ist besonders spürbar auf dem Wohnungsamt, dem Arbeitsamt und Sozialamt, am Arbeitsplatz und in den Schulen. Eine neuere Untersuchung zeigt, dass die türkischen Jugendlichen im Alter von 14 – 17 Jahren unter der Diskriminierung leiden.

Ein großer Teil der ausländischen Jugendlichen lebt unter deutlich schlechteren sozialen Bedingungen als deutsche Jugendliche. Sie werden in der deutschen Gesellschaft marginalisiert und nehmen ihre Position als randständig und diskriminierend wahr. Deswegen bleiben sie oft unter sich. Dabei kann die Zugehörigkeit zu einer Jugendbande eine besondere Bedeutung bekommen (vgl. ebd., S. 23 f.).

Wegfall protektiver Faktoren

Die wichtigsten protektiven Faktoren sind Familienzusammenhalt und Zukunftsperspektive bzw. Rückkehrorientierung. Die Migrantenfamilien sind nicht mehr so intakt wie früher und binden Kinder und Jugendliche weniger an sich. Die Schwächung der familialen Sozialisation, ohne dass eine andere Instanz an ihre Stelle tritt, sorgt bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund eher für Desorientierung als für Freiräume zur Emanzipation. Die Akzeptanz und die Annahme der Wünsche und Vorstellungen der Familie als die eigenen zerbricht teilweise; die Familienmitglieder entwickeln sich in manchen Fällen auseinander und der Familialismus verliert seine protektive Kraft (vgl. Boos-Nünning 2002, S. 49).

Einen protektiven Faktor stellen Heimat und Heimatorientierung zudem auch deshalb nicht mehr dar, weil Rückkehrorientierung für einen erheblichen Teil der Migranten seine stabilisierende Funktion verloren hat. Die heutigen Jugendlichen sind der Diskriminierung schutzloser ausgesetzt als die früheren (vgl. ebd., S. 50 f.).

Nach Auffassung von Boos-Nünning (2002) ist die Einbeziehung des Verlustes protektiver Faktoren zur Erklärung der Drogenabhängigkeit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund noch wenig diskutiert und ist nicht durch Untersuchungen abgesichert. Noch unsicherer sind Aussagen darüber, ob mit der religiösen Bindung, der Orientierung an einer religiösen Gemeinschaft, ein neuer protektiver Faktor entstanden ist (vgl. ebd., S. 51).

4.3 INANSPRUCHNAHME VON ANGEBOTEN DER SUCHTKRANKENHILFE

Nach Ansicht von Akbiyik (1991) wollten die zuständigen Behörden der Anwerbeländer wegen der möglichen Gefährdung des sozialpolitischen Prestiges der Länder, die bundesdeutschen wegen der Ausländerpolitik, die Drogenabhängigkeit unter Migranten nicht sehen, obwohl die abhängigen Migranten tagtäglich in dieser Gesellschaft zu beobachten waren. Keiner wollte glauben, dass es unter türkischen Migranten Drogenprobleme geben würde. Wegen solcher Pauschalierungen und dem „Nicht-wahrhaben-wollen“ wurden seit mehreren Jahren die abhängigen Migranten, die in der Bundesrepublik leben, die zum Teil auch dort aufgewachsen bzw. dort geboren sind, in erster Linie als Dealer betrachtet und entsprechend dieser Annahme behandelt. Daher tauchten die abhängigen Migranten in den Statistiken über Drogenabhängigkeit nur zu einem geringen Prozentsatz auf (vgl. S. 157).

Die Suchterkrankungen bei Migranten in Deutschland haben sich in den 1990er Jahren zunehmend zu einem gewaltigen sozialen und gesundheitlichen Problem entwickelt und die Tendenz ist steigend. Die Suchtberatungsstellen und ihre Streetworker, Bildungsstätten und Jugendhilfeeinrichtungen bestätigen mit Nachdruck die extrem wachsende Zahl drogenabhängiger junger Migranten. Dagegen zeigt die Praxis der Suchthilfe, dass Migranten die bestehenden Angebote der Drogenhilfeeinrichtungen aufgrund sprachlicher und soziokultureller Hindernisse kaum wahrnehmen (vgl. Salman 1999 S. 11 f.).

„In Hannover ergab eine Befragung des Ethno-Medizinischen Zentrums in Einrichtungen der Suchthilfe, dass der Anteil der sie aufsuchenden Migranten unter fünf Prozent der Gesamtzahl ihrer Klienten liegt. Dagegen macht der Anteil der Migranten unter den Konsumenten harter Drogen etwa 20 % aus. Dies bedeutet, dass Migranten insgesamt im Bereich der Beratung, Betreuung und Therapie unterrepräsentiert sind.“ (Salman 1999, S. 12)

Nach Meinung von Ünal (1998) ist die Versorgung im somatischen Bereich und damit die psychosoziale Versorgung von MigrantInnen in den Bereichen Psychiatrie, Sucht AIDS und Prostitution defizitär. Die therapeutischen Einrichtungen und Beratungsstellen im Drogenbereich werden von MigrantInnen offensichtlich unterdurchschnittlich genutzt (vgl. S. 61 ff.).

Salman (1999) ist der Ansicht, dass die Experten die mangelnde interkulturelle Motivation der vorhandenen Regeldienste beklagen, da auf die Bedürfnisse der Migranten kaum eingegangen werde. Es wird konstatiert, dass die Regeldienste der Suchthilfe einseitig monokulturelle Absichten verfolgten. Migranten würden zumeist nebenbei versorgt und den interkulturellen Erfordernissen werde kaum entsprochen (vgl. S. 16).

Die geringe Inanspruchnahme von Beratungs- und Therapieangeboten der Suchtkrankenhilfe seitens der Migranten wird von Gaitanides (1998) auf folgende Ursachen zurückgeführt:

Unkenntnis der Beratungs- und Hilfssysteme

Psychosoziale Beratungs- und Hilfssysteme sind den Migranten aus ihrem Herkunftsland meist wenig bekannt.

„Für viele Migranten ist die Organisationsform und Stil der in Deutschland praktizierten Drogenhilfe schwer nachvollziehbar. Für viele Menschen, die aus Gesellschaften

stammen, in denen Drogenkonsum vor allem mit repressiven Ansätzen bekämpft wird, ist der Ansatz einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit oft nicht zu durchschauen. Die Klienten formulieren dann Schwellenängste und Misstrauen gegenüber Institutionen, da für sie die Unterscheidung zwischen ‚Suchthilfesystem‘ und ‚staatlicher Organisation‘ nicht transparent ist.“ (Salman 2002, S. 12)

Nach Auffassung von Gaitanides (1998) können viele Migranten die außerordentliche Spezialisierung und Ausdifferenzierung des Versorgungssystems nicht richtig verstehen. Zahlreiche devianzbezogene Themen sind bei Migranten noch tabuisiert, Drogenkonsum zählt mit in diesen Bereich. Dies lässt sich besonders bei türkischen Familien beobachten, die stark traditionsgebunden sind. Sie versuchen die Drogenprobleme ihrer Kinder innerhalb der Familie zu lösen, um ihren gesellschaftlichen Ruf und ihr Ansehen zu schützen. Die meisten türkischen Frauen sind um ihre drogengefährdeten Kinder sehr besorgt, jedoch von Informationen zum Thema Drogen abgeschnitten, weil die Mütter immobil und im öffentlichen Raum wenig präsent sind. Obwohl deutsche Medien häufig über Drogenabhängigkeit informieren, greift die erste und auch die zweite Generation der Türken auf diese Informationen, laut Gaitanides, nur wenig zurück, weil diese sich über türkische Satellitensender informieren, die im Gegensatz zu den deutschen Medien keine nüchtern-objektive sondern emotionsbeladene Berichte und Reportagen zum Thema liefern. Die Drogenberatungslehrer erreichen Migranteneltern schlechter als deutsche Eltern. Wegen zeitlicher und sprachlicher Probleme und aufgrund von Schwellenängsten nehmen sie an Elternabenden nur selten teil (vgl. S. 64).

Misstrauen und Angst vor juristischen Konsequenzen

Wegen unzureichender Erfahrungen mit Behörden haben Migranten in Bezug auf eine diskrete Behandlung von Informationen wenig Vertrauen. Dieses Misstrauen wird zusätzlich durch das Ausländergesetz geschürt, welches die Gesetzesregelung beinhaltet, wonach von Drogenabhängigkeit betroffene Migranten ausgewiesen werden können (vgl. ebd., S. 64).

„Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz können ab einem Strafmaß von 2 Jahren auch bei Migranten mit einem verfestigten Aufenthaltsstatus zur Ausweisung führen (...). Bei Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus werden schon bei sehr viel geringeren Strafen aufenthaltsbeendende Maßnahmen eingeleitet.“ (ebd. S. 65)

Asylbewerber, Flüchtlinge und andere Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland haben keinen Anspruch auf therapeutische Maßnahmen. Wegen dauerhafter Arbeitslosigkeit, Vorstrafen, versäumter Meldefristen oder ausgelaufener Aufenthaltsgenehmigung übernehmen Kostenträger die Behandlung nicht. Solche Vorfälle kommen unter drogensüchtigen Jugendlichen vor (vgl. Gaitanides 1998, S. 65). Für Migranten ist Drogenabhängigkeit mit wesentlich höheren Strafrisiken verbunden. Daher befinden sich betroffene abhängige Migranten in einer schwierigen Situation (vgl. ebd., S. 64).

Fehlen muttersprachlicher Berater/Helfer/Therapeuten

Im Bereich der Suchthilfe wird der begrenzte oder fehlende Einsatz von muttersprachlichen Fachkräften als eine schwerwiegende Zugangsbarriere angesehen. Wenn der Migrant über nur begrenzte oder gar keine Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, hat eine deutschsprachige Beratung oder Therapie keinen Sinn. Auch für Migranten, die die deutsche Sprache gut beherrschen, ist es nicht immer einfach, eine deutschsprachige Beratung oder Therapie in Anspruch zu nehmen. Die Muttersprache ist die Trägerin gesellschaftlicher Erkenntnisse, Erfahrungen und der Kultur (vgl. Tuna 1999, S. 46).

In der Sprachwissenschaft wird die Bedeutung eines Begriffs nach Denotation und Konnotation unterschieden, wobei die Denotation den sachlichen Inhalt des Begriffs wiedergibt, die Konnotation hingegen beschreibt, was mit dem Begriff darüber hinaus verbunden wird. Zum Beispiel ist der Begriff „Ehre“ je nach Kultur mit ganz unterschiedlichen Konnotationen verbunden (vgl. Tuna 1999, S. 47 f.). Eine Verständigung zwischen Menschen mit unterschiedlicher Muttersprache kann zu großen Missverständnissen führen. Unpassende und fehlende Ausdrucksmöglichkeiten von Emotionen veranlassen noch weitere Probleme.

„Für den Erfolg bei der Arbeit mit Emigranten ist das Angebot, in ihrer Muttersprache behandelt zu werden, insofern wichtig, als sie so die Gelegenheit haben, ihre Emotionen in der gewohnten Sprache mitzuteilen. Wichtige Sachverhalte, die sie in der deutschen Sprache nicht vermitteln können, finden in ihrer Sprache ihren Ausdruck, ohne dass sie dabei inhaltliche Kompromisse machen müssen.“ (Kaya 1999, S. 177)

Die Muttersprache ist ein besonders wichtiges Kommunikationsmittel, um Gefühle und Probleme zum Ausdruck zu bringen. Daher ist die Beherrschung der Muttersprache nicht

nur eine Möglichkeit zur besseren Verständigung, sondern es ist auch leichter, eine emotionale Vertrauensbeziehung herzustellen.

Auch in der zweiten und dritten Generation wird das Sprechen in der Muttersprache als direkter und emotional näher erlebt. Es gibt sogar Bereiche, die nur in der Muttersprache adäquat gefühlt, gedacht, ausgesprochen und verstanden werden. Die gemeinsame Heimatsprache weckt Interessen und schafft auf beiden Seiten Sicherheit, Akzeptanz, positives Vertrauen. Außerdem bieten muttersprachliche Berater und Therapeuten Identifikationsmöglichkeiten (vgl. Gaitanides 1998, S. 67).

Andererseits soll nicht bestritten werden, dass Klienten, die die deutsche Sprache gut beherrschen, hin und wieder auch deutsche Beraterinnen bevorzugen; z.B. weil es ihnen leichter fällt über Themen zu sprechen, die, wie z.B. die Drogenproblematik, in der eigenen Kulturgemeinde tabuisiert sind (vgl., ebd.).

Missverstehen durch ethnozentrische Fehldeutungen

Das Nichterkennen des kulturspezifischen Kommunikationsstils des Gegenübers kann zu folgenschweren Fehleinschätzungen und Fehldiagnosen führen. Der Koordinator des „Brixton Drug Project“ in London schildert beispielsweise, dass das expressive Verhalten der schwarzen Klientel als exzessive Aggressivität und Gewaltbereitschaft missgedeutet wird. Darum bekämen die englischen Drogenberater Angst und hätten Scheu davor, mit Schwarzen zu arbeiten. Ein weiteres Beispiel ist ein Afro-Karibe, der mit seinen Ahnen kommuniziert, was in seiner Heimat als gängige religiöse Praxis gilt. Dies wird womöglich als paranoid missinterpretiert. Durch solche Missdeutungen fühlt sich der Klient verkannt und beginnt an seiner interkulturellen Verstehenskompetenz zu zweifeln. Dies kann nach dem Erstgespräch zum Abbruch der Beratung führen (vgl. Gaitanides 1998, S. 67).

Die Beziehung zwischen abhängigem Migranten und Mitarbeitern der Suchtkrankenhilfe ist asymmetrisch, weil die Mitarbeiter eine eindeutige Machtposition gegenüber dem Migranten als Hilfesuchendem einnehmen. Beispielsweise entscheidet der Therapeut über das Verbleiben des Patienten in der Therapie. Eine ohne Erfolg abgebrochene Therapie könnte zu einer Ausweisung aus Deutschland führen. Es ist hier sehr wichtig, dass Patient und Therapeut schnell in Kontakt kommen und miteinander kommunizieren können.

Unterstellung von Vorurteilen und mangelhafte Parteilichkeit

Drogensüchtige Migranten, die in der Regel schon mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind, werden als eine extrem stigmatisierte Gruppe bezeichnet. Sie sind süchtig, kriminell und noch dazu Ausländer. Dies führt dazu, dass sie auf diskreditierende ethnische Vorurteile besonders empfindlich reagieren und zu einem pauschalen Rassismusvorwurf neigen. Dieser Vorwurf ist nicht immer unbegründet. Die wenigsten Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe sind sich ihrer Vorurteile bewusst oder haben sich mit ihnen auf der professionellen Ebene auseinandergesetzt (vgl. Gaitanides 1998, S. 68).

„Eine vertrauensvolle Kommunikationsbeziehung ist auf der Basis des generalisierenden Rassismusverdachts auf der einen Seite und unreflektierter Vorurteilsstrukturen bzw. unbewusster Schuldabwehrproblematik auf der anderen nur schwer herzustellen. Dauerhafte Kommunikationsstörungen führen dann zwangsläufig zum Kommunikationsabbruch.“ (ebd. S. 68)

Nach Ansicht von Gaitanides (1998) haben nicht-deutsche Drogensüchtige durch ihre Erfahrungen mit verschiedenen Ämtern (z.B. Wohnungsamt, Jugendamt) den Eindruck gewonnen, dass die Sozialarbeiter eher auf der Seite der öffentlichen Interessen und Zielsetzungen ihrer staatlichen Auftraggeber stehen. Ausländische Klienten werden aus ihrer Sicht unfreundlicher und restriktiver betreut als deutsche (vgl. S. 69).

Abstoßendes kriminelles Dealerimage

Nach Erfahrungsberichten werden Migranten mit Suchtstörungen häufiger primär kriminelle Motive unterstellt. Bei Migranten scheint sich aus der Sicht der Helfer in Suchthilfeeinrichtungen die Beschaffungskriminalität auf das Dealen zu konzentrieren, bei den Deutschen mehr auf Eigentumsdelikte, die weniger negativ bewertet werden. Dealer gelten als skrupellos, gewinnsüchtig und gewaltbereit, dagegen gelten stehlende Junkies eher als Verzweiflungstäter. Es ist zu vermuten, dass sich diese Haltung auf die Therapiebereitschaft kontraproduktiv auswirkt. Wegen dieses Negativbildes werden abhängige Migranten häufig distanziert oder widerwillig behandelt (vgl., ebd., S. 69).

Rassismus beim Klientel der Mehrheitsgesellschaft

Nach Auffassung von Gaitanides (1998) kommt es in Deutschland wegen der knapper werdenden Ressourcen häufiger zu ausländerfeindlichen Äußerungen und Handlungen seitens der deutschen Abhängigen, die sich durch den starken Zusammenhalt der

Migrantengruppen bedroht fühlen. Viele Drogenarbeiter berichten über die rassistischen Sprüche ihrer deutschen Klienten und die heftigen Gegenreaktionen der abhängigen Migranten. Womöglich sehen die Drogenarbeiter Konflikte zwischen den ausländischen und deutschen Drogenabhängigen voraus und vermeiden die Aufnahme ausländischer Abhängiger (vgl. S. 70).

Drogenabhängige Migranten in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bedeuten oft mehr Arbeit. Aus diesem Grund neigen Mitarbeiter der Einrichtungen dazu, diese arbeitsintensiven Patienten nicht als Klienten anzunehmen.

„Die Migrantenklientel muss häufig mit sehr viel mehr Aufwand an ohnehin knappen (...) Ressourcen betreut werden, jedenfalls solange die Einrichtungen nicht interkulturell qualifiziert sind und die rechtlichen Rahmenbedingungen so schlecht sind. Um die Kostenzusage muss bei den zuständigen Stellen wesentlich länger und härter gekämpft werden. Die Kommunikation ist störungsanfälliger und umständlicher. Vertrauen ist sehr viel schwerer herzustellen. Daher stürzt man sich nicht gerade mit Begeisterung auf die nicht-deutschen Klienten bzw. ist weniger bemüht, sie zu halten.“ (ebd.)

Ressentiments gegenüber selbstreflexiven psychologischen Verfahren

Bei den Klienten wie bei deren Angehörigen ist die Skepsis und abwehrende Haltung gegenüber Gesprächstherapien groß, da ihnen diese Therapieform und die ihr zugrunde liegenden Bedingungen von Sucht unbekannt sind. Die Eltern meinen häufig, dass eine Suchtstörung nach ein paar Wochen geheilt ist und möchten die Kinder zur Rekonvaleszenz in das vertraute Milieu der Familie zurückbringen. Dadurch demotivieren sie ihre Angehörigen für eine längerfristige Therapie (vgl. Gaitanides 1998, S. 70).

Kaya (1999) berichtet hier vom unterschiedlichen Therapieverständnis muslimischer Patienten und deutscher Therapeuten: Während der Migrant eine umgehende Hilfe durch eine Autorität erwartet, zielt der deutsche Therapeut auf die Mobilisierung eigener Ressourcen zur Lösung des Problems. Das familiäre Autoritätsverhältnis steht im krassen Gegensatz zur sachlichen, kameradschaftlichen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient. Für den Migranten ist die soziale Gruppe ein Ort der Identität und Bewertung (soziales Ansehen), der Therapeut hingegen will die Autonomie und Selbstverantwortung seines Patienten fördern. Probleme und Konflikte verortet der

Therapeut innerhalb der Person, der Migrant aber außen, besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen (vgl. S. 173). Deshalb komplizieren das unterschiedliche Therapieverständnis und das niedrige Individualisierungsniveau dieser Migranten den Zugang zu selbstreflexiven psychologischen Verfahren.

Drogenabhängige Migranten, vor allem die männlichen, haben in ihren Familien kaum gelernt, über innere Sorgen und Nöte zu kommunizieren. Durch die Bewältigung des überdurchschnittlichen Alltagsstresses sind die Familienenergien stark absorbiert. Es herrscht eine gewisse Sprachlosigkeit zwischen den Generationen. Konkrete lebenspraktische Hilfen, direktive Ratschläge und klare Strukturen werden erwartet und keine endlosen Gespräche, in denen die Verantwortung immer wieder an den Klienten zurückgegeben wird (vgl. Gaitanides 1998, S. 70 f.).

Ethnozentrisches, mittelschichtorientiertes Beratungs- und Therapiesetting

Das Therapiesetting vieler Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ist ethnozentrisch und mittelschichtorientiert. Viele Migranten können die individualisierende Familienabstinentenregel in der Beratung und bei stationären Einrichtungen nicht nachvollziehen. Die Familie hat eine zentrale Bedeutung für Erhalt und Wiedererlangen der psychischen Stabilität, wird aber vom therapeutischen Prozess ausgegrenzt. Vor allem die Mutter und die Geschwister setzen sich hier ein, und sie sind meist der letzte emotionale Ankergrund. Außerdem wird die „Komm-Struktur“ der Einrichtungen als mittelschichtorientiert bezeichnet und verstärkt Schwellenängste seitens der Migranten (vgl. Gaitanides 1998, S. 71).

Es ist von großer Bedeutung, die genannten Zugangsbarrieren abzubauen und somit den Anteil von Migranten mit Suchtstörungen, die die psychiatrisch-psychozialen Dienste in Anspruch nehmen, zu erhöhen.

Senkung der Therapiebereitschaft durch extrem schlechte soziale Chancen

Die schlechten sozialen Chancen von Migranten spielen bei der Therapiebereitschaft eine große Rolle, da ein positiver Lebensentwurf ohne berufliche Integration unmöglich scheint. Die vermauerten Chancen vermehren die Gründe für die Realitätsflucht in die Drogenwelt (vgl., ebd., S. 72).

4. 4 THERAPIE VON MIGRANTEN

Vielen türkischen Migranten ist eine Therapie unbekannt oder der Begriff „Therapie“ wird oft ganz anders interpretiert. Unter „Therapie“ verstehen sie meist die Heilung von Personen, die „verrückt“ sind.

Es wurde bisher dargestellt, warum Migranten besonders stark von der Gefahr der Abhängigkeit betroffen sind und warum sie die Angebote der Suchtkrankenhilfe im Vergleich zu einheimischen Abhängigen so selten in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund muss hier noch genauer auf die spezifischen Probleme von Migranten in stationären Einrichtungen zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eingegangen werden. Einige problematische Aspekte sind schon unter dem Ordnungspunkt Zugangsbarrieren aufgeführt worden, müssen aber in diesem Zusammenhang näher betrachtet werden, andere wiederum müssen noch ausführlich ergänzt werden.

Sertkaya (1998) behauptet, dass die Bestimmungen des Ausländergesetzes ein großes Hindernis in der stationären Therapie darstellen, weil das Ausländergesetz nicht zwischen Suchtkranken und Dealern unterscheidet. Dies beeinträchtigt die Therapiemotivation abhängiger Migranten (vgl. S. 95 f.).

Czycholl (1999) ist anlässlich seiner stationären Entwicklungsbehandlung suchtkranker Arbeitsmigranten zu der Ansicht gekommen, dass das Fehlen muttersprachlicher Fachkräfte sich unter Umständen innerhalb einer Langzeittherapie besonders negativ auswirken kann. Die Patienten sind nicht nur für kurze Zeit in der Einrichtung, sondern für die gesamte Zeit der Therapie. Aus diesem Grund ist die Muttersprache hier sehr wichtig. Mit der Möglichkeit, in der Therapie die Muttersprache zu sprechen, wird ein wichtiges Zugangshindernis zur Behandlung ausgeräumt. Die Patienten haben Angst, von Therapeuten und Ärzten nicht verstanden oder missverstanden zu werden oder andersherum, diese selbst nicht zu verstehen oder zu missverstehen. Es kann vorkommen, dass Klienten die Sprachschwierigkeiten dazu benutzen, sich hinter den Schutz der Sprachschwierigkeit zurückzuziehen, um unangenehme Themen zu vermeiden oder einen Therapiewiderstand zu produzieren (vgl. S. 148).

Klienten, die erstmals zur Therapie kommen, haben besonders auffällige Schwierigkeiten, mit dem therapeutischen Setting und seiner Organisation

zurechtzukommen. In den ersten Therapiewochen zeigen sie in nicht gewohntem Maße Widerstand, Verslossenheit, Skepsis und auch Angst (vgl. ebd., S. 154).

Die Muttersprache wird als eine emotionale Sprache betrachtet, in der Gefühle besser zum Ausdruck gebracht werden können. Der Migrant kann zu einem muttersprachlichen Therapeuten schneller ein Vertrauensverhältnis aufbauen und auch die Identifikationsmöglichkeiten erhöhen sich hier, was wiederum die Therapiemotivation des Patienten stärken würde. Es gibt allerdings auch Fälle, in denen Migranten deutsche Therapeuten bevorzugen, vor allem, wenn das Thema Sucht in der eigenen Community ein Tabu ist. Diese Migranten vermuten, dass sie in der Anonymität bleiben können oder dass sie vorurteilsloser behandelt werden (vgl. Gaitanidas 1998, S. 66 f.).

Es gibt Veröffentlichungen, in denen generell bezweifelt wird, ob mit Personen aus einem fremden Kulturkreis überhaupt sinnvoll psychotherapeutisch gearbeitet werden kann (vgl. Hinz 1998, S. 129). Hinz (1998) führt jedoch Beispiele aus ihrer Arbeit in einer Suchtfachklinik an, die belegen, dass in der Regel eher einzelne ethnozentrische Fehldeutungen innerhalb der Therapie für diese Probleme verantwortlich sind als grundsätzliche methodische Probleme. Als besonders anschauliches Beispiel dafür, wie eine solche Fehldeutung zu einer Fehldiagnose verleiten kann, berichtet sie von ihrer Erfahrung mit einem Patienten, der sie mehrmals am Tag angstvoll aufsuchte und fragte, wann sein Gehirn aufgeschnitten werde. Sie vermutete, er sei psychotisch und plante bereits, den Patienten in eine psychiatrische Abteilung zu verlegen, wovon das Team ihr abriet. Sie stellte fest, dass der Patient gar keine Psychose hatte, sondern dass er auf diese Art und Weise versuchte, seine Angst und sein Unverständnis zu artikulieren.

Durch dieses und ähnliche Beispiele kommt sie zum Schluss, dass ihre migrierten Patienten durch Konfrontation mit der fremden Kultur in eine tiefe Regression gefallen sind, mit den ihrer Ursprungskultur entsprechenden Auswirkungen. Sprachverlust, körperlicher Ausdruck mit hysterisch-konversiven Symptomen, was häufig als Übertreibung oder Simulation ausgelegt wird, bildhafte Verbalisierung bei magischen Kulturen und paranoid anmutende Reaktionen könnten ihrer Meinung nach der Ursprungskultur entsprechende Auswirkungen dieser Regression sein, was bei deutschen Patienten so nicht üblich ist (vgl. S. 129 ff.).

Migrierte Patienten können, wie dieses Beispiel zeigt, die Therapiesituation ganz anders erleben, als deutsche Patienten. Es gibt aber auch das Fremde, das anders Erlebte. Aus Vorurteilen vorzeitige Schlüsse zu ziehen, sollte in Zukunft vermieden werden, weil

Vorurteile, die seit 40 Jahren bestehen, nicht immer der Realität entsprechen (vgl. ebd., S. 134).

Das ethnozentrische und mittelschichtorientierte Therapiesetting wurde bereits oben angeführt. Hier spielen auch das unterschiedliche Therapieverständnis, die Beziehung zu und Bewertung von Rauschmitteln und die Krankheitseinsicht eine wichtige Rolle.

Czycholl (1999) berichtet von seinen Erfahrungen mit Spätaussiedlern in der Langzeittherapie: Diese Patienten hatten enorme Schwierigkeiten, mit dem Therapiesetting und seiner Organisation zurechtzukommen. Es ließ sich bei ihnen ungewohnt hoher Widerstand, Verslossenheit, Skepsis und Angst beobachten. Auf der anderen Seite zeigten sie ein gleichgültiges Verhalten und hatten dementsprechend Konflikte mit dem Regelwerk der Einrichtung. Mangelnde Therapiemotivation und Krankheitseinsicht schienen den Erfolg einer Behandlung in Frage zu stellen (vgl. S. 154).

Die Familie nimmt bei den meisten Migranten einen besonders hohen Stellenwert ein, weswegen sie besonders unter der Kontaktsperre zu ihren Angehörigen während der Zeit der Therapiemaßnahme leiden. Gaitanides (1998) weist darauf hin, dass eine stärkere Einbeziehung der Familie in die Therapie sehr wichtig ist, da diese eine zentrale Bedeutung für die psychische Reproduktivität des Migranten hat. Die meisten Migranten verspüren ohnehin Ängste vor dem Eintritt in eine Therapie und sind über Therapiemethode und Therapieverlauf nur unzureichend aufgeklärt. Daher ist es sehr wichtig, Information über den kulturellen Hintergrund eines Patienten zu gewinnen (vgl. S. 71).

4.5 TÜRKISCH-ISLAMISCHE GRUNDHALTUNGEN UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DAS DROGENHILFESYSTEM

Yüksel (1999) stellt das Verhältnis von Drogen und Sucht zu religions- und traditionsgebundenen Aspekten in der islamischen, insbesondere der türkischen Gesellschaft dar. Aus der Interpretation des Korans lässt sich ein Verbot von Weinkonsum ableiten, welches häufig auch auf andere Rauschmittel erweitert wird. Der traditionsgebundene Aspekt ist in jeder islamischen Gesellschaft anders ausgeprägt, und in der türkischen Gesellschaft sind Religion und Tradition stark verschmolzen. In der Türkei ist die traditionelle Kerngemeinschaft die Großfamilie. Zur Charakterisierung

dieser Kerngemeinschaft sind folgende vier Begriffe zur Kennzeichnung von Grundeinstellungen von zentraler Bedeutung, die sich auch auf die Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Drogen und Sucht auswirken: Ehre (Namus), Ansehen (Seref), Respekt gegenüber den Ältern (Saygi), sowie die Liebe zu den Jüngeren (Sevgi) (vgl. S. 31 ff.).

Die Ehre (namus) der Familie darf nicht „beschmutzt“ werden. Dabei sind die weiblichen Mitglieder der Familie (Ehefrau, Schwester, Tochter) Inhalt dieser Ehre. Ihre Integrität gilt es vor allem dadurch zu bewahren, dass der Gefahr von Ehebruch oder außerehelichem Geschlechtsverkehr vorgebeugt wird. Sie sollen von den Männern der Familie gegen „Übergriffe“ von außen geschützt werden, auch dann, wenn diese Übergriffe lediglich verbaler Natur sein sollten. Der Verlust der Ehre betrifft bei „Versagen“ sowohl die Frau als auch den Mann. Aus dieser Grundeinstellung ergibt sich beispielsweise, dass in der türkischen Gesellschaft verhältnismäßig wenige drogenabhängige türkische Frauen anzutreffen sind, obwohl Frauen insgesamt etwa ein Viertel bis ein Drittel der abhängigen Drogenkonsumenten ausmachen. Dieses spiegelt den Effekt des „Schutzes nach außen“ wider. Die Gefahr, selbstständig an Drogen zu gelangen und diese zu konsumieren, ist gemindert. Allerdings ist die türkische Gesellschaft ebenfalls von Veränderungen betroffen, so dass die Anzahl der türkischen Drogenkonsumentinnen zunimmt (vgl. Yüksel 1999, S. 36 f.). Es existierten zum Untersuchungszeitpunkt jedoch keine Untersuchungen mit spezifischen Angaben zum Verbreitungsmaß der Drogenabhängigkeit unter Migrantinnen überhaupt.

Das Ansehen (Seref) ist ein weiteres wichtiges Thema in der Familie. Dieses soll nach außen gestärkt werden und sämtliche Verhaltensweisen, die als Schwäche interpretiert werden könnten, sollen vermieden werden. Falls ein solches Schwächeverhalten in der Familie auftreten sollte, sind alle Familienmitglieder, vor allem aber das Familienoberhaupt dazu aufgefordert, dieses Fehlverhalten zu unterbinden. Das Fehlverhalten des Einzelnen wird seitens der Gesellschaft als Bewertungsgrundlage für die ganze Familie gesehen. Wenn die Familie ihr Ansehen beispielsweise durch die Drogenabhängigkeit ihres Kindes geschädigt sieht, versucht sie, diese zu beseitigen oder zumindest nach außen zu verheimlichen. Das abhängige Familienmitglied versucht, seine Sucht vor der Familie zu verbergen, weil es Angst vor Repressionsmaßnahmen seiner Familie hat. Dies könnte sich beispielsweise darin äußern, in die Türkei geschickt oder inhaftiert zu werden (vgl. Yüksel 1999, S. 37 f.).

Dem Älteren gilt der Respekt (saygi) des Jüngeren. Es gibt eine Menge symbolischer Handlungen, vor allem sollte dem Älteren nicht widersprochen werden. Wenn der Vater zum Beispiel den drogenabhängigen Sohn in die Türkei zu Verwandten schicken will, kann der Sohn sich gegen diese Entscheidung nicht wehren.

„Während die Mutter oft die Trägerin der Geheimnisse ihrer Kinder ist, bleiben Väter über viele Bereiche des Lebens ihrer Kinder uninformiert. Für die Kommunikationsstrukturen zwischen Vater und Sohn (bzw. Kindern allgemein) ist bei Bekanntwerden von konfliktgeladenen Themen ein wissendes Schweigen bezeichnend. Was der Sohn aus Respekt zum Vater nicht anspricht, spricht auch der Vater in der Regel nicht an, um das Verhältnis nicht „unnötig“ zu belasten, da er in jeder Respektangelegenheit seine Autorität demonstrieren müsste. Dies gilt, solange das Ansehen der Familie nach außen hin nicht gefährdet ist.“ (Yüksel 1999, S. 38)

Die Mütter merken oft schon früher, dass ihre Kinder Drogen konsumieren, aber sie wagen es nicht, mit dem Vater darüber zu sprechen. Hinzu kommt die Belastung durch Uninformiertheit, die oft zu Hilflosigkeit führt. Die Mütter von Drogenabhängigen sind wichtige Ansprechpartner für Aufklärungskampagnen (vgl., ebd.).

Die Begriffe „Liebe“ und „Zuwendung“ besitzen in der Familie einen hohen Stellenwert. „Liebe“ wird oft dadurch zum Ausdruck gebracht, dass ältere Familienmitglieder dem Jüngeren in einer Notlage Hilfe gewähren. Eltern und ältere Geschwister sind zur Fürsorge für jüngere Familienmitglieder verpflichtet und tragen die Verantwortung für sie (vgl. ebd., S. 39).

„Dem drogenabhängigen Sohn wird daher immer wieder geholfen werden, solange dieser seinen Eltern und älteren Geschwistern gegenüber genügend Respekt bezeugt.“ (Yüksel 1999, S. 39)

Ziel der Fürsorge ist es, dem Jüngeren dazu zu verhelfen, eine eigene Familie zu gründen. Das Unverheiratetsein wird als Ursache für das Fehlverhalten eines jungen Menschen betrachtet. Aus diesem Grund fühlen sich die betroffenen Familien verantwortlich, ihre abhängigen Kinder heiraten zu lassen, obwohl dieser Versuch fast immer misslingt. Auch wenn die Migrantengruppen sich in ihrer Kultur verändern, weist Yüksel (1999) darauf hin, dass besonders in Zeiten der Krise und Orientierungslosigkeit alte Verhaltens- und Reaktionsmuster beispielsweise im Falle der Drogenabhängigkeit innerhalb der Familie wieder an Bedeutung gewinnen (vgl. S. 41). Durch familiäre Hilfe kann es vermehrt zur Co-Abhängigkeit kommen. Wegen innerfamiliärer Bindungen ist

bei türkischen Familien der Ablösungsprozess ganz allgemein zudem oft sehr schmerzhaft und lang.

„Ablösungsprozesse von der Mutter, dem Vater, ja dem ganzen Familienverband sind nicht vorgesehen. Sie sind im Gegenteil negativ besetzt und werden als Verantwortungslosigkeit, Respektlosigkeit oder Sittenverfall gewertet.“ (ebd. S. 41 f.)

In der türkischen Gesellschaft gelten außerhalb der Familie enge Freunde, die Menschen aus der Nachbarschaft und aus dem gleichen Dorf als nächst größere Solidargemeinschaft. Falls die betroffenen Familien die Probleme nicht allein bewältigen können, werden sie von diesen Menschen unterstützt und es wird gemeinsam nach Lösungen gesucht (vgl. Yüksel 1999, S. 39).

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen deutlich, wie wichtig es ist, die Familien von Migranten, besonders derjenigen, die stark in der traditionellen Familienstruktur verwurzelt sind, in die Therapie einzubeziehen. Es zeigt sich allerdings auch, wie schwer es unter Umständen ist, mit der Familie therapeutisch zu arbeiten, weil eine Tendenz zur Abgrenzung nach außen besteht und sie Probleme zunächst innerhalb der Familie zu lösen versuchen (vgl. ebd., S. 41 ff.).

5 DAS AUSLÄNDERGESETZ UND SEINE BEDEUTUNG FÜR SUCHTKRANKE MIGRANTEN

Dieses Kapitel gilt der kurzen Darstellung der rechtlichen Situation von Ausländern und ihre spezifischen Auswirkungen auf suchtkranke Migranten in der Bundesrepublik Deutschland.

Neben den vielfältigen Problemen, die eine Suchterkrankung für die Betroffenen mit sich bringt, bedingt das derzeit geltende Ausländergesetz (AuslG) zusätzliche Probleme für suchtkranke Migranten, die nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen. Ihr Aufenthaltsstatus ist durch mögliche Begleitumstände der Sucht, zum Beispiel Sozialhilfebedürftigkeit oder Straffälligkeit, bedroht. So kann eine Aufenthaltsgenehmigung oder deren Verlängerung untersagt oder eine Ausweisung angeordnet werden. Dies wiederum hat schwerwiegende Konsequenzen für die Behandlung der abhängigen Migranten, wie in diesem Kapitel noch dargestellt wird. Es folgen zunächst jedoch grundsätzliche Ausführungen zum Aufenthaltsstatus von Ausländern:

Aufenthaltsstatus

Jeder Ausländer, der in die Bundesrepublik Deutschland einreisen möchte oder sich im Bundesgebiet aufhält, benötigt nach §3 AuslG eine Aufenthaltsgenehmigung. Die Aufenthaltsgenehmigung ist kein eigener Aufenthaltstitel, sondern ein Oberbegriff für die vier Arten von Aufenthaltsrechten. Unterschieden wird folgendermaßen:

Aufenthaltserlaubnis

Die Aufenthaltsgenehmigung wird als Aufenthaltserlaubnis erteilt, wenn einem Ausländer der Aufenthalt ohne Bindung an einen bestimmten Aufenthaltswort erlaubt ist. Sie wird am Anfang befristet ausgesprochen, kann verlängert und bei Erfüllung bestimmter Bedingungen in eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis umgewandelt werden. (§§ 15 ff AuslG)

Aufenthaltsberechtigung

Die Aufenthaltsberechtigung kann erhalten, wer acht Jahre lang im Besitz entweder einer Aufenthaltserlaubnis ist oder aber drei Jahre lang über die unbefristete

Aufenthaltserlaubnis mit vorangegangener Aufenthaltsbefugnis verfügt. Außerdem müssen nicht nur 60 Monate lang Pflichtbeiträge in die Rentenversicherung eingezahlt worden, sondern es muss auch der Lebensunterhalt eigenständig gesichert sein, und es muss darüber hinaus über den Zeitraum der letzten drei Jahre ein einwandfreies polizeiliches Führungszeugnis vorliegen. Die Aufenthaltsberechtigung gilt unbefristet und ist die höchste Stufe der Aufenthaltsgenehmigung. Ein Ausländer mit Aufenthaltsberechtigung kann dann nur noch aus schwerwiegenden Gründen ausgewiesen werden, da er einen besonderen Ausweisungsschutz genießt. (§ 27 AuslG)

Aufenthaltsbewilligung

Diese zweckgebundene Aufenthaltsgenehmigung wird nur befristet erteilt, und ein späterer Daueraufenthalt ist ausgeschlossen. Studenten, Austauschstudenten, Au-Pair-Mädchen und Saisonarbeiter besitzen in den meisten Fällen diesen Aufenthaltstitel. (§ 28 AuslG)

Aufenthaltsbefugnis

Die Aufenthaltsgenehmigung wird als Aufenthaltsbefugnis aus völkerrechtlichen oder dringenden humanitären Gründen erteilt. Falls das Abschiebungshindernis wegfällt, wird die Verlängerung der Befugnis abgelehnt. (§ 30 ff. AuslG)

5.1 DAS AUSLÄNDERRECHT ALS INSTRUMENT ZUR GEFAHRENABWEHR

Ein straffällig gewordener Ausländer wird nicht als gleichberechtigter Mitbürger angesehen, gegen den aufgrund seines strafrechtlichen Verhaltens vorzugehen ist, sondern als Gefährdung der gesellschaftlichen Ordnung im Sinne des Polizeirechts betrachtet. Es gilt, die vermeintliche Gefahr, welche aufgrund der Straffälligkeit zu Tage getreten ist, zu bekämpfen und zu beseitigen (vgl. Okolisan 1997, S. 8).

Der Rechtsanwalt Ernst Okolisan (1997) betont in einem Aufsatzartikel: *„Das Ausländerrecht, Teil des allgemeinen Polizeirechts, ist als Gefahrenabwehr ausgestaltet. Bei keiner anderen ausländerrechtlichen Maßnahme wird diese, das Ausländergesetz prägende rechtliche Einordnung, so deutlich, wie beim Recht der Ausweisung. Aus präventiven Gründen zum Schutz erheblicher Interessen der Bundesrepublik Deutschland (§ 45 Abs. 1 AuslG) kann, soll bzw. muss die Rechtmäßigkeit des*

Aufenthaltes durch den belastenden Verwaltungsakt der Ausweisung beendet werden.“ (S. 10f.)

5.2 ABLEHNUNG DER AUFENTHALTSGENEHMIGUNG

Viele Migranten in der Bundesrepublik Deutschland besitzen eine zeitlich befristete Aufenthaltsgenehmigung, deren Verlängerung vor ihrem Ablauf beim zuständigen Ausländeramt beantragt werden muss. Sowohl die erstmalige Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung als auch die Verlängerung derselben wird untersagt, wenn „*ein Ausweisungsgrund vorliegt“ (§ 7 I AuslG) oder wenn „der Ausländer seinen Lebensunterhalt einschließlich ausreichenden Krankenversicherungsschutz nicht aus einer Erwerbstätigkeit, einem Vermögen oder sonstigen eigenen Mitteln, aus Unterhaltsleistungen von Familienangehörigen oder dritten, aus Stipendien, Umschulungs- oder Ausbildungsbeihilfen, aus Arbeitslosengeld oder sonstigen auf einer Beitragsleistung beruhenden öffentlichen Mitteln bestreiten kann“ (§ 7 II AuslG) oder wenn “der Aufenthalt des Ausländers aus einem sonstigen Grunde Interessen der Bundesrepublik Deutschland beeinträchtigt oder gefährdet.“ (§ 7 III AuslG)*

Ein Ausländer, der ausgewiesen oder abgeschoben worden ist, darf nicht erneut ins Bundesgebiet einreisen und sich darin aufhalten. Ihm wird auch bei Vorliegen der Voraussetzungen eines Anspruches nach diesem Gesetz keine Aufenthaltsgenehmigung erteilt.

Ein Migrant, der aufgrund einer Suchterkrankung seinen Arbeitsplatz verliert, kann seinen Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln nicht mehr bestreiten, wenn seine Ansprüche auf Arbeitslosengeld und -hilfe erschöpft sind und er somit zu einem Berechtigten von Sozialhilfe wird. Dieser Umstand gilt gemäß §7 II AuslG bereits als Grund, eine Aufenthaltsgenehmigung nicht zu erteilen oder zu verlängern.

Falls der suchtkranke Migrant obdachlos und infolgedessen in einer öffentlichen Notunterkunft untergebracht wird, kann auch dies zur Versagung einer Aufenthaltsgenehmigung führen. Der Nachweis ausreichenden Wohnraums ist außerdem eine Voraussetzung für den Nachzug von Familienangehörigen aus dem Ausland nach Deutschland, ebenso für die Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigung des Ehepartners, so dass die Obdachlosigkeit des süchtigen Migranten den Aufenthalt seiner gesamten Familie in Deutschland bedrohen kann (vgl. Huber 1998, S. 202).

5.3 AUSWEISUNG

Jede der vier Formen der Aufenthaltsgenehmigung kann durch eine Ausweisung (§ 45 ff. AuslG) erlöschen.

Das Ausländergesetz unterscheidet drei Arten der Ausweisung:

- „Ist-Ausweisung“ (§ 47 Abs. I AuslG): Bei der „Ist-Ausweisung“ kommt es zwingend zur Ausweisung.
- „Regel-Ausweisung“ (§ 47 Abs.2 AuslG): Bei der „Regel-Ausweisung“ kommt es in der Regel zur Ausweisung.
- „Kann-Ausweisung“ (§ 45 AuslG): Die „Kann-Ausweisung“ ist eine Ermessensausweisung, d.h. die zuständige Ausländerbehörde kann nach Ermessen entscheiden (vgl. Okolisan 1997, S.12 f.).

Besitzt der Migrant einen sogenannten verfestigten Aufenthaltsstatus (Daueraufenthaltsrecht im Bundesgebiet), kann er aufgrund diverser Paragraphen dennoch ausgewiesen werden. Im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung kommen hier insbesondere die Paragraphen 45, 46 und 47 AuslG in Betracht: *„Ein Ausländer kann ausgewiesen werden, wenn sein Aufenthalt die öffentliche Sicherheit und Ordnung oder sonstige erhebliche Interessen der Bundesrepublik Deutschland beeinträchtigt.“* (§ 45 I AuslG)

In § 46 AuslG finden sich einzelne Ausweisungsgründe, z.B. Verstöße gegen Rechtsvorschriften, langfristige Obdachlosigkeit, Bezug von Sozialhilfe, der illegale Konsum von Rauschmitteln sowie der Handel mit diesen u.a.

Eine Suchterkrankung führt häufig dazu, dass Straftaten begangen werden. Hier sind zum einen diejenigen Straftaten zu nennen, die zur sogenannten „Alltagskriminalität“ gehören, dann solche, die gemeingefährliche Straftaten darstellen sowie Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Das Phänomen der „Beschaffungskriminalität“ spielt in diesem Zusammenhang eine beträchtliche Rolle, da der Abhängige illegaler Drogen tagtäglich große Summen an Geld aufbringen muss, um seinen Drogenkonsum finanzieren zu können (vgl. Akbiyik 1991, S. 170).

„Dies bedeutet, dass der Abhängige entweder Handel mit Drogen als Vermittler oder als Verteiler von kleinen Mengen treibt oder anderweitigen Beschaffungen nachgeht. (...) somit ist deutlich, dass eine Abhängigkeit ohne deviantes Verhalten nicht möglich ist. Das heißt, jeder Abhängige ist gezwungen, für seine Abhängigkeit Straftaten zu begehen. Die meisten Abhängigen sind zugleich Mehrfachtäter.“ (ebd.)

Zur „Alltagskriminalität“ zählen beispielweise Delikte wie Ladendiebstahl, Schwarzfahren oder auch der Betrug durch Versandhausbestellungen, die nicht bezahlt werden können. Solche relativ harmlosen Straftaten können bereits einen Ausweisungsgrund nach § 46 Nr. 2 AuslG darstellen oder die Ausländerbehörde dazu veranlassen, eine Aufenthaltsgenehmigung nicht zu verlängern, was praktisch einer Ausweisung gleichkommt (vgl. Huber 1998, S. 203).

Eine Gefährdung des Straßenverkehrs durch das Steuern eines Fahrzeugs unter dem Einfluss von Alkohol oder anderer berauschender Mittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes stellt bereits eine gemeingefährliche Straftat dar und kann ebenfalls zur Ausweisung nach § 46 Nr. 2 AuslG führen (vgl. ebd., S. 203).

Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz haben sowohl strafrechtliche als auch ausländerrechtliche Konsequenzen. Ein Migrant kann ausgewiesen werden, wenn er *„Heroin, Kokain oder ein vergleichbar gefährliches Betäubungsmittel verbraucht und nicht zu einer erforderlichen seiner Rehabilitation dienenden Behandlung bereit ist oder sich ihr entzieht.“* (§ 46 Nr. 4 AuslG)

Daher stellt allein der Konsum illegaler Drogen in Verbindung mit fehlender Therapiebereitschaft oder in Verbindung mit einer abgebrochenen bzw. von der betreffenden Einrichtung vorzeitig erfolglos beendeten Therapie einen Ausweisungsgrund dar. Wenn der abhängige Migrant zusätzlich gegen § 29 I 1 BtMG verstößt, weil er zur Finanzierung der eigenen Sucht mit Drogen handelt, greift in diesem Fall nicht nur der erwähnte § 46 Nr. 4 AuslG, sondern auch § 46 Nr. 2 AuslG (Begehen einer Straftat) (vgl. Huber 1998, S. 204).

Der § 47 AuslG beinhaltet noch schärfere Sanktionsmöglichkeiten in diesem Zusammenhang: *„Ein Ausländer wird in der Regel ausgewiesen, wenn er wegen einer oder mehrerer vorsätzlicher Straftaten rechtskräftig zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und die Vollstreckung der Strafe nicht zur Bewährung ausgesetzt worden ist.“* (§ 47 II Nr. 2 AuslG), (Huber 1998, S. 204)

Ein Ausländer wird in der Regel ausgewiesen, wenn er *„den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes zuwider ohne Erlaubnis Betäubungsmittel anbaut, herstellt, einführt, durchführt oder ausführt, veräußert, an einen anderen abgibt oder in sonstiger*

Weise in Verkehr bringt oder mit ihnen handelt oder wenn er zu einer solchen Handlung anstiftet oder Beihilfe leistet.“ (ebd.)

Solange der Ausländer nicht im Besitz einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung ist, läuft er Gefahr, dass die Aufenthaltsbeendigung im Wege der Nichtverlängerung der Aufenthaltserlaubnis herbeigeführt wird. Dabei sind die Schutzbestimmungen, die vor einer Aufenthaltsbeendigung schützen sollen, von weit geringerem Gewicht als bei der Ausweisung selbst (vgl. Okolisan 1997, S. 10).

5.4 AUSWEISUNGSSCHUTZ

Es gibt Fälle, in denen Migranten einen besonderen Ausweisungsschutz für sich beanspruchen können. Das betrifft diejenigen, die eine Aufenthaltsberechtigung oder eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis besitzen, aber auch diejenigen, die mit einem deutschen Familienangehörigen zusammenleben oder asylberechtigt sind. Nach § 48 I AuslG dürfen sie nur aus schwerwiegenden Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ausgewiesen werden. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz können aber bereits als solch schwerwiegende Gründe ausgelegt werden. In der Neufassung des § 48 I 2 AuslG heißt es, dass schwerwiegende Gründe der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in der Regel in den Fällen des § 47 I AuslG vorliegen. Minderjährige Ausländer, deren Eltern oder allein sorgeberechtigter Elternteil sich rechtmäßig im Bundesgebiet aufhalten bzw. aufhält, werden nicht ausgewiesen, es sei denn die folgende gravierende Einschränkung kommt hinzu (vgl. Huber 1998, S. 204 f.): *„Der Minderjährige ist wegen serienmäßiger Begehung nicht unerheblicher vorsätzlicher Straftaten, wegen schwerer Straftaten oder einer besonders schweren Straftat rechtskräftig verurteilt worden.“ (ebd. S. 204 f.)*

EU-Bürger und teilweise türkische Arbeitnehmer und deren Familienangehörige genießen besonderen Schutz. Suchtkrankheiten können es jedoch rechtfertigen, auch einem EU-Ausländer die Einreise und die erste Aufenthaltserlaubnis zu verweigern. Tritt aber eine Suchterkrankung erst nach der rechtmäßig erfolgten Wohnsitznahme im Bundesgebiet auf, darf allein deswegen der weitere Aufenthalt nicht versagt werden, auch dann nicht, wenn infolge der Sucht die Sozialhilfebedürftigkeit eintreten sollte. Sie können allerdings wegen des Handels mit illegalen Drogen – zu welchem Zweck auch immer – ausgewiesen werden, da dies eine hohe Gefährdung des Gemeinwohls darstellt (vgl. Huber 1998, S. 205 f.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die enge Verknüpfung von Suchterkrankungen mit harten Sanktionen bis hin zur Ausweisung im deutschen Ausländerrecht die Situation abhängiger Migranten zusätzlich erschwert. Denn mit dem für eine erfolgreiche Therapie unabdingbaren Eingeständnis des Vorliegens einer Suchterkrankung wird unmittelbar ein potentieller Abschiebungsgrund geschaffen.

5.5 FOLGEN FÜR DIE THERAPIE

Der Zugang zu den bestehenden Angeboten der Suchthilfe wird weiterhin durch strukturelle Barrieren erschwert. Die Praxis der Suchthilfe zeigt, dass Migranten die bestehenden Angebote der Drogenhilfeeinrichtungen aufgrund sprachlicher und soziokultureller Hindernisse kaum wahrnehmen. Ihre größte Angst gilt einer möglichen Ausweisung (vgl. Salman 1999, S. 13). Nach Salman (1999) *„werden süchtige oder abhängige junge Menschen im Extremfall von Ausweisung bedroht, wenn sie die Anonymität verlassen und sich einer Entgiftung und später einer Therapie und Rehabilitation unterziehen möchten. Therapeutische Maßnahmen fallen hier allzu oft aufenthaltsrechtlichen Erwägungen zum Opfer. Dies wird auch an dem eingeschränkten Leistungsspektrum für Flüchtlinge und Asylbewerber deutlich, die keinen Anspruch auf therapeutische Maßnahmen in Fachzentren haben. Angst fördert nicht die Motivation, Drogen den Rücken zu kehren, sondern erhöht die Vulnerabilität bei den Drogenkonsumenten. Sie erzeugt Misstrauen gegenüber deutschen Institutionen und Behörden und führt zu fatalistischer Ausweglosigkeit und Selbstzerstörung suchtkranker Migranten. (...) ausländerrechtliche Hindernisse verhindern somit die effiziente Förderung und Sicherung der Gesundheit suchtabhängiger Migranten.“* (S. 13)

Ein schwerwiegendes Hindernis, eine Therapie zu beginnen, ist für den süchtigen Migranten die drohende Ausweisung. Akbiyik (1991) beschreibt die Wirkung des Ausländerrechts auf das psychische Wohlbefinden der suchtkranken Migranten, insbesondere die Unsicherheit, die Hoffnungslosigkeit und die Perspektivlosigkeit (vgl. S. 164 f.). Das Gefühl der Unsicherheit tritt auf, wenn die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis oder deren Verlängerung durch die Ausländerbehörde von bestimmten Auflagen und Voraussetzungen abhängig gemacht wird. Die betroffenen Personen müssen passiv abwarten, was konkret geschehen wird, was sie aber wiederum gezielt nicht einschätzen können, so dass sie sich psychisch unter Druck gesetzt fühlen. Die Aussicht darauf, dass eine Aufenthaltserlaubnis eventuell nicht erteilt bzw.

verlängert werden könnte, führt zur Hoffnungslosigkeit. Diese Jugendlichen, die eine nur auf kurze Zeit befristete Aufenthaltserlaubnis besitzen, sind psychisch nicht in der Lage, für ihre Zukunft im Zielland Deutschland zu planen. Aufgrund des daraus erwachsenden Unsicherheitsgefühls werden sie zu einer passiven Haltung gedrängt, mit der sie ihre Zukunftsgestaltung dem Schicksal überlassen. Perspektivlosigkeit ist die Folge einer drohenden Ausweisung aufgrund von Straffälligkeit. Droht ihnen nämlich Ausweisung bzw. Abschiebung, können die Jugendlichen auch keine Zukunftsperspektiven entwickeln, auch nicht im Hinblick auf ein Leben im Heimatland (vgl. Akbiyik 1991, S. 165).

Wegen der Unsicherheiten bezüglich des Aufenthaltsstatus seitens der Migranten kommt es häufig zu einer Verschiebung der Therapieziele, da *„(...) die betroffenen Klienten zum Teil resignieren und sich fragen, warum sie denn überhaupt eine Therapie machen sollen, wenn sie sowieso abgeschoben werden. Sie können keinen Sinn mehr darin erkennen. (...) da die Therapie keine Gewähr gegen Abschiebung ist, kommt es innerhalb der Behandlung manchmal zu einer Verschiebung der Ziele. Es geht dann verstärkt um die Bearbeitung ausländerspezifischer, existentieller Probleme.“* (Kaya 1999, S. 179 f.)

Der unsichere Aufenthaltsstatus entwickelt sich nicht selten für drogensüchtige Migranten auch in der Hinsicht zu einem großen Hindernis, überhaupt zügig eine passende Therapieeinrichtung finden zu können, da manche Einrichtungen nicht dazu bereit sind, insbesondere Migrantenklientel aufzunehmen.

„Die Migrantenklientel muss häufig mit sehr viel mehr Aufwand (...) betreut werden, solange die Einrichtungen nicht interkulturell qualifiziert sind und die rechtlichen Rahmenbedingungen so schlecht sind.“ (Gaitanides 1998, S. 70)

Abhängige Migranten, die sich in der Therapie befinden oder sich in der Therapie befanden und bereits einen Ausweisungsbescheid erhalten haben, leben in großer Angst vor baldigen Ausweisung. Dies führt bei den Klienten meist zu einem frühzeitigen Therapieabbruch und dies sogar auch bei diejenigen Klienten, die zwar mit den von Ausweisung bedrohten Therapeuten in Kontakt stehen, jedoch selbst von drohende Ausweisung nicht betroffen sind. Diese stellen ihr Vertrauen in die Einrichtung in Frage oder nutzen diesen Moment des Misstrauens als eine Art Legitimation für einen Rückfall (vgl. Akbiyik 1991, S. 166 f.).

6 PROBLEMLÖSUNGSSTRATEGIEN DER MIGRANTEN BEI DROGEN- ABHÄNGIGKEIT

Die Angebote der Suchtkrankenhilfe werden von Migranten bisher nur begrenzt angenommen, was auf zahlreiche Ursachen zurückgeführt wird, die allerdings noch nicht ausreichend erforscht und belegt sind. Abhängige Migranten werden in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit unterschiedlichen Schwierigkeiten konfrontiert. Einige problematische Aspekte wurden unter den in Kapitelabschnitt 4.3. dargestellten Zugangsbarrieren zur Suchtkrankenhilfe aufgeführt. Die Bestimmungen des Ausländergesetzes beeinträchtigen die gesamte Therapie der Migranten (Motivation, Therapieziele, Frustration und eventuell Abwehr seitens der Therapeuten). Alle diese Aspekte verschrecken die Migranten, eine Therapie zu beginnen. Meist befinden sie sich in Unkenntnis darüber, was unter einer Therapie zu verstehen ist und unter welcher Zielsetzung sie durchgeführt wird. Aus diesen Gründen versuchen diese Familien ihre Probleme mit eigenen Mitteln zu lösen, so wie sie es von ihren Eltern gelernt haben.

„Trotz langjähriger Drogenabhängigkeit besteht bei türkischen Jugendlichen eine intensive Bindung an die Familie, die selbst das Problem ihres Familienmitgliedes zu lösen versucht und dabei keine professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Es mag erstaunen, dass für schwer Drogenabhängige die Familie noch immer eine große Rolle spielen soll, ist ihr Leben doch scheinbar losgelöst von allen Konventionen und Regeln.“
(Yüksel 1999, S. 40)

Die drogenabhängigen Jugendlichen werden nicht selten zu ihren Verwandten in die Türkei geschickt, um sie aus ihrer Konfliktlage zu befreien. Wählen die Familien der Jugendlichen einen anderen Weg als diesen, lassen sie ihre Kinder im Zuge einer drogenfreien Zwischenphase verheiraten, geprägt von der Hoffnung, dass sich ihre Kinder in das Rollenschema des türkischen Familienbilds einfügen, das durch Verantwortung und Einhaltung der Traditionen gekennzeichnet ist (vgl. ebd., S. 41). Dies ist jedoch problematisch, weil das Drogenproblem dadurch nicht gelöst und nur eine zusätzliche Person, die neue Ehepartnerin des Drogenkonsumenten, in die Problemsituation involviert wird. Sollten aus dieser Ehe Kinder hervorgehen, ohne dass es zu einer Problemlösung kommt, ist ein vielseitig gestörtes familiäres Gefüge die Folge. Die Ehefrauen werden in der Regel aus der Türkei nach Deutschland verbracht in der Einschätzung der Eltern des Drogensüchtigen, dass Frauen jüngeren Alters sich noch

der türkischen Gesellschaftstradition und den Familienwerten verbunden fühlen und infolgedessen den Stresssituationen, die drogensüchtige Personen zwangsläufig produzieren, besser standhalten könnten, als dies nicht direkt aus der Türkei stammende Frauen zu tun vermögen. Diese Annahme entspricht jedoch nicht immer der Realität (vgl. ebd., S. 39).

Es gibt unter in Deutschland lebenden türkischen Migranten sowie auch unter türkischen Einheimischen noch streckenweise die Haltung, bei der Problemlösung im Drogenbereich traditionelle Heiler und Heilkundige aufsuchen zu müssen.

„Der Glaube an die „magisch-animistische“ Auslösung von Krankheit – besonders bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen (...).“ (Assion 2004, S. 33)

Die Heilkundigen sind der Bevölkerung vertraut und bieten für sie nachvollziehbare Erklärungsmodelle an. Diese Heilkundigen stellen jedoch keine homogene Gruppe dar, gründen ihre Heilangebote auf verschiedene, oft familiär tradierte Kenntnisse und Erfahrungen und haben unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden (vgl., ebd.).

Die wichtigsten Heiler in der türkischen Gesellschaft sind:

Hocas (im Wortsinn: geistlicher Lehrer von hohem Ansehen): Sie werden wegen eines breiten Spektrums unterschiedlicher Probleme aufgesucht, die von psychischen, neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, Epilepsie oder chronischen Beschwerden bis hin zu familiären, ökonomischen oder beruflichen Schwierigkeiten reichen. In Fragen der Suchtproblematik wenden sich einige Familien, die sich in ihrer Not nicht mehr zu helfen wissen, an den Hoca (vgl. Assion 2004, S. 34).

Weise Frau (türkisch falci oder yildizci): Die mit traditionellen Heilmethoden vertrauten „weisen Frauen“ sind keine gesonderte Gruppe und können als angelernte Hebammen tätig sein oder auch als falci oder yildizci magisch-rituelle Praktiken ausüben (vgl. ebd., S. 37). Sie geben Auskunft über die persönliche Zukunft ihrer Klienten, beispielsweise mittels der Tassenmethode oder des Handlesens. Einzelne türkische Mütter, die an der erfolgreichen Persönlichkeitsentwicklung ihres Kindes Zweifel hegen und nicht wissen, wie sie mit der Situation umgehen sollen, ziehen die Beratung bei einer „weisen Frau“ vor, um von ihr Informationen darüber zu erhalten, wie es um die Zukunft ihres Kindes bestellt ist, ob es sich mit falschen Freunden umgibt bzw. Kontakt mit Drogen hat.

Ocakli: Der Begriff Ocakli leitet sich von dem Wort ocak (Herd, Familie) ab, was darauf hinweist, dass das Wissen zur Behandlung von Erkrankungen in bestimmten Familien über Generationen weiter gegeben wird. Magisch-rituelle Praktiken kommen meist zur Anwendung (vgl. Assion 2004, S. 36). Wenn die Menschen Probleme haben oder krank sind, besuchen sie diese heiligen Familien und bleiben ein paar Tage dort. Einige süchtigen Jugendlichen werden wegen einer Behandlung zu diesen Familien geschickt. Die Behandlung besteht darin, den Kranken zu überreden, auf den Konsum zu verzichten, und Orientierungshilfen anzubieten. Vor allem manche Aleviten und Kurden vertreten diesen Glauben und praktizieren diese Behandlung. Dieser ist jedoch nicht mehr sehr verbreitet.

Wallfahrtstätten (türkisch yatir): Wallfahrtstätten sind Orte mit einer besonderen Bedeutung. Dies können entweder Grabstätten markanter Persönlichkeiten, vermutliche Todesstätten von Heiligen und Legendenfiguren sein oder es kann sich dabei um besondere Naturheilstätten handeln.

Todesstätten von angesehenen und bekannten Heilern werden besonders verehrt und als yatir „liegend“ bezeichnet. Der verstorbene Heiler kann durchaus die Verehrung und Bedeutung eines Heiligen erfahren, von dem geglaubt wird, dass er über den Tod hinaus die Fähigkeit hat, Krankheiten zu heilen. Zu diesen Stätten pilgern die Anhänger und Gläubigen, um zu beten, Geschenke niederzulegen oder um an bestimmten Tagen und in besonderen Fällen ein Tieropfer, wie ein Schaf, ein Lamm oder einen Hahn darzubringen (vgl. Assion 2004, S. 38).

Die Wallfahrtstätten haben ihre Bedeutung bewahrt und werden auch von gläubigen Migranten besucht, z.B. in der Zeit des Opferfestes. Es kommt vor, dass Migrantenfamilien, deren Kinder süchtig sind, ihre Kinder zu einer Wallfahrtstätte bringen und dort um Hilfe bitten.

7 THERAPIEEINRICHTUNGEN FÜR AUSLÄNDISCHE DROGENKONSUMENTEN

Es existieren in Deutschland zwei bekannte Therapieeinrichtungen für drogenabhängige Migranten.

7.1 DÖNÜS IN NÜRNBERG

Der Name der Therapiestätte „Dönüs“ bedeutet übersetzt ins Deutsche „Umkehr“ oder „Wende“. Dönüs wurde 1995 gegründet und bietet Platz für 21 Drogenabhängige, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung, zumeist türkischer Herkunft waren. Die Einrichtung liegt in ländlicher Umgebung im Nürnberger Vorort Birnthon, einem kleinen Dorf mit 70 Einwohnern. Träger dieses Heims ist die Mudra-Gesellschaft für soziale Dienste und Rehabilitation für Drogenabhängige. Diese Organisation sah Ende der 1980er Jahre die Notwendigkeit, nichtdeutsche Drogenabhängige als eigenständige Therapiezielgruppe zu betrachten, woraufhin im Jahre 1987 die Einstellung eines türkischen Drogenberaters erfolgte. In der Beratungsstelle von Mudra entstand, bedingt durch die steigende Anzahl drogenabhängiger Migranten, die Idee, eine Langzeittherapieeinrichtung für suchtabhängige Männer islamischer Herkunft einzurichten. Der Anteil der drogenabhängigen Männer ausländischer Herkunft lag 1989 bei 6,7%, 1999 bei 23,9% und 2000 bei 31,6% aller Drogenabhängigen in Nürnberg. Ungefähr 60% der nichtdeutschen Klienten kommen aus der Türkei (vgl. Mudra Jahresbericht 2000, S. 62).

Aufnahmevoraussetzungen sind: schriftliche Bewerbung mit ausführlichem Lebenslauf und Drogenkarriere, regelmäßiger Kontakt mit der Einrichtung bis zur Aufnahme, geklärt Aufenthaltsstatus, bestehende Krankenversicherung, vorherige stationäre Entgiftung, abgeschlossene Zahnsanierung, ärztlicher Befund und Sozialbericht, gültige Kostenzusage für Haupt- und Nebenkosten. Eine Aufnahme ist nicht möglich bei: starker körperlicher Behinderung (z.B. Rollstuhl), Psychose, manifester Suizidgefahr (vgl. www.doenues-drogentherapie.de/deutsch/therapie.htm 05.03.2004).

Ist der Klient bei Dönüs angemeldet, so hat für ihn die Befolgung der Regeln im Hause oberste Priorität. Die Grundregeln hierbei sind: kein Drogen- und Alkoholkonsum, striktes Gewaltverbot, Untersagung jeglicher Bedrohungsaktivitäten, Verbot des Besitzes von Waffen, Verbot der Inbetriebnahme eines Walk- bzw. Discman, Verbot der Nutzung

von Mobiltelefonen, Verbot der Benutzung von Kosmetika, Untersagung der Nutzung eines eigenen Kraftfahrzeugs, Untersagung jeglichen Außenkontakts während der ersten vier Wochen des Therapieaufenthalts.

Dönüs ist als Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige nicht nur von Kostenträgern der LVA, überörtlichen Sozialhilfeträgern und den Krankenkassen anerkannt, sondern auch als staatliche Entwöhnungseinrichtung nach §35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) (vgl. www.doenues-drogentherapie.de/deutsch/therapie.htm, 05.03.2004).

Die Therapie bei Dönüs dauert sechs bis zehn Monate und ist in drei Phasen gegliedert: Es sind dies die Orientierungs-, die Intensiv- sowie die Reintegrations- oder auch die Adaptionphase.

Die Klienten haben die Möglichkeit, im Hause ihre täglichen Gebete abzuhalten und können die Moschee besuchen. Es ist ihnen außerdem gestattet, den Regeln des Fastenmonats Ramadan nachzugehen und türkische Zeitungen zu lesen. Bei den Mahlzeiten wird kein Schweinefleisch gegessen, und es gibt Teepausen mit türkischem Tee. Den Klienten ist weiterhin erlaubt, sich in der Therapieeinrichtung in ihrer Muttersprache zu unterhalten. Während der Therapiesitzungen, die sowohl von türkischen als auch deutschen Betreuern geleitet wird, ist Deutsch die Sprache zum Kommunikationsaustausch. Therapieteilnehmer, die im Deutschen Sprachprobleme haben, sollen lernen, sich mit Hilfe spezieller Deutschkurse in der deutschen Sprache zurechtzufinden. Einzelgespräche werden auf Deutsch oder auf Türkisch geführt.

Ein großer Vorteil der Therapieeinrichtung Dönüs ist, dass die Familien und Partnerinnen der Klienten in die Therapie miteinbezogen werden können und Partner- und Angehörigenseminare durchgeführt werden. Dies ist der Grund, weshalb die Familie bei den Klienten im Zusammenhang mit der Entstehung und Bewältigung der Drogenproblematik einen wichtigen Stellenwert einnimmt (vgl. Krick 1998, S. 143 ff.).

Es scheint sinnvoll und notwendig, dass das Gesamtkonzept auf den kulturellen Hintergrund der Klienten abgestimmt ist, denn so kann auf die Mentalität der Klientel eingegangen und das Therapieverständnis der türkischen Migranten sowie deren Misstrauen gegenüber Institutionen berücksichtigt werden (vgl. Kaya 2002, S. 87).

7.2 NOKTA IN BERLIN

Der Name des interkulturellen Sozialtherapiewerks „Nokta“ findet seine Verwendung in der türkischen, arabischen und persischen Sprache und bedeutet ins Deutsche übersetzt „Punkt“. Gemeint ist hiermit, dass die Klienten hinter ihrer bisherigen von Drogen bestimmten Lebensweise einen Punkt setzen und neu beginnen können.

Nokta arbeitet als Berliner Drogentherapieeinrichtung seit 1988 mit dem Ziel, speziell drogenabhängigen Migranten ein Angebot zur stationären Drogenlangzeittherapie zur Verfügung zu stellen. Nokta ist nach den §§ 35 ff. des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) als Einrichtung für Drogenrehabilitation staatlich anerkannt und wird von der Senatsverwaltung durch eine Fehlbedarfsfinanzierung gefördert. Das Therapiezentrum liegt am Stadtrand von Berlin in Zehlendorf-Nikolassee. Ein großzügig ausgebautes Haus mit Dachgeschoss und Garten zum gemeinsamen Leben und für Projekt-, Sport- und Freizeitaktivitäten steht zur Verfügung (vgl. Kavasoglu 2002, S. 77).

Das Therapeutenteam ist interkulturell ausgerichtet und besteht aus türkischen, arabischen, vietnamesischen und deutschen Mitarbeitern. Interkulturalität spiegelt sich auch in zahlreichen Kommunikationsformen des Arbeitsalltags bei Nokta wider: in Therapieregeln, in Gruppengesprächen, im sozialen Umgang, an den Familientagen, im Nahrungsangebot, innerhalb der Freizeitgestaltung, in der Musik und den Fernsehprogrammen.

Die Förderung der interkulturellen Lebensweise und die Fähigkeit zur Integration in die bundesrepublikanische Gesamtgesellschaft sind Ziele der Therapie. Jeder Klient kann seine Persönlichkeit, Lebensweise und Bedürfnisse in den Therapiealltag einbringen. Die Therapiedauer beträgt zwölf Monate und teilt sich auf in die Phasen Integration, Stabilisierung sowie Adaption.

Die Therapiegruppen bestehen aus jeweils 15 bis 17 Drogenabhängigen verschiedener ethnischer Minoritäten im Alter zwischen 18 und 35 Jahren. Die Drogenabhängigkeit kann sich auf Heroin, Opium, Kokain, Cannabis, LSD, Amphetamine beziehen und schließt auch Polytoxikomanie mit ein (vgl. ebd., S. 77 f.).

Bei den Therapietypen handelt es sich um gruppendedynamische Sitzungen, sozialtherapeutische Sitzungen, Körper- und Bewegungstherapie, Meditation, Einzelgespräche, Wochenrückblick und Meeting. Nokta stellt ihren Klienten zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit medizinische Betreuung zur Verfügung und unterbreitet ihnen familien- und angehörigenorientierte Therapieangebote. Außerdem führt Nokta Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Resozialisierung durch. Sie gibt Hilfestellungen und Betreuung zu aufenthaltsrechtlichen und strafrechtlichen Belangen der Therapieteilnehmer und stellt ihnen in der Adaptionphase ein spezifisches Beratungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung (vgl. ebd., S. 78 f.).

8 DROGENABHÄNGIGKEIT IN DER TÜRKEI

Nach Ögel (1998) ist die weltweit verbreitete Suchtproblematik besonders in den letzten Jahren auch in der Türkei aufgetreten. In den Medien haben Todesfälle, die durch Überdosis verursacht wurden, ihren thematischen Niederschlag gefunden. Jedoch sind quantitative und qualitative Forschungen zum Thema Drogenabhängigkeit in der Türkei rar gesät. Die Forschungen, die dort bisher durchgeführt wurden, sind meist Voruntersuchungen, und eine vergleichende Analyse dieser Untersuchungen gestaltet sich wegen des heterogenen Methodenspektrums oft schwierig.

Im Vergleich zu anderen Ländern (z. B. Amerika, Niederlande, Schweiz) werden in der Türkei weitaus weniger Drogen konsumiert (vgl. S. 13). Exakte empirische Angaben zur Intensität des türkischen Drogenkonsums allerdings existieren nicht.

8.1 DIE GESCHICHTE DER DROGEN IN DER TÜRKEI

Nach Köknel (1998) pflanzten und konsumierten schon die Türken, die vor Gründung des Osmanischen Reich in Anatolien lebten, Opium. Wissenschaftliche Fundstücke, die dies belegen, sind Texte aus dem 14. Jahrhundert, in denen der Konsum von Opium beschrieben wird (vgl. S. 56).

„Opium wird in Anatolien traditionell seit den Jahren 3000 v. Chr. angebaut. In diesen Jahren bauten die Sumerer im südlichen Mesopotamien Hanf und Schlafmohn an, denen sie den Namen „gil“ gaben und für medizinische Zwecke nutzten. Es wird vermutet, dass die heutige Bezeichnung für Opium in Anatolien, „gile“, ihren Ursprung in diesem Wort hat.“ (Ögel 2001, S. 11)

Nach dem Untergang des Selcukenreichs begann die Zeit der Karamanogullari. Auch in dieser Zeit wurde nachweislich Opium konsumiert. Der letzte Herrscher dieser Dynastie, Mehmet der Zweite, Sohn von Ali Bey, war süchtig nach einer Paste, die als „Macunu Müferriha“ (wohltuende, erleichternde Paste) bezeichnet wurde. Diese Paste bestand aus Gewürzen, Honig und Opium bzw. Haschisch.

Aus der Zeit des Osmanischen Reiches ist bekannt, dass der Opiumkonsum gestiegen ist und dass viele osmanische Dichter, Prinzen und sogar Padischahs Opium konsumiert haben (vgl. Köknel 1998, S. 56).

Während der Mediziner Ibn Sina Opiumpräparate bei seinen Behandlungen einsetzte, war es Buruni, der als bedeutender Forscher im osmanischen Reich das Krankheitsbild der Suchtabhängigkeit wissenschaftlich definierte. Das zur Zeit des Osmanischen Reiches produzierte Opium wurde innerhalb des osmanischen Landesterritoriums nur wenig konsumiert. Eingenommen wurde Opium dort in einigen Derwischklöstern zwischen dem 16. und 17. Jahrhundert, doch vor allem wegen der drakonischen Gesetzesbestimmungen, die von Murat dem Vierten erlassen wurden, konnte eine großflächige Drogenausbreitung verhindert werden. In dieser Zeit begann der Export des anatolischen Opiums nach Europa, Indien und in den Iran. Den Transport übernahmen venezianische Händler. Das von den Bauern angebaute Opium wurde überwiegend von griechischen, armenischen und jüdischen Händlern aufgekauft und in der Stadt Izmir an die Venezianer weiterverkauft (vgl. Seymen 2000, S. 13 f.).

Die erste gesetzliche Regelung bezüglich des Anbaus, des Verkaufs und des Konsums von Opium entstand unter Sultan Mehmet dem Eroberer. Unter der Herrschaft Murats des Vierten wurde der Konsum von Opium, Tabak und Kaffee verboten. Es wird vermutet, dass die Sultane Beyazit der Zweite, Murat der Zweite, Murat der Vierte und Yavuz Sultan Selim Opium und Haschisch konsumiert haben, wobei diesbezüglich keine eindeutigen Beweise existieren. Im Jahre 1873 erscheint das Wort „Opium“ zum ersten Mal in einem osmanischen Wörterbuch. Im Laufe der Zeit wurde dieses Wort auch in andere Wörterbücher aufgenommen (vgl. Ögel 2001, S. 11).

1811 wurde der Mohnanbau verboten und 1826 der An- und Verkauf von Opium unter staatliches Monopol gestellt. Seit 1830 wurde der An- und Verkauf des Opiums dokumentiert. Das Osmanische Reich nahm 1912 an den internationalen Konferenzen in der Stadt La Haye teil, durch deren Beschluss der Mohnanbau begrenzt und die Produktion, der An- und Verkauf von Opium unter staatliche Kontrolle gestellt wurde. Nach der Gründung der Republik unterzeichnete die türkische Regierung 1925 die in Genf verabschiedete Erklärung zur „Internationalen Kontrolle der Betäubungsmittel“. Im selben Jahr wurde das Betäubungsmittelgesetz mit dem Paragraph 1639 verabschiedet (vgl. Seyman 2000, S. 14).

Am 1. März 1926 wurde der Paragraph 765 ins Strafgesetzbuch aufgenommen, der den illegalen Gebrauch von Drogen unter Strafe stellte. Dies betraf insbesondere die Herstellung, den Import und Export sowie den aktiven Konsum von Drogen.

Am 24. Dezember 1928 dann trat der Gesetzesparagraf 1369 in Kraft, in dem erstmals die Handhabung von Drogen geregelt wurde. Nach dieser Bestimmung wurden die Produktion, der Import, der Export und der inländische Vertrieb von medizinisch verwendbarem Opium, reinem Kokain (Rohkokain), Morphin, Heroin und von Medikamenten, die mehr als 20% Morphin und 10% Kokain beinhalten, unter die Kontrolle des Gesundheitsministeriums gestellt. Von der Gesetzesregelung dagegen unberührt blieben die Produktion von Rohopium aus Mohn und der Verkauf im In- und Ausland (vgl. ebd., S. 14 f.).

Der strafrechtliche Aspekt des Drogenhandels wurde auf einer internationalen Konferenz im Jahre 1930 in Brüssel erörtert. Dort wurde beschlossen, dass die Produktion und der Konsum sowie der An- und Verkauf von Drogen unter Strafe gestellt werden sollten, wenn sie nicht zu gesetzlich festgelegten medizinischen Zwecken dienten. Die Bestrafung sollte verschärft werden, wenn die Stoffe an Personen unter 18 Jahren verkauft würden. 1936 veranstaltete der Völkerbund eine Konferenz zur Drogenproblematik mit 42 Teilnehmerländern, zu denen auch die Türkei gehörte. Dabei wurde ein Protokoll unterzeichnet, welches die internationalen Verbrechen mit Betäubungsmitteln aufzählte und definierte sowie Präventionsmaßnahmen beschrieb. Nach diesem Abkommen stellte die Produktion, die Aufbewahrung, der Transport und der Verkauf solcher Betäubungsmittel eine Straftat dar. Im Jahre 1930 wurde von den Japanern eine Fabrik gebaut, die aus türkischem Opium Heroin produzierte. Es folgten mit der Beteiligung von Franzosen eine zweite und dritte Fabrik. Als später die Produkte auf den inländischen Markt gelangten, erhöhte sich die Anzahl der Heroinabhängigen. Außerdem erreichten die Auswirkungen auf die Arbeiter ein gravierendes Ausmaß. Mit dem zusätzlichen Druck der USA wurde am 14. Januar 1933 das Gesetz mit der Nummer 2108 verabschiedet, welches in 14 Provinzen den Anbau von Mohn beschränkte (vgl. Seymen 2000, S. 15 f.).

Nach Ausrufung der Republik im Jahre 1923 zählte Opium weiterhin zu einer der bedeutendsten Exportwaren. Bis zum Jahr 1933 wurde in Izmir, Aydin, Manisa, Karahisar, Kütahya, Eskisehir, Konya, Kirklareli, Edirne, Tekirdag überwiegend Mohn angebaut (vgl., ebd.).

Unter dem Vorsitz von Atatürk beschloss die Ministerkonferenz ein Verbot der Weiterentwicklung des Mohnanbaus, dem die Vertriebenen aus Jugoslawien dort

nachgegangen waren. Die Lizenzen für die Produktionsstätten eines japanischen Unternehmens aus dem Jahre 1936 zur Produktion von Heroin aus türkischem Opium, sowie für weitere Fabriken am Goldenen Horn wurden aufgehoben (vgl., ebd.).

Im Jahre 1938 wurde das Amt für Bodenerträge gegründet. Die Opiumproduktion, der Verkauf und die Lagerung wurden diesem Amt unterstellt, womit es zu einem staatlichen Monopol gekommen war. Zwischen 1938 und 1971 hatte die Türkei einen Marktanteil von 50-55% des weltweiten legalen Opiummarktes (vgl. Ögel 2001, S. 12).

In den 1970er Jahren wurde die Türkei weltweit beschuldigt, für den illegalen Opiumverkehr verantwortlich zu sein. Im Jahre 1971 führte die Regierung ein generelles Anbauverbot für Opium ein. Dies führte dazu, dass 1,5 Millionen Menschen, die vom Opiumanbau lebten, verarmten, da man auf ihrem Land nichts außer Opium anbauen konnte (vgl. Seymen 2000, S. 16). 1974 wurde dieses Verbot wieder aufgehoben. Außerdem sollte mit der Einführung von Lizenzen für den Anbau und die Ernte von Opium der illegale Anbau verhindert werden (vgl. ebd., S. 16).

Die 1980er Jahre wurden wirtschafts- und sozialpolitisch durch den damaligen Ministerpräsidenten Turgut Özal geprägt. In dieser Zeit kam es in Bezug auf das wirtschaftliche und soziale Leben der Türkei zu radikalen Veränderungen. Das Verbot des ausländischen Zigarettenverkaufs wurde aufgehoben, mit dem Ziel den Schwarzhandel auf diesem Gebiet zu beenden. Seit dieser Maßnahme ist ein Anstieg der Zigarettenkonsums zu verzeichnen. Der Grund dafür liegt in den Werbekampagnen für die neuen Produkte, die sich auf dem Markt etabliert hatten und ihre Marktanteile nicht verlieren wollten (vgl. Ögel 2001, S. 14).

Ögel (2001) beschreibt diese Situation folgendermaßen: *„Die sozialen Veränderungen in dieser Zeit führten zu neuen Wertevorstellungen und Sichtweisen. Zu den dominierenden Werten gehörte die Individualisierung. Dies führte in vielen Fällen zu einer Entfremdung. Die Türkei wurde „verwestlicht“. Die natürliche Folge in den darauf folgenden Jahren war der Import der größten Krankheit der westlichen Gesellschaft.“* (ebd.)

Nach Meinung von Ögel (2001) war eine der wichtigsten Entwicklungen Anfang der 80er Jahre die Gründung des Zentrums für die Untersuchung und die Behandlung von Alkohol- und Suchtkrankheiten in der Psychiatrischen Klinik in Bakirköy. In diesen

Jahren wurde der Alkoholkonsum nicht als Problem angesehen. In den ersten Jahren behandelte dieses Zentrum jährlich 80 nicht-alkoholabhängige Suchtpatienten. Innerhalb von zehn Jahren stieg ihre Anzahl auf 3000 pro Jahr (vgl., ebd.).

Einen Wendepunkt stellt ein Gesetz dar, welches im Jahre 1990 die Therapie von Süchtigen erleichterte. Vor Einführung dieses Gesetzes wurde der Süchtige, der freiwillig eine Therapie beginnen wollte, bestraft, da sein Drogenkonsum eine Straftat darstellte. Nach dem neuen Gesetz wird ein Süchtiger, der vorher nicht aufgefallen ist, bei einer freiwilligen Therapie strafrechtlich nicht verfolgt. Dies führte zu einem Anstieg der Therapieteilnehmer (vgl. Ögel 2001, S. 14 f.).

In der türkischen Gesellschaft war es nicht üblich, sich offen und intensiv mit dem Thema Drogen zu beschäftigen, bis es zu bestimmten Vorfällen kam, die das Thema in das Interesse der Öffentlichkeit rückten. Ögel (2001) führt einige Beispiele dafür an:

„1995 starb die Tochter einer angesehenen Person am Heroinkonsum. Dadurch wurde eine jahrelang dauernde öffentliche Diskussion bezüglich dieses Themas losgelöst. Das Wort „Drogen“ tauchte in den letzten Jahren vermehrt in der Berichterstattung der Medien auf. Auf den Strassen starben viele Jugendliche. Vor ihrem Tod wurden sie von niemandem wahrgenommen. Keiner starb, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Erst als das Heroin das Blut in den Adern einer sehr „edlen“ Person stoppte wurde es zu einer „Nachricht.“ (S. 15)

Seymen (2000) berichtet, dass heute die Türkei neben Indien, Spanien, Frankreich und Australien zu den fünf größten Produzenten von legalem Opium gehört. Die 50 Tonnen Morphium, die in der Türkei zusätzlich als Reserven gelagert werden, werden dann in Anspruch genommen, wenn in der Welt der wissenschaftliche und medizinische Bedarf an Opium die jährlichen Produktionsmengen übersteigt (vgl. S. 17).

8.2 DROGEN IM ISLAM

Nach Köknel (1998) lassen sich im Koran eindeutige Suren finden, die den Konsum von Alkohol verbieten. Da solche Suren nicht für den Konsum von Opium, Haschisch und ähnlichen berauschenden Mitteln existieren, führte diese Regelungslücke in der heiligen Schrift zum Anstieg des Konsums dieser Rauschmittel.

Auf der anderen Seite entstanden innerhalb des Islam mystische Glaubensrichtungen, die die nicht eindeutigen Bereiche des Korans neu interpretierten und einen neuen inneren Sinn zu erkennen glaubten. Die Überlieferungen von Muhammed wurden dabei neu interpretiert (vgl. S. 25). Hierzu ist die geheime Glaubensgemeinschaft der Bektasi zu zählen. Die Bektasi wurden von der ägyptischen, griechischen, und persischen Kultur beeinflusst und integrierten in ihren Glauben die gesellschaftlichen Aspekte der Nächstenliebe und die Gleichheit der Menschen, welche sie aus dem jüdischen und dem christlichen Glauben übernommen hatten. Bei den Bektasi wurde der Konsum von Alkohol und berauschenden Mitteln begrüßt, wenn sie dazu dienten, die eigenen spirituellen Grenzen zu überwinden und der Wahrheit näher zu kommen (vgl., ebd.). Bei den Nakschbendi, einer sehr orthodoxen und strenggläubigen Glaubensgemeinschaft, die zum Ziel hat, die Anforderungen des Koran genauestens zu erfüllen, wurde beobachtet, dass sie im Rahmen ihrer asketischen Lebensweise, aufgrund derer sie den weltlichen Genüssen entsagen, Drogen konsumiert haben (vgl., ebd.).

8.3 DIE RISIKOFAKTOREN DES DROGENKONSUMS

Kaptanagasi (2003) führt folgende Ursachen für die zunehmende Verbreitung des Drogenkonsums in der Türkei an:

- Unwissenheit bezüglich der Gefahren von Drogen.
- Nacheiferung bedingt durch mediale Präsenz von Drogen und Konsum.
- Kontakt mit Drogen wird in Vergnügungstätten wie Discothek, Bars u.ä. begünstigt.
- Gruppenzwang und schlechtes Umfeld.
- Neugier.
- Versuch der Anpassung an Modetrends.
- Schlechte Umgebung und miserable gesellschaftliche Zustände.
- Jugendlicher Trieb zu Risikoverhalten, gestörte Sexualität, triebbedingtes Streben nach Anerkennung, Drang nach Selbstüberwindung.
- Genetisch veranlagte Neigung zu Drogen.
- Mangel an idealen und moralischen Werten. Misstrauen gegenüber der eigenen Umwelt, wiederum bedingt durch ungünstige familiäre und gesellschaftliche Verhältnisse. Psychische Belastung durch Zukunftsängste.
- Gestörte Verhältnisse innerhalb der Familie in Form von Auseinandersetzungen, ökonomischer Mittellosigkeit und Arbeitslosigkeit.
- Mangelnde oder fehlende Bildung und Erziehung.

- Perspektiv- und Erwerbslosigkeit von Erwachsenen und Kindern führt vermehrt in die Kriminalität und hiermit auch zu Drogenkontakt.
- Die ernährungsschemische Zusammensetzung von einigen exportierten Waren wie Zigaretten, Cola, Kaugummi u.ä. kann den Drogenkonsum fördern.
- Steigender Genuss von Alkohol und Nikotinverbrauch begünstigen Drogenkonsum (vgl. S. 17 f.).

Köknel (1997) führt die Risikofaktoren des Drogengebrauchs im Gegensatz zu Kaptanagasi auf gesellschaftliche Bedingungen zurück: *„Der Konsum von Drogen in der Türkei ist bedingt durch technologische Veränderungen, Industrialisierung, Urbanisierung, überproportionales Bevölkerungswachstum, Arbeitslosigkeit und ökonomische Krisen.“* (S. 17)

8.4 ÜBERBLICK ÜBER DEN DROGENKONSUM IN DER TÜRKEI

Die nachfolgende Darstellung von Ögel (2001) basiert auf einem Forschungsprojekt aus dem Jahre 1997, welches in zehn Städten der Türkei und in Nordzypern durchgeführt worden ist. Dieses erste derartige Forschungsprojekt ist weit davon entfernt, ein Gesamtbild des Drogenproblems in der Türkei zu liefern, auch wenn in verschiedenen Städten Daten erhoben wurden. Dennoch ist dieses Projekt und seine Auswertung wegweisend zu diesem Themenkomplex (vgl. S. 88).

Nach Ögel (2001) handelt es sich bei der meistverbreiteten Droge in der Türkei um Haschisch. An zweiter Stelle folgen Tabletten und Schnüffelstoffe. Die niedrigste Drogenkonsumrate hingegen wurde bei Kokain, LSD und Ecstasy festgestellt. Ein Grund hierfür liegt vor allem darin, dass Kokain in der Türkei nicht angebaut wird und der Erwerb erhöhte Kosten verursacht. Die Befragten gaben an, dass sie Haschisch in Kombination mit normalem Zigarettentabak rauchen und Heroin in erhitztem Zustand durch die Nase inhalieren. Ganz selten wurde nach Aussagen der Drogenkonsumenten die Verabreichung von Heroin durch intravenöse Zufuhr praktiziert. Schnüffelstoffe werden insbesondere von verwaisten Straßenkindern konsumiert. Diese Stoffe werden aus Tüten oder mit getränkten Hilfsmitteln durch die Atemwege inhaliert. Die am häufigsten als Drogen missbrauchten Tabletten sind psychoaktive Medikamente sowie Schmerzmittel (vgl. S. 88 f.).

Ausgehend von der Vielfältigkeit der Bezeichnungen für die jeweiligen Drogen schließt Ögel (2001), dass eine weit verbreitete Drogenkultur in der Türkei existiert. Weithin bedeutender als die Aufzählung der Art und Weise des Drogenkonsums erscheint die soziale aber auch soziographische Verortung: Es fällt auf, dass von den Befragten angegeben wurde, dass es in jedem Gebiet einen bestimmten Ort gibt, an dem Drogen umgesetzt und konsumiert werden. Diese befinden sich zumeist in den Stadtteilen, deren sozioökonomische Lage am schlechtesten ist. In den Städten Adana, Ankara und Istanbul befanden sich unter den Drogenkonsumenten am häufigsten Menschen aus Südostanatolien, die im Zuge der Migration in diese Städte kamen. Die Konsumenten in Izmir und Zypern, die insbesondere aus Istanbul zugewandert sind, nahmen Drogen wie Heroin und Kokain. Interessant ist auch festzustellen, dass der Drogenkonsum in Trabzon am häufigsten unter den Migranten aus der Gemeinschaft der Unabhängigen Staaten (ehemalige Sowjetunion) verbreitet war. Hinzu kommt, dass die Rate der Konsumenten unter Studierenden bei denen höher lag, die von „außen“ in diese Gebiete gekommen waren. Auch unter „Rückkehrern“ – ehemals in Europa lebenden türkischen Staatsbürger – war der Konsum von Heroin und anderen Drogen relativ hoch (vgl. S. 90). Vermerkt sei, dass außerhalb der Erhebungsgebiete der Bildungsgrad der Heroinabhängigen höher war als innerhalb von ihnen. Bei den betreffenden Personen handelte es sich vornehmlich um Studenten oder Lehrer. Die Studie ergab in Bezug auf Alter der Konsumenten und konsumierter Rauschmittel folgende Erkenntnisse: Haschisch wird vorwiegend von Personen im mittleren Alter, Tabletten hingegen überwiegend von Personen unter 25 und Schnüffelstoffe von Kindern und Jugendlichen ab 10 Jahren konsumiert (vgl., ebd.).

Die Mehrzahl der erfassten Drogenkonsumenten ist männlich; die erfassten weiblichen Konsumenten sind zumeist Prostituierte, die wiederum hauptsächlich Tabletten und Haschisch konsumieren. Auch unter den sozioökonomisch und bildungsmäßig höher stehenden Personengruppen befinden sich weibliche Konsumenten.

Aus diesen Daten ergibt sich zusammenfassend, dass die Art der konsumierten Droge auch mit dem jeweiligen Bildungsstand des Konsumenten zusammenhängt. Haschisch und Tabletten werden am häufigsten von Personengruppen mit niedrigem Bildungsstand, Kokain und Heroin von Personengruppen mit höherem Bildungsstand konsumiert.

Die in dieser Studie befragten Drogenkonsumenten waren mehrheitlich nicht berufstätig. Diejenigen von ihnen hingegen, die arbeiteten, gaben an, dass der Drogenkonsum ihre berufliche Produktivität negativ beeinflusse, sie von ihren Kollegen und Freunden am Arbeitsplatz zumeist jedoch geduldet würden. Die Haschischkonsumenten äußerten, dass Auswirkungen ihrer Drogenabhängigkeit in ihrem Arbeitsleben nicht erkennbar seien. Allgemein wurde zu Protokoll gegeben, dass deren familiäre Strukturen desolat seien und ihre Suchtabhängigkeit Konflikte verursache. Ungeachtet dieser Situation war der überwiegende Teil der Befragten jedoch noch bei der Familie wohnhaft.

Auffallend ist zudem, dass sich die Familien – nachdem die Sucht ihres Kindes erkannt wurde – zunächst intensiv um den Süchtigen kümmerten und sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten Hilfe anboten. Nach einer gewissen Zeit verloren die Familien aber ihre Geduld und Kraft und ließen ihr süchtiges Kind allein. Die Befragten gaben an, dass die Familien kein genaues Wissen bezüglich Drogen und Abhängigkeit besäßen, und deshalb so gut wie keine Kommunikation zwischen Eltern und Kind zustande komme, so dass die anfängliche Hilfe nach einiger Zeit in psychischen Druck ausarte. Ein Teil der Elternschaft duldet die Konfliktsituation ihrer Kinder und verbarg sie vor der sozialen Außenwelt. In den meisten Fällen schämten sich die Familien für deren Drogensucht. Die Aussagen der Konsumenten von Marihuana und Haschisch lassen den Schluss zu, dass deren Familienleben in geordneteren Bahnen verläuft und wirtschaftlich weniger prekär erscheint als dies bei Konsumenten anderer Drogenstoffe der Fall ist. Nach den Erfolgsaussichten der Therapie und alternativer anderer Behandlungsmöglichkeiten gegen die Drogensucht befragt, schien der überwiegende Teil sowohl der Eltern wie auch der Drogenabhängigen selbst ohne Hoffnung zu sein. Es wurde die Ansicht vertreten, dass der Drogengeschädigte aus eigenem Antrieb heraus und ohne den Einsatz von Zwangsmaßnahmen sich einer Therapie unterziehen sollte, da andernfalls der Therapieerfolg ziemlich gering einzuschätzen sei. Durchgängig wurde die Meinung geäußert, dass der Drogensüchtige erst „am Boden kriechen“ müsse, bevor die Möglichkeit einer Therapie erwogen würde (vgl. ebd., S. 91).

Ögel (2001) fasst zusammen: *„dass im Allgemeinen das Interesse an eine Therapie sehr gering war. Insbesondere Haschischkonsumenten wollten keine Therapie machen. Nichts desto trotz wollte der überwiegende Teil der Abhängigen von ihrer Sucht freikommen. Die Gründe für die Suche nach Therapiemöglichkeiten waren am häufigsten entweder finanzielle Gründe (kein Geld für Drogen) und/oder der Mangel an Drogen. Erwartet*

wurde von der Therapie in erster Linie, dass die Entzugserscheinungen kuriert werden. Weiterhin nahm man an, dass auch die familiären Verhältnisse sich ändern müssten, sollte die Therapie erfolgreich sein.“ (S. 92)

Der ganz überwiegende Teil der Drogenkonsumenten, die ihre Sucht überwand, schafften dies zu Hause und von alleine. Diejenigen, die Therapie suchten, wandten sich vor allem an private Institutionen und Kliniken und bevorzugten Istanbul als Therapieort. Den meisten Personen und ihren Angehörigen war die ‚Amatem‘ bekannt. Istanbul als Therapieort wurde bevorzugt auf Grund der Anonymität dieser Großstadt und der Tatsache, dass sie dem Druck der eigenen sozialen Umgebung entfliehen konnten (vgl., ebd.).

Ansichten wie die, dass Drogenabhängige zur Kriminalität geneigt wären und dass diese hauptsächlich in der Beschaffungskriminalität ihren Ausdruck fände, waren verbreitet. Ausgehend von der spezifischen Art und Weise des Drogenkonsums konnte festgestellt werden, dass Konsumenten von Tabletten häufig nach Genuss des Mittels kriminelle Aktivitäten – insbesondere aggressives Verhalten und physische Gewalt gegenüber anderen Menschen – an den Tag legten; Heroinkonsumenten hingegen in der Phase des Entzuges entsprechend kriminell aktiv wurden. Die befragten Konsumenten gaben an, dass die Neigung zur Kriminalität mit der Erfahrung von Ausgrenzung durch die soziale Umgebung zunahm.

Was die Haltung der sozialen Umgebung/Öffentlichkeit gegenüber den Konsumenten betrifft, gaben diese wiederum an, dass die anderen Menschen sie nicht akzeptieren würden, Angst vor ihnen hätten und ihren Konsum nicht dulden würden. Trotz dieser Umstände bestehe aber eine allgemeine Hilfsbereitschaft in der Gesellschaft gegenüber den von Abhängigkeit betroffenen Menschen, da diese als hilfsbedürftige und zu bemitleidende Menschen angesehen würden (vgl., ebd.).

Die Erhebung von Ögel (2002) liefert als wesentliche Ergebnisse, dass die Drogenkonsumenten einerseits aus der Gesellschaft ausgesondert sind und auch wahrnehmen, dass sie Probleme mit der Integration ins soziale Gefüge haben; zum anderen, dass diese Menschen Probleme in und mit ihren Familien hatten. Die Ergebnisse der Umfrage ließen zudem auf zwei Gruppen schließen; Kriminelle und Kranke. Auf der einen Seite kriminelle, psychopathische, asoziale und aggressive; auf der anderen hilfs- und pflegebedürftige und ausgestoßene Menschen. Zu den

Eigenschaften, die die Betroffenen sich selbst zuschrieben, gehörten unter anderem auch positive Charaktereigenschaften wie hilfsbereit, solidarisch, ungefährlich, emotional und zurückhaltend (vgl. S. 18).

Haschischkonsumenten sind diejenigen Konsumenten, die am wenigsten nach therapeutischen Maßnahmen suchen, da sie ihr Arbeits- und familiäres Leben am wenigsten als beeinträchtigt erleben. Die Konsumenten von Schnüffelstoffen sind überwiegend Jugendliche ohne familiäre und sonstige soziale Bindungen. Die Tablettenabhängigen sind zum großen Teil aggressive, psychopathisch und eher kriminell veranlagte Menschen. In den meisten Fällen gehen sie keiner Arbeit nach und leben in zerrütteten sozialen Verhältnissen. Heroinsüchtige sind in den Phasen des Rausches ungefährliche Menschen. In den Entzugsphasen können sie jedoch aggressives und kriminelles Verhalten (Beschaffung von Drogen) an den Tag legen. Des Weiteren haben sie Störungen in ihren sozialen Verhältnissen (vgl. Ögel 2001, S. 93).

Die Merkmale der in elf verschiedenen Städten befragten Personen lassen drei unterschiedliche Gruppen erkennen (vgl., ebd.).

„Die Personen, aus der ländlicheren Umgebung dieser Städte, leben zumeist auch in den klassischen Anbaugebieten von Heroin und Marihuana. Ihre sozialen Verhältnisse sind im Verhältnis stabil und intensiv. Dies ist auf die Tatsache, dass in diesen Gebieten das Soziale traditionell ausgeprägter ist, zurückzuführen.

Die zweite Personengruppe lebt in den Städten oder in deren Vororten und sind zumeist zu den niedersten Sozialklassen zu zählen. Diese städtischen asozialen Gruppen leben an der Grenze zur Illegalität und beziehen ihr Einkommen zu einem Teil aus kriminellen Aktivitäten.

Die dritte und letzte Gruppe besteht aus Minderheiten und hauptsächlich Jugendlichen. Ihr Konsumverhalten ist eher durch Modeerscheinungen und zumeist westliche Subkulturen geprägt. Sie sind im klassisch westlichen Sinne „sinnsuchende“ und rebellische Jugendliche.

Ohne Zweifel gibt es auch Fälle, die in keine der drei Beschreibungen hineinpassen und ein eigenständig-spezifisches Drogenkonsumverhalten aufweisen. Da ihre Drogensozialisation nur in einigen Punkten, der klassifizierten Gruppen entsprechen, ist es nicht möglich eine genaue Zuordnung durchzuführen.“ (ebd.)

8.5 CHARAKTERISTIKA DER DROGENKONSUMENTEN

Nach den vorliegenden Forschungsergebnissen (1997) sind die befragten Personen durchschnittlich acht Jahre zur Schule gegangen. Diese Angabe belegt, dass diese Personen mindestens die Grundbildung absolviert haben. Die Ursache für die mangelnde Weiterbildung lag in den meisten Fällen in der Motivationslosigkeit des jeweiligen Menschen und/oder in familiären – d.h. sozialen – Gründen. 35 % der Befragten hatten bereits in ihrer Schulzeit Drogen konsumiert. Während die meisten noch zu Hause lebten, gaben 10 % an, dass sie die letzten sechs Monate im Gefängnis gesessen hätten. Die Scheidungsrate unter diesen Personen betrug 11 %.

Bedeutsam ist die Angabe, dass in 40 % der Familien von Drogenkonsumenten mindestens ein Fall von Alkoholismus/Alkoholsucht gegeben war. Diese Rate war unabhängig von dem jeweiligen Rauschmittel, das die interviewten Personen bevorzugten. Über die Hälfte der Konsumenten, die angaben, dass in ihrer Familie Alkoholmissbrauch gegeben war, nannte den Vater, an zweiter Stelle folgten Geschwister oder nähere Verwandte. Ein Drittel gab an, dass neben ihnen ein weiterer Familienangehöriger Drogen konsumiere. In 44 % der Fälle war es der Bruder, in 30 % der Vater. Es fällt auf, dass dies hauptsächlich bei Heroin- und Haschischabhängigen zutraf. Der Drogenkonsum mehrerer Familienangehöriger war bei von Tabletten oder Schnüffelstoffen abhängigen Befragten im Verhältnis geringer als bei den Konsumenten anderer Drogen. Unter allen befragten Konsumenten fanden sich bei 27,5 % der Fälle psychische Störungen/Erkrankungen bei Familienangehörigen (vgl. Ögel 2001, S. 94).

Heroinkonsumenten

Nach den Forschungsergebnissen sagten 88 % der Heroinabhängigen aus, dass ihr Heroinkonsum enorme Probleme verursache. Heroinabhängige suchten zu einem überwiegenden Teil Ärzte auf, um von ihrer Sucht freizukommen. Nahezu die Hälfte gab an, ihre Arbeit verloren zu haben. Der prozentuelle Anteil der in Konflikten mit Recht und Gesetz sowie Gefängnisaufenthalten verstrickten Personen war bei Heroin- und Haschischabhängigen am höchsten. 34 % der Heroinkonsumenten verkauften auch Drogen. Lücken und Abbrüche in der schulischen Bildung waren bei dieser Personengruppe am verbreitetsten. Den häufigsten Drogenkonsum bereits während der Schulzeit praktizierten Schnüffelstoff- und Heroinkonsumenten (vgl. Ögel 2001, S. 96 f.).

26 % der befragten Heroinabhängigen gaben an, dass auch andere Familienangehörige Heroin konsumierten. Heroinabhängige waren auch die mobilsten unter allen Befragten und haben die höchste Suizidversuchsrate. Mehr als die Hälfte gab an, dass sie Schwierigkeiten hätten, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und zu erhalten, und dass sie sich aufgrund ihrer Problematik vor anderen Menschen schämten. Heroinabhängige fühlten sich unglücklicher als die anderen Abhängigen (76,2 %) und empfinden häufiger Selbsthass (31,7 %). Die Wahllosigkeit bzw. Willkürlichkeit bei der Wahl von SexualpartnerInnen war ebenfalls bei dieser Gruppe am höchsten. Der Zerfall der Beziehungen innerhalb der familiären Verhältnisse nach Beginn der Abhängigkeit war bei dieser Gruppe und bei den Haschischkonsumenten am drastischsten. Auch die Rate der in der Kindheit erlebten Misshandlungen war mit 7,5 % bei Heroinabhängigen am höchsten. Der Missbrauch von Drogen war unter Familienangehörigen dieser Personengruppe weit verbreitet (56 %).

Ein Viertel der Heroinsüchtigen konsumierten neben Heroin täglich Alkohol, die Hälfte Cannabis und 18 % von ihnen Rivotril. Ein Drittel der Befragten konsumierte Heroin auf injektivem Wege. 28 % dieser Gruppe gaben an, dass sie zwei- bis dreimal am Tag Heroin spritzten. Sie stellen diejenige Gruppe dar, die die wenigste medizinische Hilfe in Anspruch nimmt. Die Zahl derer, die von alleine und ohne gezielte Therapie von der Abhängigkeit freizukommen versucht, stellt die Mehrheit unter den Heroinabhängigen dar (vgl. Ögel 2001, S. 97).

Haschisch/Cannabiskonsumenten

Unter den Befragten ist die prozentuelle Rate derjenigen, die ein geregeltes Familien- und Sexualleben haben, die einer Beschäftigung nachgehen, lesen, oder ausgehen bei Haschischkonsumenten am höchsten. Dabei kann festgestellt werden, dass das soziale Leben der Haschischkonsumenten im Verhältnis zu den Konsumenten anderer Rauschmittel weitestgehend erhalten bleibt. Sie stellen auch die Gruppe dar, die mit 52 % am wenigsten Probleme mit ihrer Sucht hat. Nur 67 % denken überhaupt daran, mit dem Drogenkonsum aufzuhören. Unter den Haschisch- und Heroinkonsumenten ist die Zahl derer, die ihre schulisch-akademische Bildung abgeschlossen haben, am höchsten. Wiederum innerhalb dieser zwei Gruppen ist die Zahl der mit dem Gesetz in Konflikt geratenen und inhaftiert gewesenen Personen am höchsten. 14,4 % der befragten Haschischkonsumenten gaben an, dass ein Angehöriger ihrer Familie ebenfalls

Haschisch konsumiert. In dieser Gruppe war der Alkoholkonsum neben Haschisch/Cannabis mit 82 % am meisten verbreitet. 40 % gaben an, dass sie täglich Alkohol konsumieren. Die Zahl der Konsumenten, in deren Familien es eine Vorgeschichte hinsichtlich Rauschmittelkonsum gab, ist mit 10 % in dieser Gruppe relativ gering (vgl. ebd., S. 97 f.).

Schnüffelstoffkonsumenten

Nach Angaben von Ögel (2001) ist bei einem Fünftel der Konsumenten von Schnüffelstoffen die Wohnadresse unbekannt. Die Zahl der bei ihren Familien lebenden Schnüffler ist trotzdem hoch. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass der Altersdurchschnitt dieser Gruppe enorm niedrig ist. Die Fälle an Verhaltensauffälligkeiten im kriminellen Bereich – unabhängig von Beschaffungskriminalität – sind bei Schnüfflern sowie Tablettenabhängigen liegen deutlich höher als bei anderen Konsumentengruppen. Verletzungen nach Drogenrausch treten am häufigsten bei den Schnüffelstoffabhängigen auf. Die Beschaffungskriminalität – Diebstahl sowie gesetzes- und sittenwidriges Verhalten – ist mit 32 % in dieser Gruppe am höchsten. Bei dieser Gruppe fiel auf, dass kriminelle Betätigungen vor der Abhängigkeit nahezu nicht vorhanden waren. Dies ist als ein deutliches Merkmal für das Verhältnis von Abhängigkeit und Kriminalität zu werten. Im Bereich der familiären Beziehungen ist erkennbar, dass der Bruch dieser Verhältnisse vor und in der Abhängigkeit schärfer ist als in den anderen Drogengruppen. Auffallend an den Schnüffelstoffabhängigen ist, dass die Kriminalitätsrate sehr hoch ist, soziale Tätigkeiten – wie lesen, ausgehen, zwischenmenschliche Beziehungen pflegen – dagegen nahezu nicht entwickelt sind. In dieser Gruppe war die Anzahl derjenigen, die bereits in der Schulzeit Drogen konsumiert haben, weit höher als in den anderen Gruppen. Wiederum im Vergleich zu den anderen Personengruppen sind die Schnüffler am häufigsten geprügelt (65,3 %) und erniedrigt (57,7 %) worden. Die Rate der sexuell Misshandelten betrug 4,1 %.

Zwei Drittel der befragten Schnüffelstoffabhängigen schnüffelten jeden Tag. 18 % konsumierten nebenbei auch Haschisch. Diese Gruppe nahm relativ häufig medizinische Hilfe in Anspruch (vgl. S. 98 f.).

Tablettenabhängige

Aus den ermittelten Angaben geht hervor, dass zwischen Tablettenabhängigkeit und Kriminalität ein direkter Zusammenhang besteht. Aber auch vor der Abhängigkeit ist eine hohe kriminelle Energie dieser Gruppe erkennbar. Die Kriminalitätsrate vor der Abhängigkeit ist in der Gruppe der Tablettensüchtigen im Vergleich zu den anderen Personengruppen am höchsten. Daher ist auch folgerichtig zu vermerken, dass Betroffene aus dieser Gruppe ihre Abhängigkeit am wenigsten vor ihrem Umfeld verstecken können. Viele der Tablettenkonsumenten leben bei ihren Familien. Hierzu muss bemerkt werden, dass der Altersdurchschnitt dieser Gruppe bei 30 Jahren liegt – also weit höher als bei Schnüffelstoffabhängigen – und daraus gefolgert werden kann, dass viele Tablettenabhängige nicht in der Lage sind, ein eigenes Leben aufzubauen.

Die Beziehungen zu der Familie sind in dieser Gruppe, wie bei den meisten Drogenkonsumenten gestört. Auch ist die Suizidgefahr bei diesen Menschen als sehr hoch bewertet worden. Die Hälfte der Menschen aus der Gruppe der Tablettenabhängigen, die Rivotril nahmen, gaben an, dies jeden Tag zu tun (vgl. ebd., S. 99).

8.6 THERAPIEEINRICHTUNGEN IN DER TÜRKEI

8.6.1 AMATEM

Amatem (Alkohol- und Drogenabhängigkeitsforschungs- und Therapiezentrum) ist eine Abteilung in dem Forschungs Krankenhaus für seelische Gesundheit und psychiatrische Bildung in Istanbul. In dieser Abteilung werden alkohol- und drogenabhängige Erwachsene therapiert, und zusätzlich finden dort wichtige Forschungen zur Suchtproblematik und –therapie statt. Amatem wurde 1983 gegründet und ist die größte staatlich anerkannte Therapieeinrichtung der Türkei. 40 Betten stehen zur Verfügung. Im Jahr 2000 gab es wegen Alkohol- und Drogenabhängigkeit 12368 Anträge. In der folgenden Tabelle werden Informationen über die Antragsteller und stationär behandelten Klienten zwischen 1996-2003 gegeben.

Jahr	Antragsteller			Stationäre Klienten			Erstantragsteller		
	Mann	Frau	Insg.	Mann	Frau	Insg.	Mann	Frau	Insg.
1996	2687	230	2917	618	47	665	785	66	851
1997	2491	255	2746	610	26	636	728	57	785
1998	2781	288	3069	641	50	691	984	105	1089
1999	2860	325	3204	-	-	553	-	-	931
2000	3070	877	3947	486	37	523	730	85	815
2001	3954	457	4411	593	51	644	939	114	1053
2002	4104	1461	5565	491	50	541	1125	136	1261
2003	5492	637	6129	567	44	611	1365	202	1567

Tabelle 1. Die Anzahl der behandelten Klienten

Erste wichtigste Voraussetzung der Einrichtung für die Aufnahme ist die freiwillige Entscheidung der Abhängigen zur Therapie. Je nach Situation des Klienten wird entschieden, ob für den Klienten eine ambulante oder stationäre Therapie notwendig ist. Falls nicht genügend Plätze vorhanden sind, werden in Notfällen Plätze vorgemerkt. Außerdem werden viele Klienten nur stationär behandelt. Über die stationäre Entgiftung hinaus gibt es für motivierte Klienten eine Möglichkeit zur 14-28-tägigen Psychotherapie. Nachdem die Patienten das Krankenhaus verlassen haben, werden Einzel- und Gruppentherapie fortgesetzt. Bei der stationären Therapie wird entgiftet und andere zusätzliche Therapien werden durchgeführt.

Gleichzeitig organisiert Amatem auch Vorbeugungs- und Aufklärungsprogramme. Die Klinik veröffentlicht zur Aufklärung und Vorbeugung von Alkohol-, Nikotin- und anderen Drogenabhängigkeiten Broschüren. Es gibt das Amatem- Informationszentrum, das jederzeit telefonisch erreichbar ist. Dort können Informationen zu Drogenabhängigkeit und Therapiemöglichkeiten abgerufen werden. Im Jahr 2000 wurden 6905 telefonische Gespräche geführt.

In dem gleichen Krankenhaus wurde 1995 eine Klinik (Umetam) speziell für minderjährige Abhängige gegründet, die hauptsächlich Schnüffelstoffe konsumieren, da in den letzten Jahren die Zahl der Schnüffelstoffkonsumenten gestiegen ist. Die folgende Tabelle gibt einen knappen Überblick über die konsumierten Drogen:

Jahr	Opioid	Schnüffel- Stoff	Sedativ	Haschisch	Kokain	Mehrere Drogen
1998	527	527	106	52	9	1756
1999	811	643	164	120	7	1331
2000	1090	664	175	172	9	1195

Tabelle 2. Überblick über die konsumierten Drogen

8.6.2 ANATOLIA KLINIKLERI (BALIKLI RUM HASTENESI)

Die Anatolia Kliniken wurden 1994 mit der Unterstützung der Balikli Rum Hastanesi-Stiftung gegründet. Die Anatolia Kliniken bestehen aus drei Hauptkliniken, in denen sich folgende Abteilungen befinden: Psychiatrische Klinik, Alkoholtherapie Klinik, Suchtklinik, chronisch psychiatrische Klinik, Poliklinik und Ambulantenbehandlungsprogramm. Die Anatolia Kliniken und Polikliniken bieten vielen Menschen aus dem In- und Ausland Information und Therapieangebote. Sie verfolgen mit ihrem professionellen Team die neuesten Therapiemöglichkeiten aus aller Welt. Die Kliniken stehen 24 Stunden unter der Betreuung des Fachpersonals. Die Suchtklinik hat eine Kapazität von 23 Betten und besitzt einen großen Versammlungssaal, Einzelzimmer mit WC, Bad und Fernseher. Ein Angehöriger darf zur Begleitung des Klienten im selben Zimmer bleiben. In der Suchtabhängigkeitsklinik werden drogenabhängige Klienten, die Haschisch, Heroin, Kokain, LSD und Ecstasy usw. konsumieren, behandelt. In der Klinik wird ein 15-tägiges stationäres Therapieprogramm durchgeführt. Dieses Programm beinhaltet neben der medizinischen Behandlung Gruppentherapie, Aufklärungsveranstaltungen, Beschäftigungstherapie, soziale Gruppenarbeit und Familientreffen. Nach der stationären Therapie werden die Klienten und ihre Angehörigen weiter betreut (vgl. nach Informationsmaterial über Anadolu Klinikleri Balikli Rum Hastanesi aus Istanbul 15.05.04).

8.6.3 ANALYSE DER KRANKENHAUSSTATISTIKEN

Türkcan (1998) stellt fest, dass die Krankenhausstatistiken über Drogensüchtige ausschließlich von Kranken stammen, die im Amatem behandelt werden. Die Statistiken aus den Polikliniken und den privaten Institutionen sind nicht ausreichend dokumentiert.

In der Türkei finden sich sehr wenige Untersuchungen bezüglich der soziodemographischen Besonderheiten der Suchtkranken. Die wenigen Untersuchungen, die existieren, beziehen sich wiederum auf Daten der Amatem, einer psychiatrischen Anstalt in Istanbul. Die Amatem ist immer noch das größte Suchtzentrum in der Türkei. Zwischen 1983 und 1996 war es die einzige Anstalt in der Türkei, die Suchtkranke therapierte. Ab dem Jahre 1996 wurden in einigen anderen Provinzen weitere Niederlassungen der Amatem gegründet. Zeitgleich wurden darüber hinaus auch private Therapieeinrichtungen ins Leben gerufen. Diese Stellen haben jedoch noch keine spezifische Daten zur Drogenproblematik publik werden lassen (vgl. S. 56).

Statistiken der stationären Suchtpatienten

Die ersten großen Untersuchungsergebnisse über Suchtkranke stammen aus Datenmaterial der Psychiatrischen Klinik in Bakirköy, das im Zeitraum von 1962 und 1971 gesammelt wurde. Unter den behandelten 2878 erwachsenen Patienten waren 26% süchtig nach Opium, 24 % nach Haschisch. 45 % gaben an, dass sie von mehreren Rauschmitteln abhängig waren. Auffällig an diesen Daten ist die hohe Anzahl der Süchtigen nach mehreren Drogen (vgl. ebd., S. 57).

Eine weitere umfangreiche Untersuchung befasst sich mit 1828 Patienten der Amatem aus den Jahren 1983 bis 1996:

Jahre	Institution	n	Alter	Einstiegsalter	Ausländer
1983-88	Amatem *st.Klient	1828	-	35 % Alter 15-20	25
1987	Amatem *st.Klient	220	24 % unter 25 Jahre alt	74 % unter 25 Jahre alt	12
1988	Amatem *st.Klient	520	23 % zwi. 15-25	26 % unter 15 40 % zwi. 15-25	3.5 ausländischer Abstammung
1990	Amatem *st.Klient	650	28	19 bei Frauen 22 bei Männer	-
1991-95	Amatem *st.Klient	2180	32	im Alter 16-18 an der ersten Stelle	0,6 ausländischer Abstammung
1991-95	Amatem *st.Klient	1679	-	18,5	2 ausländischer Abstammung
1994-96	Balikli Rum Kran. *st.Klient	949	27 % im Alter 20-24 38 % im Alter 25-34	-	-
1995	Amatem Poliklinik	977	25	23 bei Frauen 22 bei Männer	3,8

*st. bedeutet: stationär

Tabelle 3. Statistiken der stationären Suchtpatienten

Von diesen Patienten waren 1710 Männer und 118 Frauen. 35 % der Patienten begannen mit ihrer Sucht in einem Alter zwischen 15 und 20 Jahren. 5% hatten keinen Schulabschluss, 45 % hatten den Abschluss der Grundschule und 22 % den der Mittelschule. 18 % hatten Abitur und 9 % hatten eine akademische Ausbildung. Ein Viertel dieser Patienten waren entweder Personen, die im Ausland gearbeitet hatten oder Kinder dieser Personen. 47 % konsumierten Heroin, 14 % Haschisch, 18 %

Psychopharmaka. 19 % waren Mehrfachabhängige und 15 % waren abhängig von Schnüffelstoffen (vgl. ebd., S. 57).

Von den 220 Patienten, die in den ersten 6 Monaten des Jahres 1987 in der Ametam behandelt wurden, waren 201 Männer und 19 Frauen. Bei der Altersverteilung waren 24 % unter 25 Jahren. 74 % der Patienten hatten mit ihrem Drogenkonsum vor ihrem 25. Lebensjahr angefangen. 4 % konnten zwar lesen und schreiben, hatten aber keinen Schulabschluss. 54 % hatten den Grundschulabschluss, 19% den Mittelschulabschluss. 15 % hatten Abitur und 8 % eine akademische Ausbildung. 64 % waren verheiratet, 41 % ledig und 13 % verwitwet.

1,2 % der Patienten lebten im Ausland. 64 % der Patienten waren selbständig, 9 % waren Angestellte, 7 % Arbeiter und 2 % Schüler. 13 % waren arbeitslos. 62 % gaben an, dass sie neben Heroin andere Mittel konsumieren (vgl. ebd., S. 57).

Im Jahre 1988 wurden 517 männliche und 3 weibliche Suchtkranke behandelt, deren soziodemographischen Daten analysiert wurden. Erstmals wurden auch Patienten unter 15 Jahren behandelt, die 2 % der Patienten ausmachten. Der Anteil der 15 bis 23 Jährigen lag zwischen 1983-1987 bei 18 %. Diese Zahl erhöhte sich im Jahr 1988 auf 23 %. Von diesen Patienten begannen 26 % ihren Drogenkonsum vor ihrem 15. Lebensjahr und 40 % zwischen dem 15. und dem 20. Lebensjahr.

7 % der 15 bis 23jährigen Patienten hatten keinen Schulabschluss, 41 % hatten einen Grundschulabschluss, 26 % einen Abschluss der Mittelschule. 18 % hatten Abitur und 8 % hatten eine akademische Bildung. Bei der Betrachtung des Familienstandes waren 25 % ledig, 51 % verheiratet und 20 % geschieden bzw. verwitwet. 38 % der Patienten waren arbeitslos, 10 % Arbeiter, 38 % Selbständige, 3 % Angestellte 2 % Rentner, 4 % Soldaten, 1,5 % Schüler und 3,5 % ausländische Touristen. 61 % konsumierten Heroin 2,5 % Haschisch, 10 % Tabletten und 3 % Schnüffelstoffe. 23 % waren Mehrfachkonsumenten (vgl. ebd., S. 57).

Von den Patienten, die 1990 in der Amatem behandelt wurden, waren 618 Männer und 32 Frauen. Die Frauen waren zwischen 17 und 31 Jahre alt. Sie begannen zwischen dem 16. und dem 23. Lebensjahr, Drogen zu konsumieren. Ihr Durchschnittsalter beim Erstkonsum lag bei 19 Jahren. Die Männer waren zwischen 11 und 48 Jahren alt. Ihr Durchschnittsalter lag bei 27 Jahren. Ihr Erstkonsum war zwischen dem 11 und dem 34. Lebensjahr. Im Durchschnitt waren sie beim ersten Drogenkonsum 22 Jahre alt. Insgesamt waren die Patienten zwischen 11 und 48 Jahren und hatten ein

Durchschnittsalter von 28 Jahren. 5 % der Patienten hatten keinen Schulabschluss. 54 % hatten einen Grundschul- und 19 % einen Mittelschulabschluss. 15 % hatten Abitur. 7 % hatten eine akademische Ausbildung. Bei der Betrachtung des Familienstandes wurde festgestellt, dass 49 % verheiratet waren, 21 % ledig und 20 % verwitwet. 70 % der Patienten waren selbständig tätig, 9 % Beamte, 2 % Schüler, 7 % Arbeiter und 12 % arbeitslos. 67 % der Abhängigen waren abhängig von Heroin, 5 % von Medikamenten, 5 % von Schnüffelstoffen und 3 % von Haschisch. 20 % der Patienten gaben an, dass sie abhängig von mehreren Drogenarten seien (vgl. ebd., S. 58).

Die Daten der Amatem aus dem vierjährigem Zeitraum von März 1991 bis März 1995 zeigen, dass von den 2180 Drogenabhängigen 57 % abhängig von Heroin waren, 7,5 % von Haschisch, 7 % von Schnüffelstoffen, 1 % von Kokain und 23,5 % waren Mehrfachabhängige. 0,6 % der Patienten waren Ausländer. Das Durchschnittsalter lag insgesamt bei 32 Jahren, wobei es bei den Frauen bei 27 Jahren und bei den Männern bei 33 Jahren lag. Das Durchschnittsalter der Süchtigen nach Schnüffelstoffen lag bei 17 Jahren. 4 % der behandelten Patienten hatten keinen Schulabschluss. 58 % hatten einen Grundschulabschluss und 35 % einen Mittelschulabschluss bzw. Abitur. 3 % hatten eine akademische Ausbildung. Bei der Betrachtung des Familienstandes wurde festgestellt, dass 38 % verheiratet waren, 45 % ledig und 17 % geschieden (vgl., ebd.).

In der Anatolia Suchtklinik des Balikli Rum Krankenhauses wurden zwischen April 1994 und April 1996 949 Drogenabhängige, davon 837 Männer und 112 Frauen, behandelt. Von diesen Abhängigen konsumierten 836 Heroin, 67 mehrere Drogen gleichzeitig, 14 Haschisch, 10 Kokain und der Rest andere Drogen (vgl., ebd.).

1995 besuchten 949 Drogenabhängige die Poliklinik der Amatem. Bei der Analyse der Therapieanträge wurde festgestellt, dass 43 % der Antragsteller heroinsüchtig waren, 25 % süchtig nach Schnüffelstoffen, 21 % nach Haschisch, 10 % nach Psychopharmaka und 0,4 % nach Kokain (vgl. Türkcan 1998, S. 59).

Zwischen August 1996 und Mai 1997 wurden in der Umatem 56 männliche Suchtpatienten stationär behandelt, die zwischen 13 und 18 Jahre alt waren. Das Durchschnittsalter lag bei 15,5 Jahren. 18 % der rein männlichen Patienten hatten die Grundschule frühzeitig verlassen, 64 % hatten einen Grundschulabschluss und 11 % einen Abschluss der Mittelschule. 3 Personen waren Schüler, und 37 Personen hatten

eine Arbeitsstelle. Alle Patienten konsumierten eine oder mehrere Sorten von Schnüffelstoffen. Der Erstkonsum fand zwischen dem 7. und dem 15. Lebensjahr statt.

(vgl., ebd.).

Geschlechtsspezifische Beurteilung

Der Anteil der Frauen ist in den privaten Einrichtungen etwas höher als in staatlichen Einrichtungen. Bei allen betrachteten Datensätzen liegt der Männeranteil zwischen 87 % und 98 % der Konsumenten. Der Frauenanteil ist also in allen Einrichtungen vergleichbar gering. Es bestehen keine genauen Daten darüber, welche Drogen von den Frauen am meisten konsumiert werden. Die Daten aus den Polikliniken zeigen jedoch, dass die meisten Frauen aufgrund ihrer Heroinsucht behandelt werden. Im relativen Vergleich mit den Männern ergibt sich hingegen, dass der Frauenanteil bei Medikamentenabhängigen größer ist als bei Heroin- und Haschischabhängigen. Der relativ höchste Männeranteil besteht bei Schnüffelstoffsüchtigen (vgl., ebd.).

Die Statistik zeigt hier, dass in der Türkei weibliche Drogenabhängige existieren, in Deutschland durchgeführten Statistiken über türkische Drogenabhängige ist dies jedoch nicht sichtbar, ob in Deutschland türkische weibliche Drogenabhängige existieren.

Anträge aus dem Ausland

Der Anteil der Patienten türkischer Herkunft, die im Ausland leben, ist in privaten Einrichtungen größer als in den staatlichen Einrichtungen. Der Grund kann darin liegen, dass diese Personen finanziell besser gestellt sind. Der Anteil von Ausländern liegt zwischen 0,6 % und 3,5 %. Bei der Betrachtung nach der Art der Drogen ist der Anteil dieser Personen bei Heroinsüchtigen höher als bei den anderen Süchtigen (vgl., ebd.).

8.7 DROGENABHÄNGIGKEIT BEI DEN IN EUROPA LEBENDEN TÜRKEN

Nach Ögel, Tamar, Cakmak (1997) existieren keine Forschungen darüber, inwieweit der Drogenkonsum bei in Europa lebenden Türken verbreitet ist, er wird in der Türkei jedoch als ein wichtiges Problem bei Migranten angesehen. 10 % der 1996 gestellten Anfragen nach einem Therapieplatz in der Drogentherapieeinrichtung Amatem kamen von in Europa lebenden Türken (vgl. S. 7).

Die Therapieeinrichtungen in der Türkei sind jedoch noch immer quantitativ ungenügend. Es existieren in nur fünf Kliniken staatlich unterstützte Therapiezentren. Diese Zentren wurden neu gegründet und haben noch nicht ihre erwartete Wirkung erreicht. Die Auswahl an Behandlungsangeboten ist sehr begrenzt, und das Ziel aller Behandlungen ist es, unbedingt mit dem Konsum von Drogen aufzuhören. Selbsthilfegruppen sind außer in Istanbul in anderen Städten noch nicht verbreitet, und ein Methadonprogramm steht noch nicht zur Verfügung (vgl. Ögel 2001, S. 217 f.).

Ein Großteil jugendlicher Drogenkonsumenten ist zwar in Europa dem Drogenkonsum verfallen, unterzieht sich jedoch einer Therapie in der Türkei. Sie transportieren dieses Problem damit also auch dorthin. Weil sie sich jedoch nur kurz, d.h. während der Urlaubszeit zu Kurzzeittherapien in der Türkei aufhalten, sind sie nicht imstande, Profit aus einer möglichen Langzeit-Therapie zu ziehen und kehren danach wieder in das Aufenthaltsland zurück, in dem sie abhängig geworden sind. Demgegenüber wäre es äußerst wichtig, in der Umgebung therapiert zu werden, in der sie auch permanent leben. Aus diesem Grund ist es schwierig zu beurteilen, ob die in der Türkei angewandten Therapien für diesen Personenkreis sinnvoll und wirksam sind (vgl. Verimli 1996, S. 72).

Die vorliegenden Forschungsergebnisse zeigen, dass viele Drogenabhängige aus der Türkei im Ausland Erfahrungen mit Drogen gemacht haben. In Europa lebende abhängige Migranten suchen häufig statt in dem Land, in dem sie leben, Therapieeinrichtungen in der Türkei auf. Die wichtigsten Gründe dafür sind, dass sie aufgrund von Sprach- und Kulturunterschieden nicht glauben, von solchen Einrichtungen in Europa profitieren zu können. Weitere wichtige Gründe dafür sind, dass sie ihren Aufenthaltsstatus und Arbeitsplatz nicht gefährden wollen. Außerdem leben die sich im Ausland befindenden Türken unter sich und sind verschlossen. Um ihr Drogenproblem zu verheimlichen, bevorzugen sie Einrichtungen in der Türkei. In die Türkei abgeschobene Drogenabhängige konsumieren in der Türkei weiter und verbreiten den Drogengebrauch in der Türkei. In vielen Forschungen wurde festgestellt, dass in Europa lebende drogenabhängige Türken oft Aids haben und diese beiden Risikofaktoren in die Türkei tragen (vgl. Verimli 1996, S. 71 f.).

Nach Verimli (1996) taucht die Drogenabhängigkeit bei Migranten besonders in der zweiten Generation auf. In dieser Generation kommen Integrationsprobleme, kulturelle Unterschiede und Konflikte innerhalb der Familie zum Tragen und bilden Risikofaktoren

für den Drogenkonsum. Wegen Integrations- und kulturellen Problemen verbreitet sich unter im Ausland lebenden türkischen Mitbürgern der Drogenkonsum. Es ist dabei besonders zu beachten, dass sie diese Problematik in die Türkei transportieren. Aus diesem Grund wird dieses Thema in der Türkei immer wichtiger. Deshalb sollten in Europa lebenden Türken spezielle Vorbeugungs- und Behandlungsprogramme ermöglicht werden (vgl. S. 72).

II EMPIRISCHER TEIL

9 FRAGESTELLUNG

In zahlreichen gesellschaftlichen und medizinischen Diskussionen, auf Fachtagungen, in der Literatur und den Medien wird Drogenabhängigkeit thematisiert. Es existieren jedoch wenige spezifische wissenschaftliche Forschungen über drogenabhängige Migranten. Die vorhandenen Veröffentlichungen aus diesem Bereich bestehen überwiegend aus Einrichtungsberichten. Boos-Nünning (1998) weist in ihrer Analyse über Bedingungen für die Förderung oder Verhinderung von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen ausländischer Herkunft darauf hin, dass der Drogenkonsum bei Migranten bis vor wenigen Jahren weder in der Öffentlichkeit noch in Einrichtungen der Drogenhilfe ernsthaft diskutiert wurde. Bis heute liegen weder Zahlen über drogenabhängige Jugendliche ausländischer Herkunft noch über deren Drogenkonsum vor (vgl. S. 11).

Die Forschungen über Migranten sind zwar in anderen Bereichen (Recht, Bildung, Freizeitkultur) vielfältig, im Bereich der Drogenproblematik fehlen jedoch Forschungen, obwohl der Informationsbedarf in diesem Bereich allgemein sehr groß ist. Dies hat das Interesse und die Motivation der Autorin geweckt, in diesem Bereich Untersuchungen anzustellen. Ziel dieser Arbeit ist es, die Drogenproblematik und Lebenssituation bei jungen Abhängigen türkischer Herkunft in Deutschland im Vergleich zur Situation junger Abhängiger in der Türkei darzustellen.

Ihre Beobachtungen bei ihrer Arbeit mit jungen Migranten haben bei der Autorin zu der Annahme geführt, dass sie schon im jungen Alter beginnen, Drogen zu konsumieren. Sie möchte mit der Beantwortung der folgenden Fragen vor allem die Risikofaktoren des Drogenkonsums und die Situation von jungen Migranten beleuchten:

1. Inwieweit ist Migration ein Risikofaktor, der zum Drogenkonsum führt?
2. Sind durch Binnenmigration verursachte Kultur- und Generationskonflikte bei türkischen Jugendlichen vergleichbar mit Konflikten, die durch die Migration nach Deutschland verursacht werden?
3. Bestehen neben den Generations- und Kulturkonflikten noch weitere sich ähnelnde Lebensbedingungen bei drogenabhängigen Jugendlichen in Deutschland und in der Türkei, wie z.B. schlechte Wohnverhältnisse und schulische Bedingungen, erschwerte Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie eine für sie mit Problemen behaftete

rechtliche Lage?

Annahmen:

Die Autorin geht von folgenden Annahmen aus:

1. Die durch Binnenmigration innerhalb der Türkei verursachten Kultur- und Generationskonflikte bei türkischen Jugendlichen sind vergleichbar mit Konflikten, die durch die Migration nach Deutschland verursacht werden.
2. Neben den Generations- und Kulturkonflikten bestehen bei den drogenabhängigen Jugendlichen in Deutschland und in der Türkei ähnlich schlechte Lebensbedingungen: schlechte Wohnverhältnisse und schulische Bedingungen, erschwerte Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie eine für sie mit Problemen behaftete rechtliche Lage.

Zur Klärung der oben gestellten Fragen ist es notwendig, die Risikofaktoren der Drogenabhängigkeit von türkischen Jugendlichen und ihre Lebenssituation in Deutschland mit der Türkei zu vergleichen. In der Darstellung der aktuellen Literatur zum Thema wurden bereits mögliche Probleme, mit denen drogenabhängige Jugendliche konfrontiert sind, genannt. Um diese Fragen näher zu untersuchen, wurden in Deutschland und in der Türkei Experten- und Probandeninterviews durchgeführt. Deren Untersuchung soll erforschen, ob und wie diese Probleme tatsächlich auftauchen, ob es weitere Probleme gibt und wie diese zu interpretieren sind. Am Ende der Arbeit werden die Ähnlichkeiten und Unterschiede der Interviewergebnisse diskutiert. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen schließlich dazu genutzt werden können, spezifische Maßnahmen gegen die Abhängigkeit von Migranten zu entwickeln und den entsprechenden Bedarf zu ermitteln.

In der vorliegenden Arbeit werden darüber hinaus die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie geraten die Jugendlichen in die Abhängigkeit?
2. Wie gehen sie mit diesem Problem um?
3. Wie reagieren die Eltern auf die Drogenabhängigkeit der Jugendlichen?
4. Gibt es entsprechende Einrichtungen und spezifische therapeutische Ansätze für sie und profitieren sie davon?
5. Mit welchen speziellen Problemen sind die jungen ausländischen Drogenabhängigen bei der Behandlung konfrontiert?

6. Wie empfinden sie ihre Situation als Patienten in den stationären Einrichtungen der Suchthilfe?

10 METHODIK

Für die empirische Forschung wurde eine qualitative Methode ausgewählt. Daher wird im Folgenden unter Bezug auf Mayring in der gebotenen Kürze auf die qualitative Methode der empirischen Sozialforschung eingegangen werden. Mayring (2002) stellt fest, dass seit einigen Jahren in den unterschiedlichsten Forschungsbereichen eine rein quantitative Vorgehensweise nicht mehr als ideal gilt. Die Kritik an den weit verbreiteten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstrumenten bezieht sich auf Skalen, Tests, Fragebögen und auf standardisierte Instrumente, weil sie Versuchspersonen nicht zu Wort kommen lassen, sondern sie darauf reduzieren, auf vorgegebene Kategorien (z.B. die Ankreuzmethode) zu reagieren. Die qualitative Forschungsmethode versucht demgegenüber, die soziale Realität mit unstrukturierten Beobachtungen und offenen Befragungen in natürlichen, alltäglichen Situationen zu erfassen. Für die qualitative Analyse ist die „Biographieforschung“ ein wichtiges interdisziplinäres Feld (vgl. S. 9 ff.).

In den unterschiedlichsten Bereichen wie z.B. Soziologie, Kriminologie, Geschichtswissenschaft, Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie, Psychiatrie, wird die qualitative Analyse angewendet. Die wichtigsten Grundsätze der qualitativen Sozialforschung sind die stärkere Subjektbezogenheit der Forschung und der Vorsatz, die Subjekte in ihrer natürlichen, alltäglichen Umgebung (und nicht im Labor) zu untersuchen (vgl., ebd.).

“Humanwissenschaftliche Gegenstände müssen immer möglichst in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden.“ (Mayring 2002, S. 22)

Lamnek (1995) führt sieben zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschungen an: Offenheit, Kommunikativität, Naturalistik, Prozesscharakter, Reflexivität, Explikation und Flexibilität (vgl. S. 21 f.). Mit Offenheit ist eine gering gehaltene Vorstrukturierung, die Offenheit gegenüber den Interviewpartnern und den methodischen Möglichkeiten gemeint. Kommunikativität bezieht sich auf die Kommunikation und Interaktion zwischen Forscher und Forschungssubjekt, welche ein konstitutiver Bestandteil des Forschungsprozesses ist und nicht, wie in der quantitativen Forschung, als Störfaktor betrachtet wird. Naturalistik bedeutet, dass der Forscher sich möglichst der Lebenswelt des Forschungssubjektes annähert (z.B. gewohnte Umgebung, Sprache usw.). Der

Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand bezieht sich auf die Akzeptanz der Prozesshaftigkeit des Forschungsprozesses und des Forschungsgegenstandes und ihrer Wechselwirkung. Somit erhält auch die soziale Wirklichkeit einen Prozesscharakter. Die Reflexivität von Gegenstand und Analyse meint die Berücksichtigung der Kontextgebundenheit von Aussagen der Interviewpartner einerseits, andererseits die reflektierende Einstellung des Forschers sich selbst und den eingesetzten Methoden gegenüber. Die Explikation bezieht sich auf das völlige Offenlegen des Forschungsgeschehens, so dass der Forschungsprozess nachvollzogen werden kann. Flexibilität schließlich bezieht sich auf die fortwährende Orientierung des Forschers an der sozialen Realität (vgl., ebd.). Diese Prinzipien hat die Autorin versucht in dieser Untersuchung zu berücksichtigen.

10.1 ERHEBUNGSVERFAHREN

Es gibt eine ganze Reihe qualitativer Interviewtechniken, z.B. problemzentriertes Interview, narratives Interview, Gruppendiskussion, teilnehmende Beobachtung. Für diese Untersuchung wurde das problemzentrierte Interview ausgewählt. Hierbei handelt es sich nach Mayring (2002) um einen Begriff, der alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung umfasst.

„Das Interview lässt den Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen. Es ist aber zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt, auf die er immer wieder zurückkommt. Die Problemstellung wurde vom Interviewer bereits vorher analysiert: er hat bestimmte Aspekte erarbeitet, die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt sind und im Gesprächsverlauf von ihm angesprochen werden.“ (S. 67)

Die vorliegende Untersuchung hat ein bestimmtes Problem zum Gegenstand, nämlich die Ursachen der Drogenabhängigkeit bei türkischen Jugendlichen und deren Situation in Deutschland und in der Türkei. Um subjektive Eindrücke der Betroffenen zu gewinnen, sollte eine offene Antwort auf die Fragen ermöglicht werden. Zur Erstellung eines Interviewleitfadens wurde die Literatur zum Thema untersucht und auf deren Grundlage die Fragen erarbeitet.

Atteslander (2003) schreibt zum halbstrukturierten bzw. halbstandardisierten Interview, dass hier kein absolut gültiger und ausschließlicher Fragebogen zugrunde liegt, sondern dass es sich eher um ein flexibel aufgebautes Frageschema handelt. Der Interviewer kann

neben den Leitfadenfragen auch Nachfragen stellen, um präzisere Antworten zu erhalten. Die Reihenfolge der Fragen ist flexibel und kann je nach Situation verändert werden, Fragen können auch umformuliert werden (vgl. S. 143 ff). Es kommen offene und geschlossene Fragen zum Einsatz. Eine offene Frage gibt keine Antwortkategorien vor und überlässt die Formulierung der Antwort dem Befragten. Eine geschlossene Frage hingegen gibt dem Befragten mögliche Antworten vor, zum Beispiel bei Fragen nach Personen, Orten, Gruppen (vgl. ebd., S.161 ff.). Der Ablauf diese Interviewtyps wird von Mayring (2002) wie folgt beschrieben: Nach der Problemanalyse wird ein Leitfaden für die Befragung ausgearbeitet, der in Probeinterviews überprüft und gegebenenfalls verändert wird. Danach folgt die Durchführung der Interviews, die aufgezeichnet und anschließend ausgewertet werden (vgl. S. 69).

Nach der Erstellung des Interviewleitfadens hat die Autorin vereinzelte Probeinterviews durchgeführt, um herauszufinden, wie viel Zeit hierfür wohl benötigt werden würde und wie die Reaktion der Probanden auf die technischen Gerätschaften bei der Aussagendokumentation wohl sei. Einige Fragen wurden im Anschluss an die Probeinterviews umformuliert und ergänzt. Erfreulicherweise zeigten sich sämtliche Probanden mit der Durchführung der Befragungen einverstanden.

Die Befragungen der in Behandlung befindlichen Probanden wurden in eigens ausgesuchten Interviewräumlichkeiten der Einrichtung durchgeführt, der übrige Teil der Probanden meist im Park, Café, in der Baracke und zu Hause interviewt. Die Interviews fanden zumeist am Nachmittag oder am Abend statt.

Kontaktaufnahme zu Experten und Interviewten aus Deutschland

Wegen der Probanden- und Experteninterviews wurde zunächst mit Krankenhäusern (Kinder und Jugendpsychiatrie), Suchtberatungsstellen, Gefängnissen, Jugendzentren, Werkstätten, Heimen, einigen türkischen Vereinen, Notschlafstellen und Kontaktläden Kontakt aufgenommen. Zu den ausgewählten Probanden wie auch zu den Experten wurde telefonisch oder schriftlich Kontakt aufgenommen. Fast alle Experten zeigten an dem Thema Interesse und erklärten sich nach etwas Bedenkzeit zu den Interviews bereit. Acht Experteninterviews wurden durchgeführt, fünf von ihnen werden in dieser Arbeit vorgestellt. Drei Experteninterviews werden wegen Wiederholungen und mangelnder neuer Informationen nicht ausführlich vorgestellt.

Es war nicht schwierig, die ersten 20 Probanden zu erreichen, weil die Autorin sie durch ihre ehemalige Arbeit als Sozialarbeiterin aus der Schule kannte. Durch Vermittlung dieser Probanden kam sie in Kontakt mit weiteren abhängigen Jugendlichen. Zehn Probanden wurden durch Kontaktladen, Notschlafstellen und mit Hilfe eines Probanden gefunden. Diejenigen Probanden zu erreichen, die sich in Therapie befanden, war demgegenüber recht schwierig. Einige von ihnen verschoben mehrmals die vereinbarten Termine. Abgesehen davon haben sie jedoch versucht, viel über sich zu erzählen und behilflich zu sein. Das Thema hatte sie auch interessiert. Die Autorin hatte großes Interesse daran, auch im Gefängnis einsitzende drogenabhängige Gefangene zu interviewen. Dieses Vorhaben konnte jedoch nicht umgesetzt werden, da die erforderliche besondere Genehmigung des Präsidenten des Landesjustizvollzugsamtes Nordrhein-Westfalen mit der Begründung abgelehnt wurde, die Befragungen belasteten den Dienstbetrieb.

Kontaktaufnahme zu Experten und Interviewten in der Türkei

Der Zugang und die Kontaktaufnahme zu den Experten und zu den abhängigen Jugendlichen aus der Türkei erwiesen sich als weniger schwierig als erwartet. In Istanbul fanden alle Kontaktaufnahmen ohne große Schwierigkeiten statt. 50 Jugendliche und sechs Fachleute wurden interviewt. Vier dieser Experten- Interviews werden in dieser Arbeit vorgestellt, die beiden anderen waren weniger informationsreich und enthielten zahlreiche Wiederholungen. Die Interviews mit den 50 Jugendlichen werden in der Arbeit nicht einzeln, sondern in einer zusammenfassenden Auswertung dargestellt und an geeigneten Stellen zitiert.

Um das Vorhaben zu besprechen, fand eine erste Kontaktaufnahme mit dem staatlichen Krankenhaus „Bakirköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi“, dem größten Klinikhospital in der Türkei, statt. Experten-Interviews wurden zugesagt, Klienten-Interviews wurden jedoch aus Sicherheitsgründen vom Leiter der Klinikabteilung „Amatem“ abgelehnt. Diese Abteilung ist zuständig für erwachsene Alkohol- und Drogenabhängige im Alter von 18 - 60 Jahren.

Eine zweite Kontaktaufnahme fand in demselben Krankenhaus mit den Abteilungen „Cametam“ und „Umetam“ statt, die für Kinder und Jugendliche im Alter von 10 – 18 Jahren zuständig ist.

Der Leiter der Abteilung hatte ohne Probleme nicht nur für die Experten-Interviews, sondern auch für Interviews mit den Jugendlichen zugesagt. Die zuständigen Krankenschwestern wurden über seine Erlaubnis informiert, den Jugendlichen wurde Bescheid gegeben und ein separater, ruhiger und ansprechend eingerichteter Raum zur Verfügung gestellt. Die 35 Jugendlichen konnten ohne Probleme interviewt werden. Die Interviews fanden in der Woche und an Wochenenden statt, weil einige Jugendliche am Wochenende mehr Zeit hatten.

Die Probanden waren erkennbar am Thema interessiert und bemühten sich, ausreichend Informationen zu geben. Die Interviews dauerten zwischen 45 - 60 Minuten. Die Gespräche wurden auf Kassette aufgenommen, die wichtigsten Inhalte wurden zusätzlich notiert. Durch Vermittlung eines der zuvor interviewten Jugendlichen wurde mit 15 weiteren Jugendlichen Kontakt aufgenommen, die auf der Straße lebten und dort Drogen konsumierten. Sonst wäre es sehr schwierig gewesen, die auf der Straße lebenden Jugendlichen zu interviewen. Der vermittelnde Klient, der zum Zeitpunkt der Interviews stationär behandelt wurde, hatte ungefähr sechs Jahre lang auf der Straße gelebt und kannte dadurch fast alle Drogenabhängigen in dem Stadtteil, er war für sie wie ein großer Bruder und übernahm die Beschützerrolle.

Diese Jugendlichen verfügten über keine eigene Wohnung, acht von ihnen lebten in einer Baracke unter einer Brücke in der Nähe des Meeres, die anderen sieben lebten zum Zeitpunkt des Interviews auf einer Baustelle nahe der Stadtmitte. In der fensterlosen Baracke lebten acht Personen zusammen auf engstem Raum. In dem Raum gab es lediglich ein paar Holzhocker und Decken. Der Boden war mit Kartons verlegt. In dieser Baracke versteckten sich die Jugendlichen, schliefen und konsumierten Drogen. Wenn sie sich gut fühlten, gingen sie am Meeresufer spazieren, und bei Gelegenheit versuchten sie, etwas zu stehlen. Einige von Ihnen gingen unqualifizierten Tätigkeiten nach, z.B. Schuhputzen, oder Hilfsarbeiten auf dem Markt. Manchmal dealten sie auch auf bestimmten Straßen. Sie sahen sehr ungepflegt, dünn, müde und krank aus. Je nach Kontrollaktivitäten und Risikosituationen mussten sie ihre Wohnorte tagsüber verlassen oder wechseln. Die Jugendlichen wurden dennoch an demselben Ort interviewt, wo sie auch lebten. Die vereinbarten Termine wurden von ihnen pünktlich wahrgenommen. Nur ein Termin hatte nicht stattgefunden, weil die vier Probanden am Tag zuvor Schnüffelstoffe konsumiert hatten und deswegen nicht in der Lage waren, einem Gespräch zu folgen. Aufgrund dessen wurde mit ihnen ein neuer Termin vereinbart.

Die dritte Kontaktaufnahme fand mit privaten Krankenhäusern in Istanbul statt, den Kliniken „Balikli Rum Hastanesi“ und „Fransiz Lape“. Die Autorin bekam vom „Balikli Rum Hastanesi“ nur für ein Experten-Interview die Zusage. Prinzipiell war es hier nicht erlaubt mit den abhängigen Klienten Interviews durchzuführen. Das zweite private Krankenhaus „Fransiz Lape“ gab aus Prinzip überhaupt keine Informationen nach außen.

Der vierte Kontakt fand mit dem Abteilungsarzt der Klinikabteilungen „Umetam“ und „Cametam“ des staatlichen Klinikospitals „Bakirköy Ruh ve Sinirhastalıkları Hastanesi“ statt, über den durch dessen ehrenamtliche Tätigkeit in einem Drogenhilfverein ein Experten-Interview mit einer dort beschäftigten Psychologin vermittelt werden konnte.

Der fünfte Kontakt ergab sich mit dem leitenden Chefarzt der psychiatrischen Abteilung desselben Krankenhauses, der ebenfalls für ein ausführliches Experten-Interview zur Verfügung stand.

Zur Recherche aktueller türkischer Literatur wurden die fünf größten Bibliotheken in Istanbul besucht.

10.2 LEITFADEN FÜR DIE PROBANDENINTERVIEWS

Für beide Probandengruppen, die in der Türkei und die in Deutschland, wurde in den Grundzügen ein gemeinsamer Interviewleitfaden angewendet. Es gab jedoch auch jeweils einige spezielle Fragen, die nur für Probanden in der Türkei oder in Deutschland geeignet waren. Beispielsweise wurden nur Probanden, die in Deutschland lebten, danach gefragt, ob sie lieber zu einem muttersprachlichen oder zu einem deutschen Therapeuten gehen würden, oder ob sie sich Sorgen um ihren Aufenthaltsstatus machten. Der detaillierte Leitfaden ist im Anhang der Arbeit dokumentiert, an dieser Stelle werden kurz die zentralen Kategorien des Interviewleitfadens vorgestellt:

1. Die Migrations- bzw. Binnenmigrationsgeschichte der Probanden und ihrer Familien
(Fragen zum Lebenslauf)
2. Kindheit
3. Kindergarten
4. Schule
5. Eltern-Kind-Beziehung und Konflikte
6. Soziale Umfeld und Wohnsituation

7. Religion
8. Risikofaktoren des Drogenkonsums
9. Umgang mit den Drogenproblemen
10. Nutzung der Therapieangebote
11. Zukunftsvorstellungen

10.3 LEITFADEN FÜR EXPERTENINTERVIEWS

Auch für die Experteninterviews in Deutschland und in der Türkei wurde ein gemeinsamer Interviewleitfaden verwendet; je nach Land gab es jedoch einige spezielle Fragen, z.B. nach Aufenthaltsstatus oder muttersprachlicher Therapie (Deutschland). Die Einzelfragen sind vollständig im Anhang dieser Arbeit dokumentiert, hier sollen nur kurz die drei Kategorien des Leitfadens dargestellt werden:

1. Fragen zum Personal (Anzahl, Berufsprofile, Nationalität)
2. Fragen zu den Patienten (Einzugsgebiet, Anzahl, Nationalitäten, Altersgruppen, Geschlecht)
3. Fragen zum Thema "Migranten in der Therapie" (Kontaktaufnahme, Schwierigkeiten mit Klienten, Angehörigen und Risikofaktoren des Drogenkonsums)

10.4 AUSWAHL DER IN DEUTSCHLAND LEBENDEN TÜRKISCHEN PROBANDEN

Insgesamt wurden mit 50 Jugendlichen Interviews durchgeführt. Das Alter der Probanden lag dabei zwischen 14 und 21 Jahren.

Alter	Probanden
14 Jahre	7
15 Jahre	8
16 Jahre	12
17 Jahre	9
18 Jahre	5
19 Jahre	5
20 Jahre	2
21 Jahre	2

Abbildung 1. Alter der Probanden

Sämtliche Probanden waren männlich, 13 davon in der Türkei und 37 in Deutschland geboren.

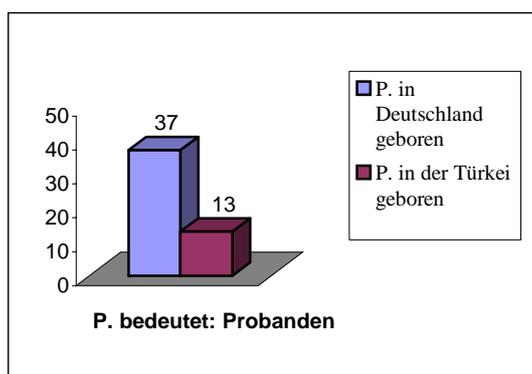


Abbildung 2. Geburtsort der Probanden

Die Interviews fanden in verschiedenen Städten Deutschlands statt. Sie wurden in deutscher Sprache geführt, auf Kassette aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Im Anschluss an die Interviews wurden die Probanden in drei Gruppen aufgeteilt.

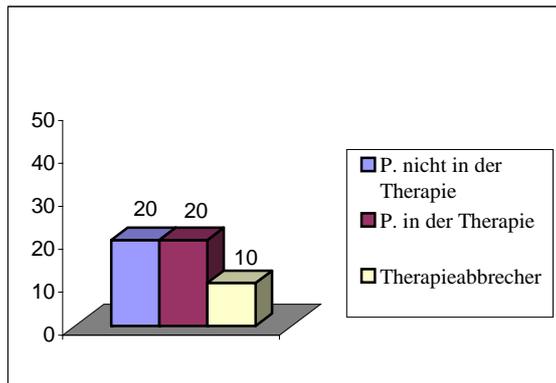


Abbildung 3. Aufteilung der Probanden

Die erste Gruppe bestand aus 20 schulpflichtigen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren, die noch bei ihren Eltern lebten. Ihr Drogenkonsum war noch nicht publik geworden, die Bereitschaft, eine Therapie anzutreten, noch nicht vorhanden. Die zweite Gruppe setzte sich ebenfalls aus 20 Jugendlichen zusammen, die meisten von ihnen waren Schulabbrecher, die wenigsten davon mit Schulabschluss. Nach der Therapie wollten sie meistens zu ihrer Familie zurückgehen. Die dritte Gruppe bestand aus 10 Jugendlichen, die nicht mehr bei den Eltern, sondern in Wechselunterkünften lebten und ausnahmslos Schul,- und Therapieabbrecher waren.

Die 20 Jugendlichen der ersten Gruppe konsumierten bereits über einen Zeitraum von 1 bis 2 Jahre gelegentlich Marihuana und Haschisch. Die Eltern hatten mehrheitlich keine genaue Kenntnis vom Drogenkonsum ihrer Kinder, manche von ihnen hegten jedoch den Verdacht, dass die Entwicklung in diese Richtung laufen könne, allerdings ohne über eindeutige Beweise zu verfügen. Andere Eltern wiederum hatten davon durch Benachrichtigungen aus der Schule oder im Zusammenhang mit Gelddiebstählen erfahren.

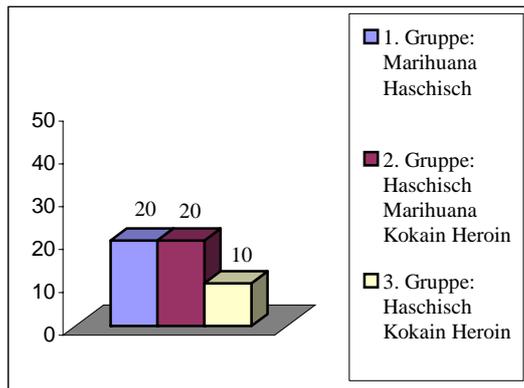


Abbildung 4. Drogenkonsum der Probanden

Die zweite Gruppe bestand ebenfalls aus 20 Personen, die über einen Zeitraum von ein bis drei Jahren Haschisch und gelegentlich Marihuana, Kokain und Heroin konsumiert hatten.

Sie befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in Therapie. Diese Probanden hatten sich für die Therapie teils aus eigenem Willen oder mit Unterstützung der Eltern, teils durch die Vermittlung der JVA und des Ausländeramtes entschieden. Zu Beginn der Therapie waren sie eher wenig motiviert gewesen, im Verlauf der Therapie gewann diese an Bedeutung, und die Identifikation mit dem Therapieziel, künftig drogenfrei leben zu können, nahm zu. Trotz verschiedener Schwierigkeiten waren sie entschlossen, die Therapie erfolgreich zu beenden. Alle Probanden, die zu dieser Gruppe gehörten, waren männlich, teilweise Schulabbrecher, meistens aus der 7. Klasse, und nur einige hatten den Hauptschulabschluss.

Die Angehörigen unterstützten sie bei der Behandlung. Nur fünf Probanden suchten türkische Therapeuten auf, der Rest nahm die Therapie bei deutschen Therapeuten wahr. Sie hatten jedoch nach eigenen Angaben während der Therapiesitzungen mit den deutschen Therapeuten keinerlei Sprach- oder anderweitige Verständigungsprobleme gehabt.

Die dritte Gruppe umfasste zehn Personen, die zwischen anderthalb und drei Jahre lang Haschisch, Kokain und gelegentlich auch Heroin konsumiert hatten.

Diese Personen waren wegen Beschaffungskriminalität zu Haftstrafen verurteilt worden und hatten einen Zeitraum von sechs Monaten bis zu zwei Jahren im Gefängnis verbracht. Die Therapie war ihnen durch die JVA vermittelt worden, sie wurde jedoch nach drei Monaten abgebrochen. Der Grund dafür war, dass sie rückfällig geworden und

mit der Einrichtung nicht zurechtgekommen waren. Drei von ihnen waren anerkannte Flüchtlinge. Alle Probanden dieser Gruppe waren männlich und hatten mit Ablauf der sechsten bzw. siebten Klasse die Schule abgebrochen.

10.5 AUSWAHL DER IN DER TÜRKEI LEBENDEN PROBANDEN

Insgesamt wurden mit 50 Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren Interviews durchgeführt. Obwohl ursprünglich Jugendliche bis zu einem Alter von 21 Jahren untersucht werden sollten, kamen Interviews mit älteren Jugendlichen wegen der Verweigerung der Genehmigung seitens der türkischen Kliniken nicht zustande.

Alter	Probanden
14 Jahre	13
15 Jahre	14
16 Jahre	11
17 Jahre	12

Abbildung 5. Alter der Probanden

Alle Personen waren männlich, 27 in Istanbul, 33 in anderen Regionen der Türkei geboren.

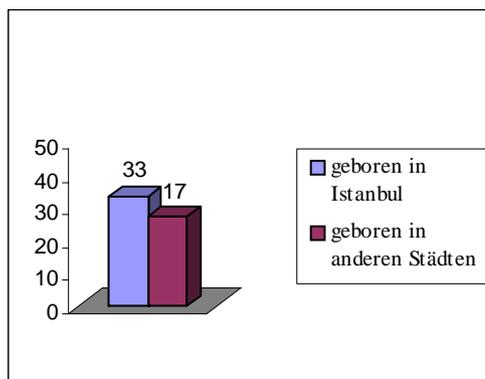


Abbildung 6. Geburtsort der Probanden

Die Interviews fanden in Istanbul in einem Krankenhaus und teilweise in einer Wohnbaracke statt. Die Interviews wurden in türkischer Sprache geführt und später ins Deutsche übersetzt und transkribiert.

Hinsichtlich des Zugangs zur Therapie lassen sich drei Probandengruppen unterscheiden:

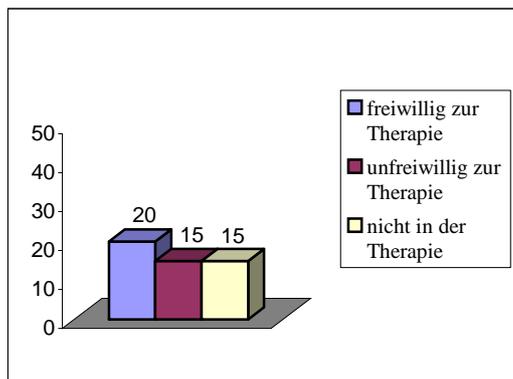


Abbildung 7. Aufteilung der Probanden

Die Jugendlichen der ersten und zweiten Gruppe konsumierten Schnüffelstoff, Haschisch, Tabletten und die dritte Gruppe nur Schnüffelstoff.

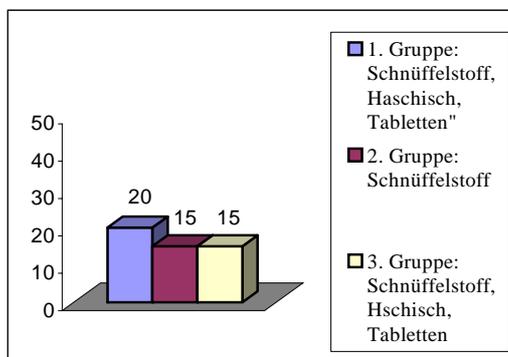


Abbildung 8. Konsumierte Drogen

Die erste Gruppe der befragten 20 Personen, die freiwillig an einer Therapie teilnahmen, hatte über einen Zeitraum von einem halben Jahr bis zu über fünf Jahren Schnüffelstoffe, Haschisch sowie Tabletten konsumiert. Die Jugendlichen, die aus dieser Gruppe stammten, waren mit Unterstützung der Eltern zur Behandlung gekommen. 17 dieser Jugendlichen stammten aus Istanbul und lediglich drei aus anderen Städten. Sie blieben zunächst zwei Wochen im Krankenhaus und je nach Bedarf des Klienten wurde der Aufenthalt verlängert. Während der Therapie sind drei Jugendliche in einem Zimmer untergebracht. Zehn Jugendliche wurden zum Zeitpunkt der Interviews stationär, zehn ambulant behandelt.

Die Eltern der Klienten wurden in die Therapie einbezogen, um die Jugendlichen zu unterstützen und ihr eigenes Verhalten der Situation des Klienten angemessen gestalten zu lernen. In den meisten Fällen nahmen die Mütter der Abhängigen an der Therapie teil. Die Klienten durften jederzeit von den Angehörigen besucht werden, und nach zwei Wochen durfte der Klient über das Wochenende nach Hause gehen. Die Mehrzahl der Jugendlichen besuchten die Schule. Sechs von ihnen waren in der 7. Klasse, zehn in der 8. Klasse und zwei in der 9. Klasse. Nebenbei übten sie fast alle eine angelernte Nebentätigkeit aus, z.B. als Friseur, Handwerker, Verkäufer oder Automechaniker.

Die zweite Gruppe der nicht freiwillig an der Therapie teilnehmenden 15 Jugendlichen war auf der Straße von der Polizei aufgegriffen und zur Behandlung ins Krankenhaus gebracht worden. Die Heime nahmen Kontakt mit dem Krankenhaus auf, damit die Drogenkonsumenten zu ihnen gebracht wurden. Aus diesem Grund arbeiteten die Polizei, Heimleiter und das Krankenhaus zusammen. Diese Jugendlichen waren teils von zu Hause, teils aus Heimen weggelaufen und lebten auf der Straße. Die Jugendlichen dieser Gruppe waren nicht bereit, sich freiwillig behandeln zu lassen. Aus diesem Grund waren einige von Ihnen während der Behandlung aus der Klinik geflohen und erst von der Polizei wieder zurückgebracht worden. Die Jugendlichen der zweiten Gruppe machten einen ungepflegten und müden Eindruck, ihr Gesundheitszustand schien erkennbar schlechter zu sein als der der freiwilligen Therapieteilnehmer. In einigen Fällen lebten Jugendliche dieser Gruppe bereits länger als zwei Jahre wegen der Behandlung im Krankenhaus. Drei Personen waren Analphabeten, sieben hatten einen Grundschulabschluss, fünf waren in der 7. Klasse. Diese Probanden konsumierten nur Schnüffelstoff.

Die dritte Gruppe bestand aus 15 Personen, die seit über einem Jahr auf der Straße illegal lebten. Sie übernachteten unter Brücken, im Park, auf Baustellen und selbst aufgebauten Baracken ohne Fenster. Einige dieser Jugendlichen hatten noch Kontakt zu ihren Eltern, die sie gelegentlich besuchten.

Sieben dieser Jugendliche besuchten zum Interviewzeitpunkt noch die Schule, vier die 7., drei die 8. Klasse. Von den übrigen acht waren zwei Analphabeten, sechs hatten den Grundschulabschluss. Um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und den Stoff zu besorgen, prostituierten sie sich, begingen Diebstähle oder dealten. Um sich vor Polizeiübergriffen zu schützen, führten die Jugendlichen Benzin mit sich, um im Falle einer Festnahme drohen zu können: „Nicht nahe kommen, sonst zünden wir uns an.“ Die zehn

Jugendlichen mit Familie besuchten diese in der Regel meistens tagsüber, wenn die Väter nicht zu Hause waren. Häufig versuchten die Eltern herauszufinden, wo sie übernachteten; und hatten aus diesem Grund die Polizei um Hilfe gebeten. Fünf Personen hatten keine engere Verwandtschaft und waren in Heimen aufgewachsen. Diese Probanden wollten sich nicht behandeln lassen, weil sie sich nicht bereit fühlten, ohne Drogen weiter zu leben. Ihre Ablehnung einer Therapie wurde auch mit dem Fehlen jeglicher Perspektiven und Zukunftshoffnungen begründet. Einige Jugendliche dieser Gruppe übten neben den kriminellen Aktivitäten Gelegenheitsarbeiten als Markt- oder Straßenhändler bzw. Gepäckträger aus.

Die interviewten Personen hatten unterschiedliche Aussagen darüber gemacht, wie sie zum Drogenkonsum gekommen waren. Im einzelnen wurden als Motive für den Drogenkonsum genannt: Neugierde, das Bedürfnis nach Gruppenzugehörigkeit, der Versuch, aktuellen Problemen oder schlechten Lebensbedingungen zu entfliehen. Als konkrete Probleme führten die Jugendlichen Auseinandersetzungen mit ihrer Familie und Kontrolle durch die Eltern, die Scheidung der Eltern, aber auch schulische Probleme, schlechte Lebensbedingungen und mit der Binnenmigration verbundene Schwierigkeiten an.

Zehn dieser Jugendlichen teilten mit, dass sie ab der 7. Klasse Drogen konsumiert haben, diejenigen Jugendlichen, die keine Schule besucht hatten, konsumierten bereits seit dem 9. bis 13. Lebensjahr regelmäßig Drogen.

10.6 AUFBEREITUNGSVERFAHREN

Die Interviews dauerten zwischen 45 und 60 Minuten und wurden in Deutschland auf Deutsch, in der Türkei auf Türkisch durchgeführt und später ins Deutsche übersetzt. Sie wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. 100 Personen wurden interviewt. Wegen der großen Anzahl der Probanden und der Länge der Interviews wurden sie nicht vollständig in die Arbeit aufgenommen, sondern lediglich zusammenfassend ausgewertet. Die Namen der Probanden wurden aus Gründen des Datenschutzes verändert.

10.7 AUSWERTUNGSVERFAHREN

Für die empirische Untersuchung wird die qualitative Inhaltsanalyse verwendet. Nach Mayring (2002) ist die Inhaltsanalyse eine primär kommunikationswissenschaftliche Technik. Diese wurde in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhundert in den USA zur Analyse der Massenmedien (Zeitungen, Radio) entwickelt (vgl. S. 114).

Der Ansatzpunkt der qualitativen Inhaltsanalyse ist nun, die Vorteile dieser systematischen Technik zu nutzen, ohne in vorschnelle Quantifizierungen abzugleiten. Die spezifische Leistung der Inhaltsanalyse ist es, dass sie das Material in methodisch kontrollierten Schritten analysiert. Sie gliedert ihr Material am Leitfaden eines theoriegeleiteten und am Material entwickelten Kategoriensystems in Einheiten, die sie nacheinander bearbeitet (vgl., ebd.).

Die Autorin hat zur Auswertung der Interviews die qualitative Inhaltsanalyse ausgewählt, wie sie Flick (1999) beschreibt, dem Inhalt der Interviews Kategorien zugeordnet, die sie anschließend interpretiert hat (S.108). Nach einer ersten Sichtung des gesamten Textmaterials und unter Berücksichtigung der Literatur zum Thema hat sie zunächst vorläufige Kategorien gebildet, die sie im Laufe der weiteren Analyse des Textes entsprechend dem Material modifiziert bzw. durch am Material entwickelte neue Kategorien ergänzt hat. In der Darstellung der Ergebnisse hat die Autorin dann ausgewählte Textpassagen aus den Interviews, die zu der jeweiligen Kategorie gehören, zitiert, um die Interpretation zu stützen.

Im empirischen Teil der Arbeit wurden die Daten der interviewten Drogenabhängigen zunächst dokumentiert und anschließend einer Analyse unterzogen. Alle Interviews wurden in gleicher Weise bearbeitet. Abschließend wurde eine zusammenfassende Gesamtinterpretation und Beurteilung erstellt. 20 Probanden aus der Türkei und 20 aus Deutschland wurden miteinander verglichen um die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu ermitteln.

11 DARSTELLUNG UND ERGEBNISSE DER PROBANDEN-INTERVIEWS

11.1 IN DEUTSCHLAND LEBENDE TÜRKISCHE PROBANDEN

Die Emigrationsgeschichte der Probanden und ihrer Familien

Von den in Deutschland befragten 50 Probanden waren 14 Jugendliche in der Türkei geboren. Fünf Personen von ihnen waren im Alter von eins bis zehn Jahren nach Deutschland gekommen. Die Motivation zur Immigration nach Deutschland war unterschiedlicher Natur, wie die folgenden Aussagen beispielhaft belegen:

Mehmet (14 J.): „Vor meiner Geburt sollte mein Vater aus politischen Gründen das Land verlassen. Mit drei Jahren kam ich mit meiner Mutter zu ihm nach Deutschland. Bis jetzt war ich nur zweimal in der Türkei.“

Tekin (15 J.): „Durch die zweite Ehe von meiner Mutter bin ich erst mit neun Jahren nach Deutschland eingewandert. Leider musste meine Schwester in der Türkei bleiben.“

Sinan (17 J.): „Meine Eltern sind wegen der besseren Arbeitsmöglichkeiten von einem Dorf erst nach Istanbul eingewandert, als ich ein Jahre alt war, und mit zehn Jahren bin ich mit meiner Familie nach Deutschland geflüchtet, um hier besser zu leben. Aber alle meine drei Geschwister sind hier geboren.“

36 Probanden waren in Deutschland geboren und hier aufgewachsen. Einige lebten gerne in Deutschland, andere nicht.

Kadir (16 J.): „Ich liebe meine Geburtsstadt Bonn über alles, ich kann mir nicht vorstellen woanders zu leben, weil alle meine Kindheit hier ist. Nee, das kann ich nicht. Wenn ich in der Stadt bin, habe ich an jeder Ecke Erinnerungen, die ich zum großen Teil mit deutschen Freunden erlebt habe.“

Ziya (14 J.): „In Köln bin ich geboren, in die Schule gegangen, ich lebe einfach hier, weil alle meine Freunde und Familie hier sind, ich weiß nicht, was mit mir in Zukunft passiert, ich glaube jedoch, ich werde hier weiterleben.“

Semir (18 J.): „Jawohl, ich bin in Deutschland geboren, aber das heißt nicht, dass ich hier sterbe. Bei Gelegenheit würde ich gerne woanders leben, es kann Kanada oder Amerika sein. Ich habe oft das Gefühl, dass die Türken hier nicht so geliebt sind.“

Außer zwei Probanden hatten alle Eltern in Deutschland. Ihre Eltern waren zwischen 35 - 62 Jahre alt.

Semir (18 J.): „Ich bin aus der dritten Generation, weil meine Eltern auch in Deutschland geboren sind, und meine Großeltern leben als erste Generation über vierzig Jahre hier.“

Zwei der Probanden waren Einzelkinder und die anderen hatten ein bis vier Geschwister. Sechs Eltern waren Analphabeten, 25 waren Grundschul-, neun Mittelschul- und fünf Gymnasiums-Abgänger. 31 Väter arbeiteten, 15 waren arbeitslos und fünf arbeiteten als Aushilfskraft und schwarz. Mit Ausnahme von zehn Müttern gingen alle Mütter einer Nebentätigkeit nach. 13 Probanden und deren Familien besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit.

Kindheit

14 Probanden berichteten, dass sie eine gute Kindheit gehabt haben und selten geschlagen oder gescholten wurden.

Yusuf (15 J.): „Ich bin das erste Enkelkind von der ganzen Familie und ich bekam den Namen meines verstorbenen Onkels, der in der Familie sehr beliebt war. Aus diesem Grund wurde ich sehr geliebt von allen. Ich durfte fast alles haben, was ich wollte, keiner hat mich zu Hause geschlagen oder ausgeschimpft.“

27 Personen hatten teilweise schlechte, teilweise gute Erinnerungen an die Kindheit. Je nach Stimmungslage der Eltern wurden sie geohrfeigt, angeschrien, misshandelt und bestraft, andererseits jedoch auch mit Liebe und Lob bedacht.

Ahmet (19 J.): „Einige Tage lebte ich zu Hause wie ein König, aber an einigen Tagen wurde ich zum Sündenbock gemacht. Wenn mein Vater nicht besoffen war und pünktlich nach Hause kam, waren alle Kinder sehr glücklich, aber wenn nicht, hatten wir große Angst, wann was zu Hause passieren würde. Bei solchen Situationen verließ mein Vater die Wohnung und schimpfte Mutter richtig aus. Meine Mutter war so depressiv, dass sie manchmal nicht aufstehen konnte. Ich konnte oft nicht verstehen, was zu Hause gelaufen war, ob so was normal war oder nicht.“

Yunus (14 J.): „Bei uns war es immer hektisch und komisch. Gleichzeitig kann vieles passieren. Wenn eine Person zu Hause laut war, waren die anderen auch automatisch laut. Wenn eine ruhig war, waren die anderen auch ruhig, es hing vieles voneinander ab.“

Neun Jugendliche hatten ausschließlich negative Erinnerungen an die Kindheit. Sie wurden häufig geschlagen, bestraft und erniedrigt. Die Eltern stritten sich in Anwesenheit der Kinder und sprachen manchmal tagelang nicht miteinander.

Mahir (16 J.): „Zu Hause erinnere ich mich kaum an einen ruhigen Tag. Fast alle zwei Tage gab es zu Hause aus verschiedenen Gründen Auseinandersetzungen. Dies war für mich ein Grund von zu Hause abzuhausen. Dann suchten meine Eltern nach mir und schlugen mich brutal und ich wurde in die Wohnung eingesperrt. Nach jeder Auseinandersetzung musste ich zwischen meinen Eltern die Vermittlerrolle übernehmen, weil sie manchmal monatelang nicht miteinander gesprochen haben. Es war sehr schwer, immer Notlügen zu finden, um die schwierige Situation zwischen denen nicht mehr eskalieren zu lassen. Wenn ich an die Zeit denke, habe ich nur schlechte Erinnerungen an meine Kindheit.“

Kindergarten

Nach Angaben von zwölf Jugendlichen besuchten diese keinen Kindergarten.

Adnan (15 J.): „Meine Eltern lebten damals in einem kleinen Dorf in Bonn, in dem gab es nur einen Kindergarten, der ziemlich weit weg von uns war. Mit fünf Jahren war ich nur insgesamt drei Wochen im Kindergarten, weil mein Vater schichtweise arbeiten musste und meine Mutter noch kleine Zwillinge hatte. Aus diesem Grund konnte leider keiner mich weiter in den Kindergarten bringen. Wenn ich dran denke, tut mir dies jetzt sehr leid, dass ich so was verpasst habe, und ich denke, dass ich diesen Kindergarten nicht besucht habe, hatte einen negativen Einfluss auf meine deutsche Sprache.“

Manche türkische Eltern waren damals nicht informiert über die Wichtigkeit des Kindergartens.

Selim (16 J.): „In dem Haus, wo wir leben, lebten auch meine Großeltern. Sie dachten damals, die Kinder, die zum Kindergarten gehen, haben zu Hause niemanden, der sich um sie kümmert. Aber bei uns war es nicht der Fall. Weil meine Mutter und Oma zu Hause waren. Sie waren selber auch nicht im Kindergarten gewesen. Deswegen war es nicht so nötig für sie. Mir war irgendwie als Kind wichtig hinzugehen und ich dachte immer, etwas fehlt bei mir. Darum war ich in der Vorklasse immer scheu und je nach Situation zurückhaltend oder deprimiert. Ich wusste nicht, wie soll ich mich gegenüber den Menschen in der Vorklasse verhalten.“

Sechs Probanden verbanden ausschließlich negative Erinnerungen mit ihrer Kindergartenzeit. Die Umgebung dort gab ihnen oftmals das Gefühl der Andersartigkeit im Vergleich zu den deutschen Kindern.

Mehmet (14 J.): „Meine Mutter begleitete mich zum Kindergarten und verstand erst kein Deutsch. Aber viele andere Mütter konnten gut deutsch. Dies war mir so peinlich, dass meine Mutter mich bei Aktivitäten im Kindergarten nicht unterstützen und mitmachen konnte. Es hat mich oft im Kindergarten ohne Grund zum Weinen gebracht.“

32 Personen beurteilten rückblickend ihre Kindergartenzeit positiv.¹⁵ Jugendliche verfügten vor dem Eintritt in den Kindergarten über ausreichende Deutschkenntnisse und besaßen im Deutschen deshalb kaum Verständigungsschwierigkeiten und fühlten sich in die Gruppe integriert.

Ali (15 J.): „Die Kindergartenzeit war für mich die schönste Zeit, an die ich mich erinnere. Ich war sehr begeistert von einer Erzieherin und wollte immer dort bleiben und ich hatte einen guten Freundeskreis. Wenn ich zurückdenke, dann vermisse ich diese Zeit sehr.“

Akif (19 J.): „Im Kindergarten hatte ich keine Probleme, vielleicht, weil ich damals so blond ausgesehen habe, und ich konnte vorher durch meine Brüder und Spielkameraden gut deutsch, vielleicht habe ich mich dadurch dort integriert und wohl gefühlt. Die Erzieherinnen waren auch mit mir sehr zufrieden.“

Schule

20 Probanden besuchten zum Befragungszeitpunkt die Schule, sahen sich dort jedoch mit Problemen unterschiedlichster Art konfrontiert.

Mahir (16 J.): „Eigentlich habe ich keine Lust auf die Schule, weil sie für mich tot langweilig war. Ja, eigentlich fällt der Unterricht mir nicht so schwer, aber die Lehrer finde ich nicht gut und, ja, eigentlich finde ich es schade, dass ich meine schönste Zeit in der Schule verbringe. Naja, aus Zwang gehe ich hin.“

Hasan (20 J.): „Ich habe viele Schwierigkeiten in allen Bereichen, weil ich keine Motivation, keine Lust, viele Auseinandersetzungen wegen der Scheidung zwischen meinen Eltern, Konflikte mit mir selbst und in der Schule und finanzielle Schwierigkeiten habe, um mir schöne Sachen und Drogen zu besorgen.“

Akif (19 J.): „Ich habe von der Realschule auf die Hauptschule gewechselt. Auf dieser Hauptschule sind viele Lehrer ausländerfeindlich und uninteressiert. Sie äußern oft Ausdrücke über Ausländer. Solche Ausdrücke enttäuschen und verletzen mich. Um sie zu ärgern stelle ich immer etwas an.“

Die anderen 30 Probanden waren Schulabbrecher, meist nach der 7. Klasse. Sehr wenige von ihnen besaßen Schulabschlüsse.

Salih (16 J.): „Ich musste in der 7. Klasse die Schule abbrechen, weil ich keine Lust auf sie hatte, und mein Kopf war so durcheinander. In dem Moment lernte ich gerade Leute kennen, die ihre Probleme anders lösten. Natürlich war es mir wichtig, anstatt in die Schule zu gehen, mich mit diesen Leuten zu treffen.“

Die Jugendlichen erhielten nur spärliche Unterstützung von ihren Eltern bei der Erledigung ihrer Hausaufgaben, wurden aber andererseits von ihnen mit hohen Leistungserwartungen befrachtet.

Semir (18 J.): „Die Schule mit Unterricht macht mir keinen Spaß, ohne Unterricht bestimmt ja, ich kann nicht allein meine Hausaufgaben machen und der Unterricht fällt mir sehr schwer. Meine Eltern erwarten von mir gute schulische Leistung, obwohl sie mir bei den Hausaufgaben nicht helfen können. Wenn ich die nicht machen kann, dann habe ich keine Lust auf die Schule, seit fünf Monaten gehe ich nicht mehr hin.“

Die fehlende Motivation war für die Probanden ein entscheidender Grund die Schule abzubrechen.

Hasan (20 J.): „Ende der 7. Klasse brach ich die Schule ab, fast alle meine neuen Freunde, mit denen ich zu tun habe, gehen nicht in die Schule. Sie haben viele andere Pläne, um in der Zukunft reich zu werden. Die Schule geht mir auf die Nerven, aber auch viele andere Sachen. Ganz ehrlich weiß ich nicht, wie ich die Schule abgebrochen habe, jetzt sage ich schade, vielleicht war ich in einer Trotzphase.“

Die Schule zu wechseln, demotivierte einige Jugendliche.

Ömer (17 J.): „Anstatt die Sonderschule zu besuchen, gehe ich lieber zu Dealern, die mich wenigstens gut behandeln. Im Verwandtenkreis bin ich der einzige Sonderschüler, als der ich abgestempelt bin. Das kann ich nicht akzeptieren, weil ich eigentlich in der Hauptschule gut war, nur wegen meinem Verhalten musste ich in die Sonderschule.“

Eltern-Kind-Beziehung und Konflikte

Elf Probanden erhielten von ihren Eltern Unterstützung für den Fall, dass in der Schule, im Freundeskreis während der Pubertätsphase und im Zusammenhang mit ihrer persönlichen Entwicklung Probleme auftraten.

Devrim (17 J.): „Es war für meine Eltern selbstverständlich, mich bei jeder Angelegenheit zu unterstützen, es ist egal, was ich angestellt habe. Bei uns in der Familie war sehr wichtig, dass ich in der Schule gut bin. Bei anderen Sachen haben sie oft die Augen zugeedrückt und die Probleme wurden erst ignoriert und dann in der Familie beredet und gelöst.“

Die anderen Probanden versuchten die Konflikte zunächst allein oder mit Hilfe der Freunde und Geschwister zu lösen.

Deniz (19 J.): „Ich bin eine offene Person, warum soll ich meine Probleme verbergen, ich gehöre zu einer guten Clique. Aus der Clique reden alle offen über alle Probleme und Konflikte. Darüber bin ich sehr glücklich. Daher brauche ich nicht unbedingt Unterstützung von meinen Eltern.“

Yusuf (15 J.): „Es hängt von dem Thema ab. Teilweise rede ich über meine Probleme mit meinen Geschwistern und teilweise mit meinen Freunden. Oder manchmal mit beiden.“

Manche Jugendliche behielten ihre Probleme jedoch lange Zeit für sich.

Orhan (19 J.): „Ich dachte mir, es ist mein Problem, warum sollen die anderen es erfahren. Sie werden sich sonst bestimmt über mich lustig machen und mich blamieren. Ich soll sie allein lösen, vielleicht durch ein Mittel oder so was, aber allein.“

Soziales Umfeld und Wohnsituation

Ein Großteil der Probanden lebte in einem Ghetto, in dem überwiegend sozial schwache Arbeiterfamilien oder Migrantenfamilien in kleinen Wohnungen zur Miete wohnten.

Tekin (14 J.): „Ich wohne in einem großen Haus, in dem gibt es alles Mögliche, was man sucht. Ich habe zum ersten Mal die Junkies hier kennen gelernt. Durch sie besorgte ich meine Mittel.“

Die Wohnungen waren meistens klein und von außen ungepflegt. Viele Probanden mussten sich ihr Zimmer mit ihren Geschwistern teilen.

Deniz (19 J.): „Ein eigenes Zimmer habe ich leider nicht. Ich muss mein (17m²) Zimmer mit meinen zwei Geschwistern teilen. Natürlich ist die Wohnung (66 m²), in der wir wohnen, für fünf Personen zu klein. Aber eine große Wohnung können wir uns nicht leisten, weil mein Vater Alleinverdiener ist.“

Die Eltern einiger Probanden besaßen eigene Wohnungen, die zumeist im Altbauzustand waren.

Adnan (15 J.): „Seitdem wir die eigene Wohnung haben, habe ich ein eigenes Zimmer, worauf ich lange gewartet habe. Weil die Wohnung sehr alt war und die Renovierung der Wohnung fast ein Jahr dauerte.“

Sehr wenige Probanden hatten deutsche Freunde aus der Nachbarschaft und lebten überwiegend unter sich.

Yusuf (19 J.): „Wo wir leben, leben in der Gegend kaum deutsche Familien, aber sehr viele Migrantenfamilien, dann bleiben wir sehr oft unter uns.“

Der überwiegende Teil der Probandenfamilien sah sich keinen großen finanziellen Schwierigkeiten ausgesetzt, d.h. die Familien verfügten über ein durchschnittliches Einkommen. Einige dieser Familien dagegen waren auf Sozialhilfe angewiesen. 31 Väter arbeiteten, 15 waren arbeitslos und fünf arbeiteten als Aushilfskraft und schwarz. Mit der Ausnahme von 10 Müttern übten alle anderen eine Nebentätigkeit aus.

Ahmet (19 J.): „Mein Vater hat außer Caféhausbesuch und Trinken keine andere Beschäftigung. Dadurch konnten wir keine Markenklamotten kaufen und nicht genug Taschengeld bekommen. Dies hat mich oft sehr geärgert und veranlasste mich dann mit einem Dealer zu kontaktieren.“

Religion

41 Probanden kamen aus religiösen und traditionellen Familien. Die Normen und Werte waren für die Familien bei der Kindererziehung wichtig. Der überwiegende Teil der Jugendlichen kam seinen religiösen Verpflichtungen nach, wie z.B. Fasten oder der Gang zur Moschee. Während des Drogenkonsums hatte dies nachgelassen oder der Drogenkonsum verhinderte die Erfüllung aller religiösen Aufgaben.

Ömer (17 J.): „Mein Vater hat mich nach Mekka mitgenommen, damit ich auf den Drogenkonsum verzichte. Als ich in Mekka war, nahm ich keine Drogen. Nach dem ersten Tag in Köln konsumierte ich wieder. Ich konnte es nicht mehr ohne Drogen aushalten.“

Akif (19, J.): „Die religiöse und traditionelle Erziehung ist bei meinen Eltern sehr wichtig. Von denen habe ich vermittelt bekommen, dass die Religion auf der Welt, der einzige richtige Weg ist, den man gehen soll, besonders wenn man in der Fremde lebt. Sie gibt Menschen Kraft, Lebensfreude und Orientierung. Ich weiß nicht warum, aber ich denke manchmal so, dass Gott mich bestraft hat, deswegen konsumiere ich Drogen. Seitdem ich Drogen konsumiere, gehe ich fast nie zur Moschee und ich faste kaum.“

Im Gegensatz zu den meisten Probanden waren nur neun Probanden wenig religiös erzogen worden. Ihren Familien war die Religion nicht besonders wichtig.

Deniz (19 J.): „Anstatt der Religion waren bei meiner Familie die anderen moralischen Werte und Normen wichtig, z.B. Ehrlichkeit, Respekt, Gleichberechtigung und Menschlichkeit. Obwohl ich je nach Situation ein gläubiger Mensch bin, bin ich überhaupt nicht religiös erzogen worden. In meinem Leben habe ich nur ein paar Mal aus eigenem Willen gefastet, aber sonst nicht mehr.“

Für einige Probanden hatte die Religion keine große Bedeutung.

Devrim (17 J.): „Die Religion bedeutet mir nicht viel, weil ich davon nicht viel halte, ich bin nicht so religiös erzogen worden. Die religiösen Feste feiere ich nur bei Gelegenheit, wenn ich dran erinnert werde. Aber ich glaube sonst an viele andere Sachen, die für mich ein Halt sein können, z.B. Natur, Menschen oder eigener Glauben.“

Risikofaktoren des Drogenkonsums

Die meistens Probanden fanden ihre Väter als Vorbild altmodisch, streng und ungebildet.

Salih (16 J.): „Ah! mein Vater ist sehr altmodisch und er war bis jetzt in seinem Leben noch nicht einmal in der Disko oder Kneipe. Ich frage mich, was für ein Leben hat er denn hier?“

Semir (18 J.): „Was kann ich von meinem Vater lernen? Nach meiner Meinung ist er krank und er hat gar nichts zum Vorbild. Er lebt nur nach seiner Lust und Laune sehr egoistisch und von mir hat er viele Erwartungen, dass ich ein guter Mensch werden soll. Nach seiner strengen und altmodischen Einstellung kann ich mich nicht orientieren oder überhaupt nicht leben.“

Nur sehr wenige Jugendliche sprachen direkt mit ihren Vätern über ihre Probleme und Gefühle, die sie in der Pubertät hatten.

Celal (21 J.): „Mit 14 Jahren bekam ich Behaarung und mein Vater kaufte mir Sachen zum Rasieren. Aber er hat dabei nicht viel gesagt, nur bei mir alles ausprobiert.“

Meist sprachen sie mit der Mutter.

Ali (15 J.): „Als ich 14 Jahre alt war, litt ich unter Muskel- und Knochenschmerzen. Daraufhin brachte meine Mutter mich zum Arzt. Nach der Beratung hat sie mich über die Pubertätsgeschichte informiert, weil die Schmerzen mit Körperwachstum zu tun hatten.“

Manchmal sprachen sie mit den Freunden über die Probleme, wenn sie welche hatten.

Mahir (16 J.): „In der Pubertätsphase war ich sehr ruhig, zurückhaltend, aber innerlich sehr sauer auf alles. Mein bester Freund, der zwei Jahre älter als ich ist, der hat mich in dieser Zeit über alles informiert. Deshalb war es nicht mehr nötig mit meinen Eltern über solche Sachen zu reden. Später durch meinen Freund nahm ich das erste Mal Drogen.“

Einzelne Jugendliche hatten niemanden, dem sie sich mit ihren Problemen anvertrauen konnten.

Celal (21 J.): „Einerseits war es mir sehr peinlich über meine Gefühle und Körperentwicklung mit jemandem zu reden. Aber andererseits wünschte ich mir, dass sie sich für mich interessierten und nach mir fragten. So was kam von niemandem und in dieser Zeit war ich sehr einsam.“

Hasan (20 J.): „Ich war sehr aggressiv und wusste nicht, was mit mir passiert. Deswegen hatte ich Lust gehabt alle Sachen zu Hause kaputt zu machen, ständig zu brüllen. Aus Angst konnte niemand in meine Nähe kommen. Deswegen fanden mich meine Eltern respektlos und verrückt.“

Manche Probanden hatten Schwierigkeiten, die sie einfach nicht lösen konnten. Um davor wegzulaufen, nahmen sie Drogen.

Salih (16 J.): „Mein Freund hatte die gleichen Probleme wie ich. Aber er konnte trotz allem das Leben genießen und weitermachen, bei mir war alles Chaos, keine Lust auf gar nichts. Der Unterschied zwischen uns war, dass er nur Marihuana konsumierte. Ja, einmal auszuprobieren ist nicht so schlimm.“

Auch existierten Probanden, die nicht nur wegen unbewältigter Probleme sondern auch aus reiner Neugierde zu Drogen griffen.

Deniz (19 J.): „Meine Probleme waren nicht der einzige Grund, um Drogen zu konsumieren. Was Neues wollte ich ausprobieren, etwas Anderes erleben, was nicht gewöhnlich ist.“

Bei einigen Probanden galten Zugehörigkeit und Anerkennung innerhalb einer Gruppe als entscheidende Motive für den Drogenkonsum.

Celal (21 J.): „Mir war es sehr wichtig zu einer Gruppe zu gehören und in der Gruppe geliebt zu werden. Ich war nicht nur der Clown der Gruppe sondern auch Führer. Es war ein schönes Gefühl, in der Gruppe etwas zu sagen zu haben.“

Can (18 J.): „Wir waren immer eine kleine Gruppe, die zusammen irgendetwas angestellt und ausprobiert haben, was oft harmlos war. Aus Neugierde wollten wir nur einmal was anderes machen als gewöhnlich, dann probierten wir im Park Marihuana aus, dies haben wir nachher öfter gemacht.“

Amin (15 J.): „Ich fand diese Clique immer so toll und die haben mich auch irgendwie so aufgenommen als den kleinen Bruder. Was heißt hier kleinen Bruder, dabei haben sie mich nur benutzt: geh mal das klauen, geh mal dies klauen. Naja, ich habe gedacht, die hatten ja immer schöne Frauen und ich kriege eine davon ab, so, jetzt kiffst du mit, und dann gehörst du wirklich dazu. Ja, mit dreizehn habe ich angefangen Haschisch zu rauchen.“

Umgang mit Drogenproblemen

Abgesehen von Alkohol und Spielsucht, gehörten Drogen in den Probandenfamilien nicht zu den dortigen Suchtfaktoren. Vier Väter nahmen ständig Alkohol zu sich, sieben Väter und eine Mutter taten dieses nur gelegentlich.

Salin (16 J.): „Seitdem ich mich dran erinnere, trinkt mein Vater Alkohol und spielt um Geld, meine Mutter schimpft deswegen mit ihm, es kam dadurch ständig zu Streit, als Kind hat mich dies sehr traurig gemacht. Ich wollte auch irgendwas nehmen, damit ich diesen Krach nicht mehr hören kann.“

In den meisten Probandenfamilien lag weder Drogen- noch Alkoholkonsum vor.

Adnan (15 J.): „Außer mir ist bei uns in der Familie noch nicht bekannt, dass jemand irgendeine Droge konsumiert oder viel Alkohol trinkt, nur einige Raucher gibt es. Aus diesem Grund haben meine Eltern davor wirklich Schiss, was durch meinen Drogenkonsum auf sie zukommen kann.“

Fast alle Probanden probierten ihre erste Droge zusammen mit einem Freund, Nachbarn oder in einer kleinen Gruppe aus.

Ahmet (19 J.): „Auf dem Sportplatz lernte ich einen Jungen kennen, mit dem ich Fußball spielte und nach dem Spiel gingen wir zusammen aus. Er konnte so viel Geld ausgeben, wie er wollte, und ich selber zählte nur Pfennige, was mich oft deprimierte. An einem Tag dachte ich mir, ich muss dieses Elend beenden. Aus diesem Grund habe ich erst lange Zeit gedealt, dadurch viel Geld verdient und vor kurzem selber ausprobiert.“

Ozan (15 J.): „In der Schule hatte mein Bruder zwei Freunde, die er immer mit nach Hause brachte. Wir guckten oft zusammen Fußball, aber sie rauchten dabei Tabak, ich hatte ein paar Mal heimlich geraucht. Dies hatte mich unheimlich fasziniert und nach einem halben Jahr wollte ich mehr davon nehmen.“

Die Rauschmittel wurden bei Dealern in bestimmten Stadtteilen, Parks, Diskotheken und Kiosks besorgt.

Hasan (20 J.): „Eigentlich ist es nicht schwer Drogen zu finden, nur dafür braucht man Kohle. Die Dealer sind überall und ich besorge es in Köln-Kalk oder am Bahnhof. Sie rufen sogar an, ob ich noch was brauche.“

Sämtliche Probanden waren bemüht, den Drogenkonsum vor den Eltern möglichst lange zu verheimlichen. Erfuhren die Eltern davon, entwickelten sich bei ihnen Wut- und Trauergefühle, Gewalttätigkeit, Enttäuschung sowie Zustände der Verwirrtheit.

Selim (16 J.): „Als mein Vater mich das erste Mal beim Kiffen im Park erwischt hat, war er sehr wütend und gewalttätig und ich versuchte die Mittel in meinem Mund zu verstecken.“

Devrim (17 J.): „Meine Eltern erfuhren erst durch die Vorladung bei der Polizeiwache, dass ich mit Drogen zu tun gehabt habe. Darüber waren sie sehr enttäuscht und traurig. Eine Weile konnte keiner darüber was sagen.“

Ziya (14 J.): „Meine Mutter war fast bewusstlos, als sie erfahren hat, dass ich zwei Jahre lang Haschisch konsumiert habe. Sie drehte deswegen durch, rief überall an und sagte Bescheid, dass ich vielleicht bald sterben kann.“

Mit Ausnahme von elf Probanden wurden die Jugendlichen seitens ihrer Angehörigen häufig gescholten, geschlagen und unter Hausarrest gestellt. Ihre Freizeitaktivitäten wurden beschränkt und ihnen das Taschengeld entzogen.

Kadir (16 J.): „Mein Vater hat versucht mich in der Wohnung einzusperren und dann habe ich das Fenster kaputt geschlagen und bin dort weggelaufen. Nachher haben meine Eltern mir verboten mich mit meinen Freunden zu treffen und ich habe kein Taschengeld mehr bekommen.“

Yusuf (15 J.): „Um Mittel zu besorgen klaute ich zu Hause von meinen Eltern Geld, die mich endlich dabei ertappt haben. Aufgrund dessen durfte ich nicht mehr raus gehen um mich wie immer mit meinen alten Freunden zu treffen. Darauf wollten meine Eltern für mich Freunde aussuchen, mit denen ich raus gehe. Das war zu Hause ein ständiger Grund miteinander zu streiten und dadurch kam es zu gegenseitigen Schlägereien und Streit“

Nutzung der Therapieangebote

Eine Reihe von Probanden wurden nach Bekanntwerden ihres Umgangs mit Drogen unverzüglich in eine Therapiemaßnahme gezwungen.

Ömer (17 J.): „Eigentlich bin ich seelisch noch nicht bereit mit dem Haschisch aufzuhören und zur Behandlung zu gehen. Damit will ich einfach weiterleben. Aber ich bekomme Druck nicht nur von meinen Eltern, sondern vom Ausländeramt wegen meinem Aufenthaltsstatus. Es ist sehr schlimm zwischen zwei Stühlen zu sein.“

Sinan (17 J.): „Ohne Bedenkzeit, ohne meinen Willen brachte mein Vater mich wegen Behandlung zu einer privaten Klinik in Istanbul, damit ich schnell von Drogen wegkomme, und keiner durfte es erfahren. Weil er ein Geschäftsmann ist, möchte er nicht, dass jemand hinter seinem Rücken redet.“

20 Probanden konsumierten bei Gelegenheit heimlich Drogen. Durch Schulbenachrichtigungen oder Mitteilungen der Polizei erfuhren einige Angehörige, dass es bei ihren Kindern zu deviantem Verhalten gekommen war. Seitens der Eltern wurde mit ihnen kurz darüber gesprochen, oftmals den Jugendlichen heftige Vorhaltungen gemacht, woraufhin diese versprachen, dem Umgang mit Drogen abzuschwören, mit der Bitte, den Vorfall nur als einmaligen Fehltritt anzusehen. Die Folge war, dass die Probanden von diesem Zeitpunkt an innerhalb ihrer Freizeitaktivitäten weiter unbehelligt blieben.

Devrim (17 J.): „Meine Mutter hat den Verdacht, dass mit mir irgendwas nicht stimmt. Aber sie kann nicht beweisen, was denn. Natürlich konsumiere ich Haschisch, aber nicht zu Hause bei der Anwesenheit der Mutter.“

Darüber hinaus wurden auch Fälle von Eltern genannt, die ihre Kinder ständig auf Verhaltensauffälligkeiten hin kontrollierten, da ihnen das Zutrauen zu ihren Kindern fehlte.

Ugur (21 J.): „Wegen dem Schwänzen der Schule bekam meine Mutter einen Anruf von der Schule. Seitdem folgt sie mir auf Schritt und Tritt und erzählt mir zahlreiche Geschichten von schlechten Schülern, die deshalb Misserfolge im Leben hatten. Dies macht mich sehr unsicher und traurig.“

Die Jugendlichen, die dieser Gruppe zuzuordnen waren, gingen zur Schule und entschieden, ihren drogenbehafteten Lebenswandel bei ihrer Familie fortzusetzen. Sie betrachteten ihren Drogenkonsum als nicht gravierend, sei es weil sie aktuell nur geringe Drogenmengen konsumierten, sei es, weil sie ihre Grenzen zu kennen glaubten, um den Drogenkonsum damit kontrollieren zu können. Deswegen kam aus ihrer Sicht eine Entzugstherapie für sie nicht in Betracht. Obwohl ihre Schulleistungen nicht von Erfolg gekrönt waren, strebten sie den Schulabschluss trotzdem an, um daraufhin einen Beruf zu erlernen und dadurch zu raschem Geldeinkommen gelangen zu können.

Ozan (15 J.): „Was ich konsumiere, ist überhaupt nicht schädlich, nur eine kleine Menge. Man kann damit glücklich leben und außerdem kenne ich meine Grenze. Ich bin weder körperlich noch psychisch abhängig. Dafür brauche ich keine Therapie oder so was.“

20 Personen befanden sich in der Therapie, 13 von ihnen waren durch Vermittlungsbemühungen der Haftanstalt bzw. des Ausländeramtes in eine Therapiemaßnahme gekommen. Sie hatten über einen Zeitraum zwischen sechs Monaten und einem Jahr im Gefängnis eingesessen. Sieben Personen gelangten aus eigener Motivation oder durch die Unterstützung der Eltern und Beratungsstellen zur Therapie. Sie hatten sich bereit erklärt, dem Drogenkonsum ein Ende zu setzen, denn ihr Bleiberecht wollten sie nicht aufs Spiel setzen und ein Eintritt in eine Therapie wurde dadurch zwingend.

Can (18 J.): „Vor der Abschiebung habe ich große Angst. Wenn so was vorkommt, wie kann ich in der Türkei leben, die ich nur aus dem Urlaub kenne. Dann hoffe ich, dass ich mit dem Konsum aufhören kann. Deswegen musste ich zur Therapie gehen.“

Ugur (21 J.): „Wie lange soll ich nach Phantasien leben, dachte ich mir, bevor ich mich für die Therapie entschied. Über meine Entscheidung waren meine Eltern sehr erfreut und versprachen mir nach der Therapie ein gutes Auto zu schenken. Außerdem möchte ich nicht abgeschoben werden.“

Eine muttersprachliche Therapiemaßnahme wurde von lediglich fünf drogenabhängigen Probanden gewählt. In Beratungsgesprächen hatten die Jugendlichen die muttersprachlichen Therapeuten kennen gelernt und besaßen im Deutschen

Sprachdefizite. Sie waren deshalb der Meinung, dass sie sprachlich und gefühlsmäßig mit muttersprachlichen Therapeuten effektiver kommunizieren würden.

Hasan (20 J.): „Ich kenne meinen Therapeuten schon länger, mit dem verstehe ich mich gut. Auf türkisch kann ich viel besser über meine Probleme reden, weil ich der deutschen Sprache nicht so mächtig bin. Außerdem kennt er unsere Kultur und meine Familie, wie die sind, und ich fühle mich bei ihm wohl. Dass die deutschen Therapeuten schlecht sind oder so möchte ich überhaupt nicht sagen, nur die Kultur ist anders.“

Diese Probanden vertraten die Ansicht, dass türkische Normen und Werte vom türkischen Therapiepersonal anders gewertet werden als deutsche.

Cem (16 J.): „Manche Werte und Normen sind bei uns ganz anders gewertet als deutsche, z.B. wenn es um die Ehre geht oder Solidarität unter der Familie... Dann denke ich mir, wie kann ein deutscher Therapeut mich verstehen? Dann ist eine Zusammenarbeit ist für beide sehr mühsam. Aber ein guter türkischer Therapeut kann mir in diesem Fall besser helfen und meine Sorgen verstehen wegen dem gleichen kulturellen Hintergrund.“

Andererseits sind laut Probandenangaben deutsche Therapeuten mit interkulturellem Kompetenzerwerb im Vergleich zu ihren türkischen Kollegen genauso in der Lage, den Klienten und deren Angehörigen mit Empathie zu begegnen, da sie diese dann vor ihrem spezifischen Kulturhintergrund vorurteilsfrei zu verstehen vermögen.

Ahmet (19 J.): „Es ist mir nicht so wichtig, ob der Therapeut deutsch oder türkisch ist. Hauptsache, dass ich mich mit dem / der Therapeut/in gut verstehe. Ich finde meinen Therapeuten sehr gut und er kennt die türkische Kultur gut und ich habe auch keine Probleme mit der deutschen Sprache. Warum soll ich nicht einen deutschen Therapeuten nehmen?“

Veysel (18 J.): „Ein deutscher Therapeut ist mir lieber. Mit einem deutschen Therapeuten kann ich über alles reden, aber mit einem türkischen rede ich viel überlegter. Außerdem sind sie sehr viel offener als türkische, zumindest denke ich mir das so.“

Von den zehn Probanden, die der obigen Gruppierung zuzuordnen waren, hatten sechs sich nach drei Monaten dazu entschieden, die Therapie abubrechen.

Ismail (19 J.): „Ohne Konsum konnte ich nur drei Monate aushalten. Während der Therapie fühlte ich mich so durcheinander und durch die medikamentöse Behandlung nahm ich nur zu.“

Sie wurden rückfällig und empfanden die Therapiezeit als außerordentlich langweilig und streng, was ihre Toleranzgrenze überschritt.

Isa (17 J.): „Nur die ganze Rederei bringt mir nicht viel. Die Therapiestunden sind für mich sehr langweilig und streng, ich muss über meine Privatsachen oder Eltern reden, das mag ich überhaupt nicht. Wenn

ich hier viel rede, erinnere ich mich an die ganze Sache, die mich oft mitnimmt. Unter diesen Umständen konnte ich die Therapie nicht mehr weitermachen.“

Vier Abhängige hatten zunächst zweimal einen Antrag auf Therapie gestellt, in der Folge aber von weiteren Antragstellungen abgesehen.

Atila (16, J.): „Ah nee, das ist viel Papierkram und Bürokratie, lieber verzichte ich auf den Antrag. Die Leute sind meistens unhöflich und uninteressiert an uns. Das ist alles Unsinn, Quatsch.“

Diese Personen standen darüber hinaus auch in einer negativen Beziehung zu ihren Angehörigen. Deshalb verweilten sie in Notschlafstellen am Bahnhof oder in Parks u.ä. Zum Interviewzeitpunkt verfügten sie über keine klaren Perspektiven und Pläne für ihre Zukunft.

Isa (17 J.): „Ey! Okay! Es ist mir alles egal, alles wird für mich zuviel, Familie, Schule, Arbeit, ja! So ein Leben ist besser, denke ich, optimal für mich, und es passt mir gut. Hauptsache Spaß ne.“

Sie hatten auch nicht die Absicht, nach Hause zurückzukehren.

Selcuk (15 J.): „Tagsüber bin ich am Bahnhof, um Kunden zu finden, aber abends schlafe ich, wo ich einen behutsamen Ort finde. Nee, nach Hause gehe ich auf keinen Fall mehr und sonst weiß ich nicht, was mit mir passiert, nur Gott weiß vielleicht. Aber eins ist mir ganz klar, dass die Beziehung zu meiner Familie nie besser wird.“

Zukunftsvorstellungen

Nahezu alle Probanden beabsichtigten auch weiterhin in Deutschland zu leben. Unter ihnen artikulierten einige Probanden Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Zukunft. Sie sorgten sich vor der Aberkennung ihres Aufenthaltsstatus, da sie ständig von Abschiebung bedroht waren. Dies galt insbesondere für solche Probanden, die sich in keinen Therapiemaßnahmen befanden oder der Schule fernblieben.

Adnan (15 J.): „Zur Zeit gehe ich weder in die Schule noch zur Therapie, weil keines davon mir Spaß macht.“

Vereinzelte Probanden waren verheiratet oder verlobt. Die Jugendlichen ohne Ehepartner besaßen ausnahmslos Heiratspläne, um später eine Familie zu gründen. Die Partnerwahl sollte dabei ohne Beeinflussung der Eltern stattfinden. Fast alle Probanden verspürten darüber hinaus den Wunsch nach einer liebevollen und gleichberechtigten Ehe und wollten erst dann Kinder haben, wenn bei ihnen die emotionale Bereitschaft hierfür vorhanden sei.

Salih (16 J.): „Die Frau, die ich heirate, die suche ich mir selber aus, wenn ich sie liebe und mich mit ihr gut verstehe. Ich werde nur Kinder haben, wenn ich mich bereit fühle, sonst auf keinen Fall.“

Diejenigen Probanden, die noch die Schule besuchten, strebten allesamt den Schulabschluss an, um eine Berufsausbildung zu absolvieren.

Tekin (15 J.): „Es ist mir egal, ob die Schule mir Spaß macht oder nicht, ich muss sie zu Ende bringen und einen Beruf erlernen, weil dies von mir erwartet wird.“

Von denjenigen Probanden, die als Schulabbrecher außer den Therapiemaßnahmen ohne Lebensinhalt waren, wollten nur einige wenige ihre Schulabschlüsse nachholen und in einen Beruf eintreten.

Davut (21 J.): „Nach der Therapie muss ich auf jeden Fall die Schule weiter machen und, wenn es geht, studieren. Ich bereue es, dass ich die Schule damals abgebrochen habe. Schade das tut mir jetzt so weh. Wenn ich meine alten Schulfreunde sehe, die studieren.“

Die übrigen Probanden wollten, je nach den sich ihnen bietenden Möglichkeiten, einer bezahlten Arbeit nachgehen.

Celal (21 J.): „Als alter Abhängiger bin ich froh, wenn ich überhaupt einen Job bekomme, dann will ich eine eigene Wohnung haben.“

Diejenigen Probanden, die sich nicht in Therapie befanden oder diese abgebrochen hatten, besaßen keine eindeutigen Zukunftsperspektiven.

Avni (18 J.): „Solange ich meine Mittel besorgen kann, bin ich der glücklichste Mensch der Welt. Was in der Zukunft passiert, kann ich leider nicht selbst beeinflussen, alles ist schwarz, man weiß nicht.“

11.2 IN DER TÜRKEI LEBENDE PROBANDEN

Binnenmigrationsgeschichte der Probanden und ihrer Familie

50 Probanden wurden in der Türkei befragt, von denen 27 in Istanbul geboren und seitdem gemeinsam mit ihren Angehörigen dort wohnhaft waren. 20 Jugendliche waren an anderen Orten geboren, acht von ihnen wanderten mit dem vierten bis fünften Lebensjahr, zwölf von ihnen im Alter von elf bis zwölf Jahren gemeinsam mit ihren Eltern aus verschiedenen Regionen der Türkei kommend nach Istanbul ein. Die Ursachen hierfür waren unterschiedlicher Natur. Folgende Äußerungen geben dazu ein Beispiel:

Sabri (15 J.): „In Istanbul bin ich geboren und gehe ich in die Schule, meine Eltern sind vom Schwarzen Meer. Ich fühle mich als Istanbuler und ich kenne fast jede Ecke der Stadt.“

Orhan (17 J.): Wegen der Arbeitslosigkeit ist mein Vater von Konya nach Istanbul eingewandert. Mit vier Jahren kam ich mit meiner Mutter zu ihm nach Istanbul, wo ich mich sehr fremd gefühlt habe.“

Ismail (15 J.): „Das Dorf, in dem wir lebten, wurde von der Regierung bombardiert und die Häuser sind zerstört. Dadurch kamen mein Vater und ältester Bruder ums Leben. Nach diesem Vorfall brachte mein Onkel mich, meine kleine Schwester und Mutter nach Istanbul, damit wir überhaupt überleben können. Mit elf Jahren fing ich an in einem Caféhaus zu arbeiten, damit ich für meine Familie sorgen konnte.“

Drei Personen stammten aus anderen Städten und hielten sich nur wegen der Therapiemaßnahmen in Istanbul auf.

Selcuk (16 J.): „Zur Zeit bin ich wegen der Behandlung in Istanbul, weil in meiner Stadt kein entsprechendes Krankenhaus existiert. Die Stadt, aus der ich komme, ist ziemlich klein. Nach der Behandlung gehe ich wieder nach Hause zurück.“

47 Jugendliche besaßen Eltern, deren Alter zwischen 35 und 55 Jahren lag. Bei drei Jugendlichen waren die Elternteile verstorben. Nahezu alle Jugendliche hatten ein bis fünf Geschwister. Die Elternpaare von acht Jugendlichen waren Analphabeten. 22 Elternpaare besaßen einen Grundschul-, elf einen Mittelschul-, acht einen Gymnasiumsabschluss und ein Elternpaar schließlich verfügte über einen Universitätsabschluss.

25 Väter arbeiteten regelmäßig, 15 waren angewiesen auf Tätigkeiten als Tagelöhner, sieben waren arbeitslos. 20 Mütter waren berufstätig, die anderen 27 Hausfrauen, von denen sieben einer Heimtätigkeit nachgingen.

20 Jugendliche kamen aus finanziell durchschnittlichen Verhältnissen, die übrigen stammten aus ärmlichen Familienverhältnissen.

Ozan (14 J.): „Wegen der Verarmung sind wir aus Diyarbakir (Südanatolien) nach Istanbul gezogen. Wir sind acht Personen. Aus dem Grund wollte uns keiner eine Wohnung geben und dabei erlebte ich tagtäglich als ältestes Kind sehr viel Verachtung. Um diese Verachtung zu bewältigen und meine Familie finanziell zu unterstützen nahm ich Kontakt mit einem Dealer auf.“

Kindheit

Die meisten der Jugendlichen unterhielten zu ihrem Vater eine gestörte Beziehung, zur Mutter und den Geschwistern hingegen eine intakte Beziehung.

Tarik (16 J.): „Es ist egal was ich angestellt habe, meine Mutter und besonders meine Schwester haben mich dabei unterstützt. Aber mein Vater war sehr enttäuscht von mir und deswegen sagte er zu mir, dass aus mir gar nichts wird.“

15 Probanden berichteten, eine sorglose und unbeschwerte Kindheit gehabt und von ihren Eltern nur äußerst selten Schläge oder Schelte erhalten zu haben.

Cihan (14 J.): Als Kind war ich zu Hause über alles geliebt. Meine Großeltern und meine Eltern haben alle meine Wünsche erfüllt, egal was ich wollte, und ich durfte mich nach meiner Lust und Laune verhalten, wo und wann ich wollte und viele neue Sache ausprobieren.“

22 Probanden besaßen teils negative, teils positive Erinnerungen an ihre Kindheit. Zu den negativen Eindrücken zählten sie häufig erhaltene Ohrfeigen seitens der Eltern, heftige Wortgefechte mit ihnen, elterliche Bestrafungen, was andererseits jedoch auch mit Liebes- und Lobesbekundungen der Eltern gegenüber ihren Kindern einherging.

13 Jugendliche verbanden ausschließlich negative Erinnerungen mit ihrer Kindheit.

Tayfun (15 J.): „Ich will mich überhaupt nicht an meine Kindheit erinnern, weil ich in jedem Bereich schlechte Erinnerungen habe.“

Durch die Eltern erfuhren sie brutale Schläge, Herabsetzungen oder lautstarke Wortauseinandersetzungen. In der Familie herrschte permanenter Streit und zwar vornehmlich unter den Eltern.

Izzet (16 J.): Ich weiß nicht, warum sich meine Eltern miteinander so ständig gestritten haben. Das habe ich bis jetzt noch nicht verstanden. Dies erzählte ich überall in der Schule, Nachbarschaft, auf dem Spielplatz und ich versuchte auch andere Kinder zu schlagen. Das machte meine Eltern sehr wütend und dadurch kam es sehr oft zur Auseinandersetzung mit denen.“

Kindergarten

Sämtlichen Probanden blieb der Besuch des Kindergartens verwehrt, da ihren Eltern zum einen alle finanziellen Mittel hierfür fehlten und ihnen zum anderen die gesellschaftliche Sozialisationsfunktion des Kindergartens im Hinblick auf ihre Kinder nicht bewusst war. Zum Untersuchungszeitpunkt waren sämtliche Kindergärten in der Türkei in privater

Hand. Die Entscheidung der Eltern, ihre Kinder in den Kindergarten zu geben, war somit von der Höhe ihres Haushaltsbudgets abhängig und beruhte auf rein freiwilliger Basis.

Selcuk (16 J.): „Wir waren fünf Kinder zu Hause und ich war sehr froh, dass ich in die Grundschule gehen konnte. Aber meine Schwester schickt ihre Töchter in den Kindergarten, weil sie sich es als Lehrerin leisten kann.“

Irfan (17 J.): „Bei uns in der Nähe gab es damals keinen Kindergarten und meine Mutter war zu Hause und sie hatte Zeit für uns. Keiner machte sich zu Hause Gedanken über den Kindergarten, es ist Luxus.“

Schule

Die Probanden aus der Türkei verfügten über eine relativ geringe Schulbildung. Einige Probanden waren Analphabeten und einige besaßen nur einen Grundschulabschluss.

Ali (16 J.): „Keiner war bei uns zu Hause um auf mich aufzupassen. Deswegen hat meine Mutter mich immer mitgenommen, um Altpapier und Zeitungen zu sammeln. Bis vor einem Jahr war ich nirgendwo angemeldet. Aufgrund dessen hat keiner bis jetzt nach mir gefragt, ob ich in die Schule gehe oder nicht. Für meine Mutter war sehr wichtig, dass ich auf der Arbeit bei ihr war, aber die Schule nicht so.“

Bei der Mehrzahl der Probanden handelte es sich um Schulabbrecher ab Klasse 7.

Tarik (16 J.): „Nach der 7. Klasse musste ich mich für die Aufnahmeprüfung für das Gymnasium vorbereiten. Die ganze Zeit musste ich nur lernen aber das Lernen machte mir überhaupt keinen Spaß und ständig hatte ich Kopfweg. Aber ich konnte meinen Eltern nicht sagen, dass ich auf das Lernen keine Lust hatte, weil sie für mich, für den Privatlehrer so viel bezahlt haben. Dann hatte ich wirklich ein schlechtes Gewissen.“

Mustafa (16 J.): „Was konnte es mir bringen, wenn ich mit dem Gymnasium fertig war. Meine Eltern konnten mich wegen finanzieller Schwierigkeiten sowieso nicht zur Universität schicken. Darum kam es mir immer als Unsinn vor zur Schule zu gehen anstatt woanders Geld zu verdienen.“

Der überwiegende Teil der Probanden war neben dem Schulbesuch Gelegenheitsarbeiten als Handwerker, Schuhputzer und Verkäufer nachgegangen.

Fazli (15 J.): „Nach der Schule war ich in unserer Autowerkstatt, um meinem Vater zu helfen. Für meinen Vater war es sehr wichtig, dass ich seinen Beruf weitermache.“

Eltern -Kind- Beziehung und Konflikte

Zehn Probanden hatten von ihren Eltern seelische und finanzielle Unterstützung erhalten, wenn sich bei ihnen in Schule, Freundeskreis und am Arbeitsplatz Probleme einstellten.

Über die Pubertätsentwicklung wurden sie durch ihre Familien aufgeklärt, im Falle diesbezüglicher Schwierigkeiten wurde ihnen vielerlei Hilfe angeboten.

Coskun (15 J.): „Als gewünschtes und geliebtes Kind habe ich immer in der Familie etwas zu sagen. Meine Eltern, vor allem meine Mutter, haben mich sehr verwöhnt und für mich alles getan und verbargen meine Geheimnisse, wenn ich es ich wollte. Bei jeder Kleinigkeit waren sie für mich da, aber ich wollte in der Schule und in unserer Umgebung auch immer bestimmen, was mich ständig zum Streit führte.“

Neun Probanden wurden meist nur von ihren Müttern bei Problemen finanzieller oder schulischer Natur unterstützt. Kamen sie mit dem Gesetz in Konflikt, waren die Mütter die einzigen, die ihre Kinder bei den Behördengängen begleiteten. Die Väter verbrachten kaum Zeit mit ihnen und erfuhren von den Problemen der Jugendlichen stets nur über den Umweg der Mütter.

Ahmet (14 J.): „Mein Vater hat meine Probleme und Wünsche immer durch meine Mutter erfahren. Wenn mein Vater zu Hause war, redete er nicht mit uns, weil er immer vor dem Fernseher saß und er hatte in der Hand die Fernbedienung und die ganze Zeit wechselte er die Programme. Dies nervte mich und ich zankte mich mit ihm. Aber meine Mutter war immer da, wenn ich sie brauchte.“

Die anderen Jugendlichen versuchten oft sich ihnen entgegenstellenden Konflikte mit Hilfe von Freunden oder Geschwistern zu lösen.

Aslan (14 J.): „Fast alle meine Freunde haben gleiche Probleme gehabt, wie ich, wir redeten oft über unsere Probleme und einige Erfahrene gaben uns Informationen über viele Sachen.“

Irfan (17 J.): „Meine älteste Schwester war meine beste Beraterin und informierte mich über alles, wie ich mit meinen Problemen umgehe, und begleitete mich in jedem Bereich.“

Einige Probanden sprachen über ihre Probleme mit niemandem und sie besaßen auch keinerlei Wissen und Kenntnisse zum Problemumgang und zur Problemlösung.

Davut (14 J.): „Vor der Schule hatte ich wirklich Angst und ich konnte in der Nacht kaum schlafen. Und wenn ich geschlafen habe, habe ich nur Alpträume gehabt, ich nässte ein. Es war zu Hause ein wichtiger Grund zum Streiten.“

Ugur (17 J.): „In meiner Umgebung hatten alle Erwachsenen viel zu tun und keiner hatte Zeit für Kinder. Sie sprachen untereinander kaum, ja, dann wusste ich nicht, mit wem und was ich reden sollte. Ob ich Probleme hatte, keine Ahnung.“

Soziales Umfeld und Wohnsituation

Der große Teil der Jugendlichen lebte im Ghetto, in den sozial benachteiligten Stadtteilen sowie zur Miete in Zwei- bis Drei-Zimmerwohnungen.

Hüseyin (15 J.): „Die Miete ist in Istanbul unbezahlbar, deswegen wohnen wir in dem Stadtteil, wo mehr Gecekondu (in der Nacht gebaute Wohnungen) sind. Außerdem wohnen die Leute hier, die genau wie wir sind.“

Ahmet (14 J.): „Was mein Vater verdient, er kann damit nur die Miete bezahlen, mit dem Lohn von meinem Bruder müssen wir einen Monat lang auskommen.“

Einige Probanden-Familien besaßen Eigentumswohnungen, die in der Regel auch in den sozial benachteiligten Stadtteilen Istanbul lagen. Dort waren meist die alten Bekanntschaftskreise aus der Heimatstadt oder Verwandte ansässig, die sich gegenseitig sozialen Zusammenhalt zu geben versuchten.

Ünal (16 J.): „Ich frage mich oft, wo lebe ich, in Istanbul oder Samsun. Obwohl ich fünf Jahre in Istanbul bin, habe ich von Istanbul gar nichts gesehen, ich sehe immer noch die Menschen aus meiner alten Stadt. Es hat sich fast gar nichts geändert, nur der Name der Stadt.“

Güven (15 J.): „Das nervt mich immer noch, die soziale Kontrolle von meinen Verwandten, wohin ich gehe, mit wem ich mich treffe. Ich denke mir, dass ich wieder im Dorf bin.“

Nur vereinzelte Probanden besaßen ein eigenes Zimmer, andere hingegen mussten ihre Zimmer in den Wohnungen mit ihren Geschwistern oder anderen Angehörigen teilen.

Ünal (16 J.): „Meine Großmutter lebt mit uns zusammen und ich teile mein Zimmer ungewollt mit ihr. Ich mag das erstens nicht, weil ich in meinem Zimmer frei sein will, aber das geht nicht. Und zweitens schnarcht sie manchmal, dies stört mich sehr.“

Die meisten Eltern der Probanden litten unter finanziellen Schwierigkeiten. Sie konnten ihre Miete nicht bezahlen und waren deshalb oft gezwungen, den Wohnort zu wechseln. Ein stetiger Wechsel der vertrauten Umgebung war die Folge.

Cem (14 J.): „Meine Eltern haben sehr oft kein Geld, um Lebensmittel zu kaufen oder die Miete zu bezahlen. Deswegen müssen wir sehr oft umziehen. Dann habe ich fast nirgendwo Freunde und ich bin immer einsam und traurig.“

Religion

Fast alle Probanden kamen aus einem gläubigen Elternhaus und erhielten eine religiöse Erziehung. Den religiösen Verpflichtungen kamen meist die Mütter nach, die Vätern nur an Freitagen oder bei Gelegenheit.

Sabri (15 J.): „Bei meiner Familie ist Religion sehr wichtig. Alle müssen nach den religiösen Werten und Normen leben. Die religiöse Erziehung habe ich wirklich verinnerlicht, bis ich angefangen habe Drogen zu konsumieren. Nach der Therapie habe ich auf jeden Fall vor, die religiösen Rituale zu erfüllen, weil die mir wirklich Kraft schenken und mich vor schlechtem Verhalten schützen.“

Kadir (14 J.): „Obwohl meine Eltern, vor allem meine Mutter, sehr religiös sind, haben sie mich aber nicht gezwungen, nach der Religion zu gehen. Ich habe immer gefastet, gebetet, ab und zu die Moschee besucht, bis ich Drogen konsumierte, weil diese Werte mir wichtig waren.“

In den Probandenfamilien wurden außer Alkohol keine sonstigen Suchtmittel konsumiert.

Ismail (16 J.): „Wie ich zu Hause mitbekommen habe, bin ich aus der Familie die einzige Person, die bis jetzt Drogen konsumiert hat. Keine Droge war ihnen bekannt, bis meine Mutter in meiner Hosentasche Haschisch gefunden hat.“

20 Väter nahmen ständig Alkohol zu sich, sieben Väter nur bei Gelegenheit. Über die Mütter lagen diesbezüglich keine Aussagen vor.

Kadir (14 J.): „Obwohl mein Vater an sich ein gläubiger Mensch ist, trinkt er bis jetzt noch Alkohol. Aus diesem Grund gab es ständig zu Hause Streit mit meiner Mutter, der uns Kinder sehr traurig und durcheinander machte.“

Amir (15 J.): „Mein Vater ist von Beruf Fahrer und alle zwei Tage kam er nach Hause mit einer Flasche Raki oder besoffen. Falls er zu Hause trinkt, müssen alle Kinder sich beim Trinken mit ihm unterhalten. Aber wenn er betrunken nach Hause kommt, weckt er uns auf, möchte seine Gefühle uns zeigen und mit uns spielen, obwohl er noch nicht mal stehen kann. Als ich sehr klein war, war mir egal, was er mit uns machte. Aber mit der Zeit störte mich sein Verhalten sehr, weil ich in der Schule nach Alkohol roch und deshalb keiner mit mir spielen wollte. Wenn er zu Hause getrunken hatte, dann schwänzte ich am nächsten Tag die Schule, weil ich mich sehr schämte und nicht wollte, dass die Kinder über mich reden.“

Risikofaktoren des Drogenkonsums

Lediglich 15 Jugendliche sagten aus, sie würden sich ihre Väter zum Vorbild nehmen. Der übrige Teil der Jugendlichen fand den Vater als Vorbild etwas altmodisch, streng und besonders in Fragen der Kindererziehung ungebildet.

Sahin (14 J.): „Aber leider lernte ich von meinem Vater gar nichts und er versuchte uns zu erziehen wie er erzogen worden ist. Dies passt zur heutigen Zeit überhaupt nicht.“

Fast alle Jugendlichen hatten innerhalb der Familie sehr selten über ihre Probleme gesprochen, mit denen sie besonders in der Pubertät konfrontiert gewesen waren.

Tarik (16 J.): „Ein paar Jahre habe ich ein ganz komisches Gefühl gehabt, dass mein Körperwachstum sehr langsam im Vergleich mit normalen Gleichaltrigen war. Ganz ehrlich, diese blöden Gedanken verfolgten mich Tag und Nacht fast bis zum Selbstmord. Darüber konnte ich mit niemandem reden, weil ich nicht wusste mit wem.“

Vereinzelte Probanden sprachen darüber mit der Mutter, andere mit ihren Freunden oder ihren männlichen Verwandtschaftsmitgliedern, manche jedoch mit überhaupt niemandem.

Ugur (17 J.): „Ich habe mich so geschämt über meine komischen Gefühle mit jemandem zu reden, weil ich Tausende Gedanken im Kopf hatte. Oh, mit meinem Vater rede ich überhaupt nicht, wenn dann eher mit meiner Mama.“

Ali (16. J.): „Über meine Körperveränderung redete ich mit meinem Cousin, der fast mein bester Freund war. Unter uns existierte kein Tabuthema. Er informierte mich über alles, was ich in dem Alter wissen wollte, sogar noch mehr.“

Der größte Teil der Jugendlichen besaß in der Pubertätsphase eine große Kommunikationsbarriere zu den Eltern, die sie oft unsicher und ängstlich machte.

Imam (17 J.): „In unserer Clique waren einige Ältere dabei, durch die ich viele Sachen gehört habe, die ich sonst niemals von meiner Eltern hören konnte. Es war nicht nur für mich schwer über viele Sachen zu reden, sondern für meine Eltern auch. Nein, es geht einfach nicht.“

Ömer (16 J.): „Zu viel Respekt und Barrieren habe ich zu meiner Familie, die mich blockierten, mich ihnen gegenüber zu öffnen. Das ist aber komisch, dass man keinen Mut hat mit der eigenen Familie in der schwierigen Zeit zu reden.“

Tamer (15 J.): „Ich war damals so ahnungslos, weil ich nicht wusste, was bei mir das Problem war. Viele Sachen konnte ich nicht einordnen und wahrnehmen und ich wusste wirklich nicht, mit wem ich reden konnte. Ich

dachte mir, mich kann sowieso keiner verstehen. Leider bin ich heute noch der Meinung.“

Die Jugendlichen nannten unterschiedliche Gründe für ihren Drogenkonsum:

Mehmet (16. J.): „Mit 13 Jahren habe ich angefangen, Schnüffelstoff zu konsumieren. Nach dem Konsum konnte ich gut schlafen, und meine Angst vor der Schule und fremden Person ließ nach. Fünf Jahre lang machte ich weiter, bis mein Lehrer meine Mutter informiert hat.“

Veli (15 J.): „Nach der Schule arbeitete ich in einem Hufeisenladen, in dem viel Schnüffelstoff verkauft wird. Einige Kinder kauften immer davon und dadurch lernte ich es kennen. Dann konsumierte ich mit und besorgte für sie aus dem Laden Konsummittel. Nach einiger Zeit konnte ich nicht mehr bis abends warten und schnüffelte auch tagsüber im Laden, bis es auffälliger wurde und mein Chef es merkte.“

Karan (15 J.): „Der Freund, mit dem ich immer unterwegs war, bei ihm habe ich das erste Mal gesehen, wie er Schnüffelstoff konsumiert hat. Nach dem Konsum war er sehr locker und erzählte mir von seiner Fantasie. Ehrlich, in dem Moment hatte ich überall zahllose Probleme, die ich nicht einfach lösen konnte. Mein Vater wurde arbeitslos, die Wohnung wurde gekündigt und daraufhin fanden wir keine neue Wohnung und haben kein Geld gehabt, um Essen zu kaufen. Diese Situation zu Hause hatte lange gedauert und ich konnte dies nicht mehr aushalten. Um dies zu vergessen, probierte ich bei meinem Freund auch Marihuana und Haschisch aus.“

Einige Jugendliche besaßen kein Selbstvertrauen und litten darunter, dass sie von ihrer Familie nicht ernst genommen wurden.

Simer (16 J.): „Endlich habe ich mich getraut, in einer Gruppe Fußball zu spielen. Zum ersten Mal war ich richtig unter Menschen, die mich ansprachen und ernst nahmen. Es ist was anderes als die Familie. Meine Stiefmutter nahm mich sehr selten wahr und ich bin immer das schwarze Schaf zu Hause. Wenn zu Hause was schief geht, bin ich schuld dran. Die Toleranz und Aufmerksamkeit, die ich zu Hause gesucht habe, finde ich endlich in der Gruppe.“

Wegen des Schulwechsels gerieten manche Probanden in Schwierigkeiten.

Osman (15 J.): „Mit zehn Jahren kam ich aus Diyarbakir nach Istanbul und ging sofort in die Schule, in der ich mich nicht wohl gefühlt habe, weil ich nicht nur von Mitschülern, sondern auch von der Klassenlehrerin nicht akzeptiert wurde. Meine Lehrerin hat mich als Dörfler erniedrigt und über meine Aussprache gelacht. Aus diesem Grund machte mir die Schule keinen Spaß und ich ging als Schuhputzer arbeiten. Im Winter war mir auf der Straße kalt und deswegen konsumierte ich Drogen bei der Arbeit. Bis ich nach Hause kam, war die Wirkung der Droge vorbei. Dann ging ich sehr leise ins Bett. Meine Mutter dachte immer, dass ich nach 13 Stunden Arbeit müde bin. Keiner hatte zu Hause von meinem Drogenkonsum erfahren, bis ich gekündigt wurde.“

Umgang mit den Drogenproblemen

Das Einstiegsalter war bei den Probanden unterschiedlich. Acht Personen fingen mit acht bis neun Jahren mit Schnüffelstoff an. Die anderen begannen meist mit 13 - 15 Jahren.

Ozan (14 J.): „Mit acht Jahren fing ich an, in der Schule an Klebstoff zu riechen, weil es mich sehr anlockte und nach dem Gebrauch beruhigte.“

Sämtliche Probanden konsumierten zu Beginn ihrer Drogenkarriere Schnüffelstoffe, Tabletten, Ecstasy und mit der Zeit zusätzlich Haschisch. In der Regel wurden die Mittel erstmals mit einem Freund oder in einer Gruppe konsumiert. Die Schnüffelstoffe wurden von ihnen bei Eisenwarenhändlern zu niedrigen Preisen beschafft. Alle Drogenkonsumenten verheimlichten den Drogenkonsum vor ihren Eltern, manche sogar über einen Zeitraum von drei Jahren.

Can (15 J.): „Bevor ich nach Hause kam, konsumierte ich Schnüffelstoff auf der Arbeit. Bis ich zu Hause ankam, war die Wirkung des Mittels vorbei, dann ging ich sehr leise ins Bett.“

Die Kenntnis über den Drogenkonsum ihrer Kinder traf die Eltern unvorbereitet und löste bei ihnen zunächst ein aggressives Gewaltverhalten, Verwirrung, Enttäuschung und Depressionsgefühle aus.

Hüseyin (15 J.): „Meine Eltern konnten überhaupt nicht glauben, dass ich Drogen genommen habe, weil sie so was von mir nie erwartet haben.“

Nur zwölf Probanden berichteten, dass sie von den Eltern überhaupt nicht geschlagen und in ihrer Freiheit begrenzt, sondern nur gelegentlich angeschrien wurden.

Inan (17 J.): „Nachdem meine Eltern von meinem Drogenkonsum erfuhren, waren sie zu mir überhaupt nicht aggressiv oder gewalttätig und sie wollten mich auf der Stelle zum Arzt bringen.“

13 Jugendliche erhielten teils Strafen teils wurden sie beschimpft, angeschrien und geschlagen.

Fazli (15 J.): Ununterbrochen hat meine Mutter mich angeschrien und mit mir geschimpft, es war ihr egal, ob ich zu Hause allein war oder auf der Straße, und sie konnte sich einfach nicht beherrschen.“

Ekrem (14 J.): „Ich wurde von meiner Mutter geschlagen und ein paar Stunden im Zimmer eingesperrt. Und mein Onkel hat in mein Gesicht gespuckt und mich verflucht.“

25 Probanden sahen sich unterschiedlichen Gewalterfahrungen mit ihren Angehörigen ausgesetzt. Genannt wurden: die Verabreichung von Schlägen, Bestrafungen,

Freiheitsbeeinträchtigungen im Alltag, Zwangstherapie und in manchen Fällen die Zwangsverschickung in eine andere Stadt.

Mehmet (16 J.): „Mein Vater hat mich fast totgeschlagen und dann ins Dorf geschickt, damit ich dort von dem Konsum fernbleibe.“

Wegen des Drogenkonsums gerieten die Probanden mit ihren Eltern in Konflikt, was dazu führte, dass die Jugendlichen zeitweilig ihr Leben auf der Straße verbrachten.

Riza (15 J.): „Ah, ich übernachtete drei Tage lang unter einer Brücke, bis meine Eltern mich wieder fanden. Ich wollte ihnen nur zeigen, dass ich nicht mehr den ganzen Krach mitmachen kann.“

Nutzung der Therapieangebote

Insgesamt 35 interviewte Jugendliche befanden sich in therapeutischer Behandlung. 20 Probanden, die zur ersten Gruppe zählten, waren aus eigenem Willen und mit Unterstützung ihrer Eltern in die Therapie gelangt. Sie zeigten sich mit der Behandlung sehr zufrieden und hatten dadurch neue Lebensperspektiven gewonnen.

Karan (15 J.): „Nach der dreijährigen Erfahrung teilweise auf der Straße wurde mir klar, dass ich nicht mehr so leben kann, weil ich es körperlich nicht mehr verkraften konnte. Und meinetwegen ist meine Mutter sehr krank geworden. Durch die Unterstützung von meiner Mutter und eigenem Willen bin ich zur Behandlung gekommen. Es war vorher kein Leben.“

Ibo (16 J.): „Aus eigenem Willen bin ich zur Therapie gekommen, weil ich mit dem Konsum aufhören will, und meine Eltern unterstützen mich dabei, vor allem meine Mutter. Vor ein paar Tagen wurde ich verlobt und ich muss für meine Verlobte Verantwortung tragen. Dies kann ich nur machen, wenn ich dann kein Verlangen im Kopf habe. Dann denke ich mir, eine Therapie ist in dem Fall sehr wichtig.“

15 Probanden wurden teils durch die Polizei, teils durch Heime oder Schulen in eine Therapie überstellt. Eigene Motivation und erkennbarer Therapiewille waren bei ihnen weniger stark ausgeprägt.

Cengiz (15 J.): „Die Polizei hat mich zweimal hierhin gebracht. Nach ein paar Tagen bin ich von hier weggelaufen, weil ich es hier nicht aushalten kann und ich noch meine Mittel brauche. Diesmal muss ich mich erstens testen, wie lange ich ohne Mittel aushalten kann, und zweitens will ich mit der Polizei keine Probleme haben.“

Selcuk (16 J.): „Ja, Therapie finde ich auch gut. Aber am besten gefällt mir hier, Lesen und Schreiben zu lernen. Mein Verstand und Herz sind überhaupt nicht einig: Eins will noch Mittel und das andere will Geduld und Ausdauer bei der Therapie. Das zwiespältige Gefühl, das ich habe, stört mich sehr.“

Erdal (14 J.): „Am Anfang war ich ehrlich für die Therapie nicht so motiviert, und ich dachte mir, was kann ich denn hier machen. Aber mit der Zeit lerne ich in der Therapie viel. Und was mich hier motiviert, ist, dass ich überhaupt nicht allein mit den ganzen Problemen bin.“

Zukunftsvorstellungen

Nur fünf Personen der Probandengruppe waren bestrebt die Schule fortzusetzen.

Selcuk (16 J.): „Wenn ich die Schule nicht weiter mache, kann ich leider keinen Führerschein erwerben. Oh ja, mir ist auch wichtig einen Schulabschluss zu haben.“

Inan (17 J.): „Die Schule, die ich in der 8. Klasse abgebrochen habe, die möchte ich auf jeden Fall zu Ende bringen und noch studieren.“

Alle anderen waren gewillt zu arbeiten und in ihren angelernten Berufen weiter tätig zu sein.

Mehmet (16 J.): „Nach der Therapie möchte ich unbedingt arbeiten, mir ist egal, was ich finde, aber Hauptsache eine Arbeit.“

Emin (17 J.): „Ich werde wieder anfangen, beim Friseur zu arbeiten, wo ich damals drei Jahre lang gearbeitet habe. Nach einem Jahr habe ich vor, mit meiner Schwester einen Friseurladen aufzumachen.“

Die Probanden, die sich noch in der Therapie befanden, beabsichtigten nach deren Ende weiter bei ihren Familien zu leben, getragen von dem Wunsch, Drogen endgültig entsagen zu können.

Özcan (15 J.): „Nach der Therapie gehe ich sowieso zu meiner Familie zurück und ich werde mit denen zusammen wohnen. Mein einzigen Wunsch ist, dass ich von Drogen fernbleibe und nie mehr so was erlebe, was ich in vier Jahren erlebt habe, dies wünsche ich keinem.“

Ömer (16 J.): „Ich habe auf den Koran versprochen, dass ich nie mehr irgendein Mittel zu mir nehme. Trotz allem habe ich manchmal große Angst davor und vor meiner Zukunft.“

Diese Jugendlichen wollten in Zukunft ihr Leben gut organisieren, um später eine Familie zu gründen, über die sie jedoch ganz andere Zielvorstellungen hatten als ihre Eltern. Genannt wurden: Offenheit, Toleranz, gegenseitige Akzeptanz, kein ständiger Krach, Gleichberechtigung in der Ehe, Zuwendung und viel Zeit für die Kinder.

Turgay (16 J.): „Die Zeit, in der wir leben, ist verändert, ich kann mir nicht vorstellen, dass ich meine Kinder und Frau schlecht behandle, nein, das passt mir nicht, solche Fehler mache ich nie wie meine Eltern.“

Ibo (16 J.): „Wenn ich bereit bin zu heiraten, dann suche ich meine Partnerin ohne meine Eltern aus, wie ich will. Wenn ich genug Geld und Zeit habe, dann möchte ich Kinder haben und auf keinen Fall ungekehrt.“

Die 15 Probanden, die der zweiten Gruppe zuzurechnen waren, gelangten durch die Polizei oder soziale Institutionen in therapeutische Behandlung. Meist war ihre Entzugsbereitschaft noch nicht entwickelt, sie versuchten aber dennoch die Therapiesitzungen wahrzunehmen.

Veysel (14 J.): „Die Polizisten haben mich auf der Straße beim Klauen erwischt und direkt hierhin gebracht. Eigentlich konnte ich mich aus Angst und Höflichkeit nicht gegen sie wehren und zwei Mal bin ich hier abgehauen. Es fällt mir schwer mit dem Stoff aufzuhören.“

Einige dieser Jugendlichen waren Analphabeten und lernten während der Behandlung Lesen und Schreiben. Sie hatten schlechten und unregelmäßigen Kontakt zu ihren Eltern und wurden von ihnen nicht viel unterstützt.

Riza (15 J.): „Was mir hier gefällt, ist Lesen und Schreiben zu lernen, was ich bis zum 15. Lebensjahr nicht getan habe, das ist für mich jetzt ganz neu.“

Diese Jugendlichen machten einen verwahrlosten Eindruck, da sie bereits seit langer Zeit ihr Leben auf der Straße verbrachten. Zumeist litten sie unter starken Konzentrationsschwierigkeiten wie auch unter Zahnschmerzen. Acht Jugendliche aus der zweiten Probandengruppe waren entschlossen, weiter behandelt zu werden, da ihre Befürchtung groß war, erneut rückfällig zu werden. Darüber hinaus zeigten sie eine deutliche Selbstunsicherheit, besaßen keine klare Lebens- und Zukunftsperspektive und auch keine Vorstellung davon, wo ihr künftiger Lebens- und Aufenthaltsort liegen könnte. Aufgrund dessen zogen sie es vor zunächst weiter in der Therapiestätte zu bleiben.

Ayhan (14 J.): „Ich weiß nicht, was ich machen werde, wenn ich nicht hier bin. Seit zwei Jahren bin ich hier, weil ich zwischendurch immer was konsumiert habe. Ich weiß wirklich nicht, was mit mir passiert.“

Sieben Jugendliche bereiteten sich schrittweise darauf vor, binnen einer Frist von wenigen Monaten wieder zu den Eltern bzw. ins Heim (mit Berufsschule) zurückzukehren. Drei Elternpaare lebten dabei in Scheidung und fristeten ein ärmliches Dasein: Tagelöhnertätigkeiten oder finanzielle Unterstützung durch die Verwandtschaft war die Basis, auf der ihre materielle Existenz fußte.

Selcuk (16 J.): „Meine Eltern sind sehr arm und krank. Wenn ich zu denen gehe, dann werde ich aus Hunger sterben. Und als erstes bleibe ich hier, dann weiß ich nicht.“

Erbil (16 J.): „In ein paar Monaten werde ich zum Berufsbildungswerk gehen, ich freue mich darauf, dann werde ich dort ein Jahr lang bleiben.“

15 Probanden der dritten Probandengruppe befanden sich zum Befragungszeitpunkt in keiner Therapiemaßnahme und führten ihr Leben auf der Straße. Sie waren ohne Zukunftsperspektive. Neun Personen verweigerten die Therapie, waren andererseits aber auch nicht in der Lage von sich aus dem Drogenkonsum zu entsagen.

Miray (15 J.): „Ohne Konsum kann ich nicht aushalten und ich habe sowieso die Familie und Schule verlassen. Strafe ist für mich besser, bis ich irgendwann sterbe, weiß nicht mehr, nur Gott weiß.“

Sechs Probanden trugen sich mit der Absicht, ab einem nicht näher bestimmten Zeitpunkt in Therapie zu gehen, wobei ihnen jedoch eine Vorstellung über das Wann und Wie fehlte. Schlichter Überlebenswille und ein Totschlagen der Zeit waren die einzigen Ziele, zu denen sie sich bekannten. Zum Teil bestand Kontakt mit den Familien, von denen sie häufig aufgesucht wurden.

Abdul (14 J.): „Ganz ehrlich, wenn es gehen würde, möchte ich sofort auf der Stelle mit den Drogen aufhören. Meine Vernunft macht mit, aber leider kämpft mein Körper dagegen.“

11.3 VERGLEICH VON PROBANDEN AUS DEUTSCHLAND UND DER TÜRKEI

Die Emigrationsgeschichte der Probanden und ihrer Familien

20 türkische Probanden in Deutschland wurden mit 20 Probanden in der Türkei verglichen. Beide Probandengruppen befanden sich in der Therapie. Die Probanden aus Deutschland waren im Alter von 14-21 Jahren. 80% waren in Deutschland geboren, 20% in der Türkei, diese wanderten aber im Kindesalter nach Deutschland ein. Fast alle kamen aus Arbeiterfamilien und lebten mit ihren Familien zusammen. In dieser Gruppe war kein Proband ein Einzelkind. Mit Ausnahme zweier Mütter waren alle anderen des Lesens und Schreibens mächtig. Sechs Familien hatten eine Binnenmigration in der Türkei erlebt, bevor sie nach Deutschland kamen und 14 Familien kamen direkt aus kleinen Städten und ländlichen Regionen der Türkei nach Deutschland.

Die Probanden aus der Türkei waren im Alter von 14 bis 17 Jahren. 70% der Probanden waren in Istanbul geboren und 30% wanderten im Kindesalter mit ihrer Familie nach Istanbul ein.

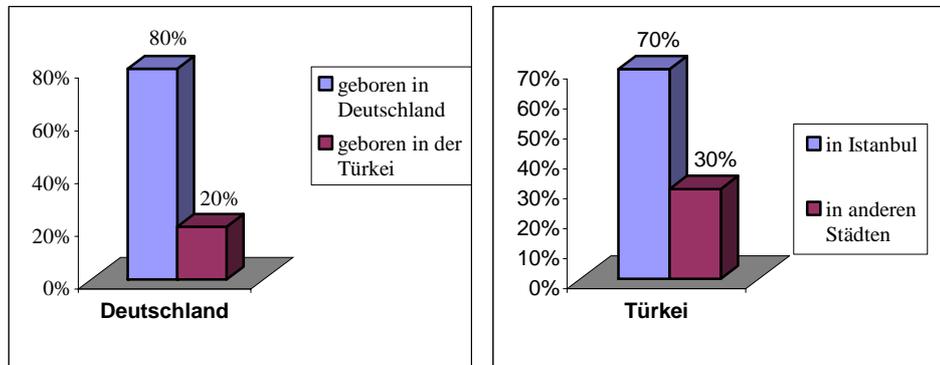


Abbildung 9. Emigrationsgeschichte der Probanden

Die Familien der Probanden aus der Türkei waren im Vergleich zu den Probanden in Deutschland relativ arm. Die Eltern waren im Alter zwischen 35 und 55 Jahren. Nur zwei Mütter und ein Vater besaßen keine Schreib- und Lesekenntnisse. Die Probandenfamilien waren mit der Hoffnung auf einen finanziellen Aufstieg und ein besseres soziales Leben zunächst aus anderen Regionen der Türkei nach Istanbul eingewandert. Dadurch waren viele Familien fragmentiert und es waren in diesem Zusammenhang Probleme aufgetaucht. Die Probandenfamilien aus Deutschland kamen aus denselben Beweggründen nach Deutschland. Es bestand also eine Ähnlichkeit zwischen den Probandenfamilien aus Deutschland und der Türkei. Andererseits existierte jedoch auch ein großer Unterschied zwischen beiden Gruppen von Probandenfamilien: Die eine Gruppe erlebte die Probleme der Migration im eigenen Land, die andere wiederum war mit diesen Problemen in der Fremde konfrontiert, in der darüber hinaus für sie noch weitere Widrigkeiten auftauchten, wie Schwierigkeiten mit der fremden Sprache und der Kultur oder auch diverse Konflikte mit dem Ausländerrecht.

Kindergarten

85 % der untersuchten türkischen Probanden in Deutschland besuchten über zwei Jahre hinweg einen Kindergarten, von denen 60 % gute Erinnerungen an die Kindergartenzeit besaßen. Lediglich 25 % hatten oft das Gefühl, anders als die deutschen Kinder zu sein und 15 % der Probanden wiederum besuchten gar keinen Kindergarten.

Die Probanden in der Türkei besuchten ebenfalls keinen Kindergarten, weil dies in der Türkei nicht üblich und für ihre Eltern nicht zu finanzieren war. Der Besuch des Kindergartens beruhte auf einer rein freiwilligen Entscheidung der Eltern.

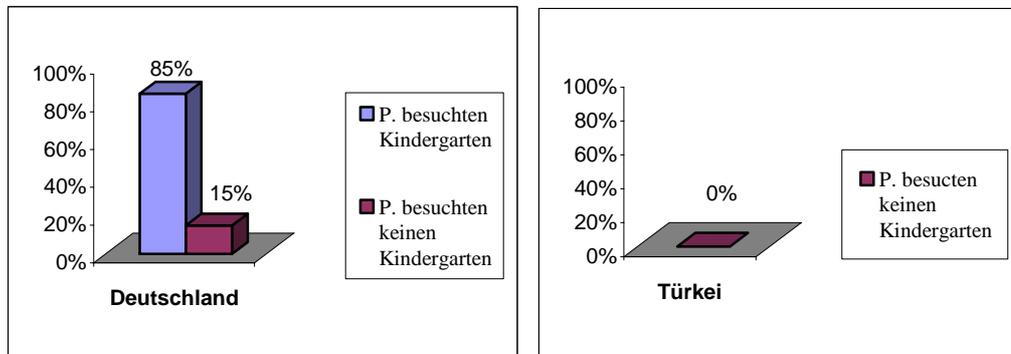


Abbildung 10. Besuch des Kindergartens

Schule

15% der Probanden aus Deutschland besaßen lediglich einen Hauptschulabschluss, die übrigen gar keinen Abschluss. Sie hatten, zumeist mit Ablauf der 7. Klasse, die Schule abgebrochen.

60 % der Schüler waren davor auf die Hauptschule gegangen, 20 % auf die Gesamtschule, 10 % auf die Realschule, 5 % auf die Sonderschule und schließlich 5 % auf das Gymnasium.

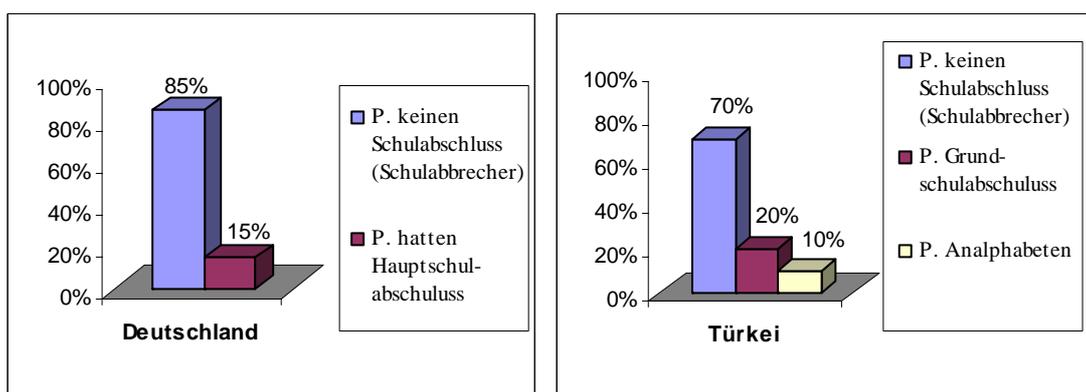


Abbildung 11. Schulabschluss der Probanden

Die Schulbildung war bei den Probanden aus der Türkei relativ gering. Auch die Probanden aus der Türkei waren zum großen Teil ab der 6. oder 7. Klasse Schulabbrecher. 10 % der Probanden waren Analphabeten, 20 % hatten einen Grundschulabschluss, 70 % waren Schulabbrecher, zumeist ab Klasse 7.

25 % der Jugendlichen wurden angelernt als Handwerker, Verkäufer oder arbeiteten als Schuhputzer. Die beiden Probandengruppen unterschieden sich auch in der Hinsicht, dass die Probanden aus Deutschland keine solchen Tätigkeiten ausübten.

Die wichtigste Gemeinsamkeit der beiden Gruppen in Bezug auf die Schule bestand darin, dass die meisten Jugendlichen in dieser Gruppe ab der 7. Klasse die Schule abgebrochen hatten. Laut Aussagen der Probanden aus Deutschland empfanden sie die Schule als zu anspruchsvoll, waren nicht lernmotiviert und standen in Konflikt mit Lehrern, Eltern, oder Freunden. Die Probanden aus der Türkei gaben dieselben Schulschwierigkeiten an wie die Probanden aus Deutschland und äußerten darüber hinaus, dass das Lernpensum ab Klasse 7 hoch sei, um in Klasse 8 den Aufnahmeprüfungen von weiterführenden Schulen (wie dem Naturwissenschaftlichen- und dem Anatolischen Gymnasium) gewachsen zu sein. Bei Nichtbestehen der Prüfung kamen für sie dann nur solche staatlichen Schulen in Betracht, die aufgrund ihres niedrigen didaktischen Stoffniveaus die Zugangsmöglichkeit der Schulabsolventen zur Universität erschweren.

Eltern-Kind-Beziehung

25 % der Probanden aus Deutschland hatten bis zum 13. - 14. Lebensjahr nach eigenen Angaben keine Konflikte mit ihren beiden Elternteilen. Sie sprachen von „einer guten Beziehung“. 15 % hatten bis zum Drogenkonsum lediglich „ein gutes Verhältnis“ zum Vater, 25 % nur eine konfliktfreie Beziehung zu den Müttern, und 35 % schließlich hatten eine gestörte Beziehung zu beiden Elternteilen.

25 % der Probanden aus der Türkei hatten „eine gute Beziehung“ zu beiden Elternteilen.

40 % der Personen hatten „eine schlechte Beziehung“ zu den Eltern.

25 % der Probanden hatten im Gegensatz zur Mutter „eine sehr schlechte Beziehung“ zum Vater. 10 % hatten „überhaupt keine Beziehung“ zu ihren Familien.

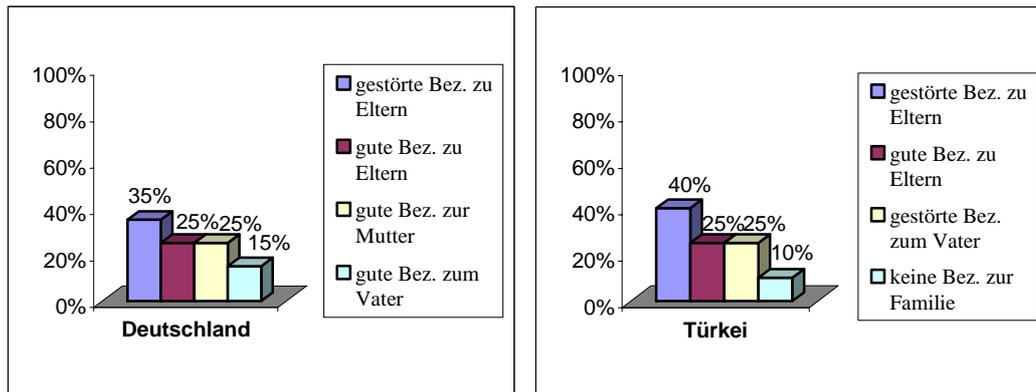


Abbildung 12. Konfliktwahrnehmung in der Eltern- Kind- Beziehung

Während der Therapiebehandlung wurden fast alle Probanden von ihren Angehörigen unterstützt, obwohl diese in ihrem Energievorrat durch die damit verbundenen Belastungen in finanzieller, seelischer und familiärer Hinsicht zusehends erschöpft waren. Besonders die Mütter der Probanden aus der Türkei legten großen Wert auf die Behandlung ihrer Kinder und nahmen an der Gruppentherapie teil. Dagegen nahmen keine Angehörigen der Probanden aus Deutschland an der Therapie teil. Nur einige weibliche Angehörige waren bei den Beratungsgesprächen in der Einrichtung und im Seminar anwesend.

Konflikte

30 % der Probanden aus Deutschland bekamen teilweise von ihren Eltern Unterstützung, wenn sie mit der Schule, Freunden und mit sich selbst Probleme hatten, und gaben an, dass sie mit ihren Eltern keine Konflikte hatten. 70 % der Probanden hatten jedoch oft versucht, ihre Probleme und Schwierigkeiten allein oder mit Hilfe der Freunde zu lösen.

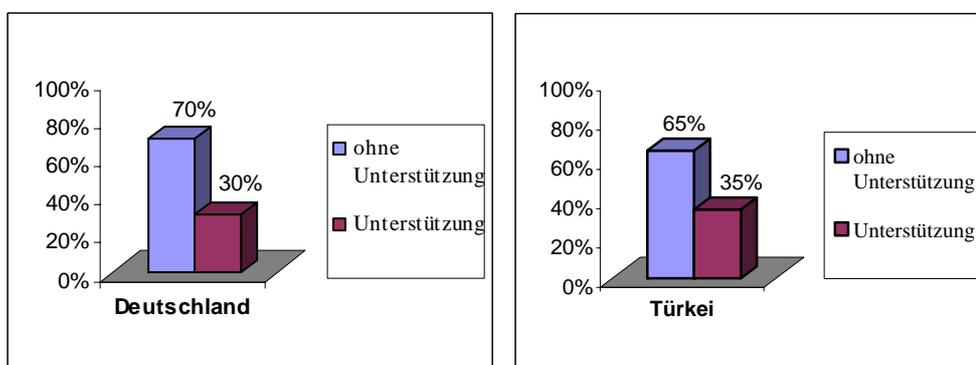


Abbildung 13. Unterstützung bei Problemlösung

35 % der Probanden aus der Türkei erfuhren meist von einem Familienmitglied, hauptsächlich von der Mutter oder der Großmutter Unterstützung, wenn sie mit Schule, Freunden oder mit sich selbst Probleme hatten. 65 % der Probanden versuchten ihre Probleme je nach Situation allein oder mit Hilfe der Freunde zu lösen.

Hauptkonfliktursachen waren bei beiden Probandengruppen nach eigenen Angaben meist Generations- und Kulturkonflikte, Armut, Lustlosigkeit, Langeweile, Schwierigkeiten mit der Schule, Familie, wegen der Scheidung der Eltern und Orientierungslosigkeit der Jugendlichen.

Die auffälligste Ähnlichkeit war bei beiden Probandengruppen, dass sie überwiegend ihre Probleme ohne Elternunterstützung lösen mussten, was bedeutet, dass zwischen Eltern und Probanden keine enge Beziehung und kein Vertrauensverhältnis bestanden.

Kulturelle Identität und Vorbilder

65 % der Jugendlichen aus Deutschland gaben an, dass sie von beiden Kulturen eine Menge sie prägendes angenommen hatten. 35% orientierten sich nach türkischen Normen und Werten. 30 % der Probanden hatten in Familie und Verwandtenkreis Vorbilder gehabt. 70 % hatten ständig wechselnde und zeitweise je nach Situation Vorbilder gehabt. Die Vorbilder lagen für sie meist außerhalb der Familie. 15 % der Jugendlichen behaupteten, dass ihre Väter alkohol- und spielsüchtig seien.

60 % der Probanden aus der Türkei nahmen sich deren Väter zum Vorbild, 25 % der Probanden wiederum taten dieses mit ihren männlichen Verwandten und älteren Brüdern.

15 % besaßen wechselnde Vorbilder außerhalb der Familie. Diese stammten aus der Schule, dem Arbeitsleben und der näheren Nachbarschaft. Die Väter von 40 % der Probanden tranken nach Angaben der Probanden oft Alkohol und verbrachten ihre Freizeit im Caféhaus.

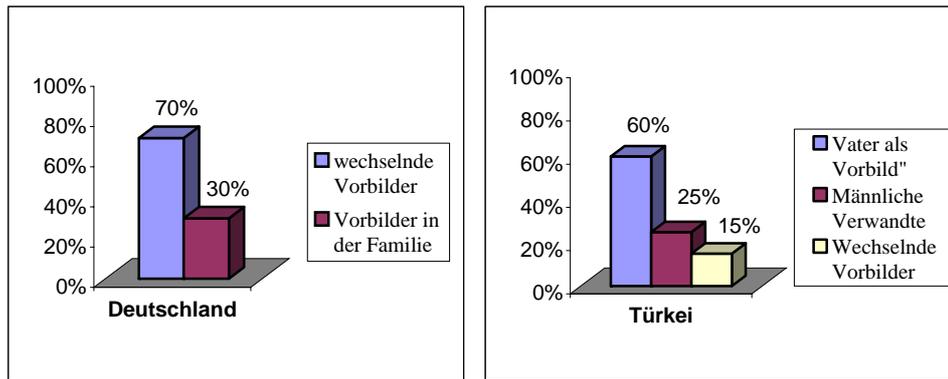


Abbildung 14. Vorbilder der Probanden

Bei ihrer Identitätsfindung sahen sich die Probanden aus Deutschland mit weitaus mehr Problemen konfrontiert als die Probanden aus der Türkei. 70 % der Probanden aus Deutschland hatten beispielsweise permanent wechselnde oder zeitweise je nach Situation Vorbilder gehabt. Dagegen hatten 60 % der Probanden aus der Türkei sich ausschließlich ihre Väter zum Vorbild genommen. Nach Angaben der Jugendlichen konsumierten die Väter der Probanden aus der Türkei in höherem Maße Alkohol als die Väter der in Deutschland lebenden Probanden.

Soziales Umfeld und Wohnsituation

Die Probanden aus Deutschland lebten meist in solchen Stadtvierteln, in denen die Miete günstig, dafür jedoch die Wohnbedingungen schlecht, die Wohnungen meist schlecht eingerichtet, alt und ohne Heizung waren. 20 % der Probanden verfügten über ein eigenes Zimmer, die restlichen 80 % mussten sich ihr Zimmer mit den Geschwistern teilen. 50 % der Probanden lebten in Hochhäusern mit mehrheitlichem Ausländeranteil. 30 % wohnten in Familienhäusern mit bis zu 12 bis 16 Mietparteien und einem hohen Migrantenanteil. 20 % der Probanden wiederum wohnten in einem Mehrfamilienhaus, in dem sie die einzigen ausländischen Mitbewohner waren. Bei deren Unterkünften handelte es sich zumeist um 2 bis 3-Zimmer-Wohnungen. 20 % der Probandenfamilien lebten in Eigentumswohnungen und 80 % zur Miete.

Die Probanden aus der Türkei wohnten, wie auch die Probanden aus Deutschland, bei ihren Eltern. 70% der Eltern wohnten zur Miete, 30% von ihnen wiederum besaßen Eigentumswohnungen, wenn auch meist in ungepflegtem Zustand und nur mit Heizöfen ausgestattet. Nur 15 % der Probanden wohnten in Einzelzimmern, der andere Teil teilte sich das Zimmer mit den Geschwistern oder mit einem Großelternanteil. Die Wohnungen

bestanden aus zwei bis drei Zimmern. Die Probanden wohnten in Wohnvierteln, deren Bewohner sich zu einem überwiegenden Teil aus Binnenmigrantenfamilien zusammensetzten. Erworben hatten die Probanden ihre Wohnunterkünfte über Verwandtschafts- bzw. Bekanntschaftskontakte am Heimatort, womit sich Wohnghettos herausgebildet hatten.

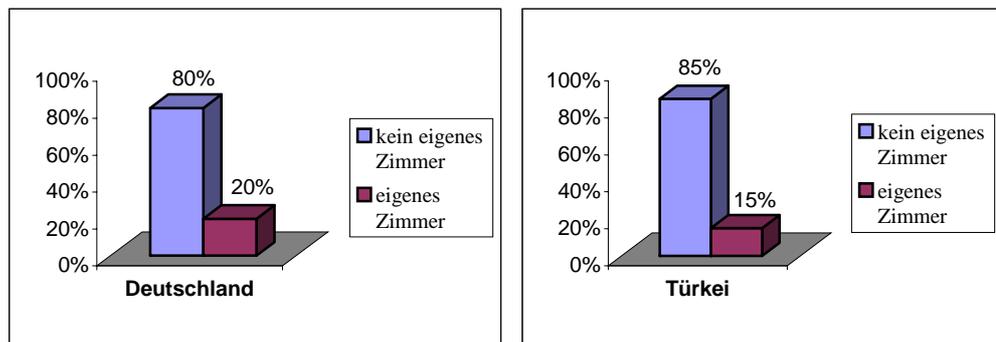


Abbildung 15. Wohnsituation der Probanden

Die Wohnsituationen der Probanden in der Türkei und in Deutschland wiesen starke Ähnlichkeiten auf. Obwohl die Wohnungen in der Türkei im Durchschnitt generell recht groß ausfallen, gestaltete sich die Wohnungsgröße bei einem Großteil der Probanden aus der Türkei eher klein.

Religion

90 % der Probanden aus Deutschland entstammten einem religiösen und überwiegend traditionellen Elternhaus. 10 % hingegen besaßen Eltern mit nur geringer religiöser und traditioneller Wertorientierung. Vor dem Drogenkonsum hatten die Jugendlichen meist in der Fastenzeit gefastet und waren gelegentlich in die Moschee gegangen. Nach dem Drogengebrauch hatte dies sehr nachgelassen. Nur ab und zu wurden die religiösen Aufgaben weiterhin erfüllt. 90 % der Probanden aus der Türkei berichteten, dass sie von ihren Eltern religiös erzogen worden waren, nur 10 % äußerten das Gegenteil. Vor dem Drogenkonsum hatten auch sie oft gefastet und gingen gelegentlich in die Moschee. Während des Drogengebrauchs war kein Proband seinen religiösen Pflichten nachgekommen. Die Probanden beider Gruppen empfanden sich selbst als nicht extrem religiös, sondern als gläubige bzw. moderne Muslime. Sie betrachteten es als belastend, in der heutigen Zeit den religiösen Verpflichtungen, wie beispielsweise dem fünfmaligen Gebetsritus, nachkommen zu sollen.

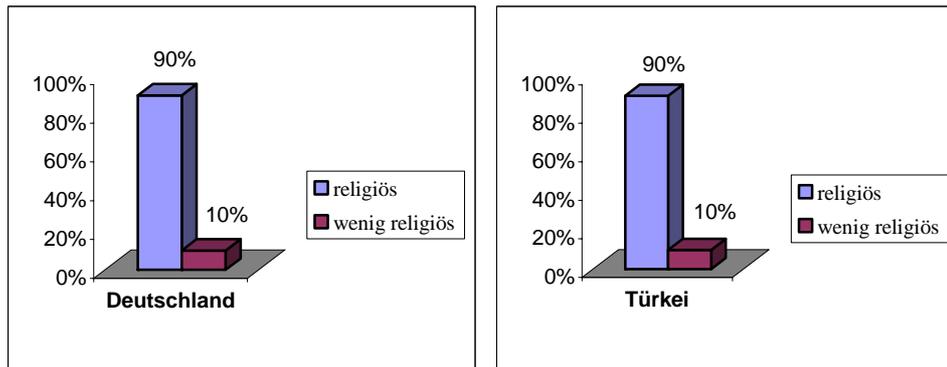


Abbildung 16. Religiosität der Probanden

Fast alle Probanden aus beiden Gruppen waren während des Drogenkonsums nicht in der Lage, ihre religiösen Pflichten weiterhin zu erfüllen. In diesem Gemütszustand verloren diese zunehmend an Bedeutung. Zwar berichtete ein Großteil der Probanden aus beiden Gruppen, dass sie nach der Therapie ihre religiösen Aufgaben weiterhin nachgehen mochten, weil sie dies, um sich vom Drogenkonsum fernzuhalten, als wichtig erachteten. Fraglich ist jedoch, inwieweit die Jugendlichen dies auch wirklich erfüllen können oder wollen.

Risikofaktoren des Drogenkonsums

10 % der Jugendlichen aus Deutschland hatten mit 13 Jahren, 30 % mit 15 Jahren, 35 % mit 16 Jahren und 25 % mit 17 Jahren damit begonnen, Marihuana und Haschisch zu konsumieren. Je nach Gelegenheit hatten sie zunächst einmal pro Woche, nach einem Jahr dann mehr als einmal wöchentlich Drogen konsumiert. Diese Probanden gaben folgende Ursachen für ihren Drogenkonsum an: Neugierde, falscher Freundeskreis, Zugehörigkeit zu einer Gruppe zu finden, um Probleme zu vergessen, Schamgefühl zu verbergen, sich Mut zu machen, Konflikte mit der Familie oder in der Schule nicht sehen wollen, durch Drogenkonsum neue Freundschaften zu schließen. Suche nach Anerkennung in der hiesigen Gesellschaft und Beseitigung dadurch entstehender Konflikte und Scheidung der Eltern.

25 % der Probanden konsumierten über drei Jahre Haschisch, Heroin oder Kokain.

15 % der Probanden hatten das Geld für den Drogenerwerb durch die Eltern erhalten. 55 % beschafften es sich mittels Diebstahl. 30 % der Probanden hatten eigens gearbeitet und gelegentlich Dealertätigkeiten ausgeübt, und sich auf diese Weise die Drogen beschafft. 15 % der Mütter hatten die Jugendlichen, damit sie während krimineller Handlungen

nicht aufgegriffen werden konnten, finanziell unterstützt und mitunter sogar selbst ihren abhängigen Kindern die Drogen beschafft. Lediglich 15 % der betroffenen Familien wussten vom Drogenkonsum ihrer Kinder. Die anderen Familien hatten davon erst durch Beschwerdebriefe von Schule, Ausbildungsstätte, Arbeitgeber oder durch die Polizei erfahren. Den Verdacht, dass ihre Kinder dem Drogenkonsum verfallen sein könnten, hegten die Mütter oftmals zeitiger als die Väter, ohne dass sie dies jedoch stichhaltig beweisen hätten können. Wurde dann der Drogenkonsum von den Müttern aufgedeckt, folgte seitens ihrer abhängigen Kinder das Versprechen, nicht mehr wieder zu Drogen greifen zu wollen. Aus den Motiven der Angst und der Unwissenheit heraus war den Müttern zunächst daran gelegen, ihre Entdeckung nicht öffentlich zu machen und stuften den Drogenkonsum als einen einmaligen Fehler ihrer Kinder ein.

10 % der Probanden aus der Türkei hatten mit acht Jahren, 25 % mit 13 Jahren, 35 % mit 14 Jahren und 30 % mit 15 Jahren begonnen Drogen zu konsumieren. Für den Drogenkonsum nannten die Probanden aus der Türkei beinahe dieselben Ursachen wie die Probanden aus Deutschland. Zusätzlich kam hinzu: spürbares Elend, ein großes Angst- und Unsicherheitspotential hinsichtlich der persönlichen Zukunftsperspektiven, was zu einem nicht geringen Teil mit der kritischen gesamtwirtschaftlichen Situation des Landes in Zusammenhang steht. 15 % Probanden konsumierten seit einem halben Jahr Schnüffelstoff. 35 % Probanden nahmen seit zwei Jahren Schnüffelstoff und auch bei Gelegenheit Haschisch. 40 % Probanden konsumierten über drei Jahre Schnüffelstoff, Haschisch und Tabletten und 10 % Probanden über vier Jahre Schnüffelstoff und bei Gelegenheit Haschisch und Tabletten. Nur 25 % der Probanden gelangten an die für den Drogenkonsum erforderlichen Geldmittel über ihre Eltern. Der übrige Teil der Probanden besorgte sich die Gelder durch Gelegenheitsarbeiten oder auf kriminellen Wege mittels Diebstähle sowie Dealertätigkeiten.

Die Mütter schöpften als erste aus dem familiären Umfeld der Abhängigen den Verdacht des Drogenmissbrauchs ihrer Kinder. Um Beweismitteln habhaft zu werden, hatten sie versucht, Kleidungs- und Wertgegenstände der Probanden zu inspizieren oder auch deren Atem zu kontrollieren. Die Verdachtsmomente wurden von ihnen zunächst geheim gehalten und erst in der Folge weitere Familienangehörige davon in Kenntnis gesetzt.

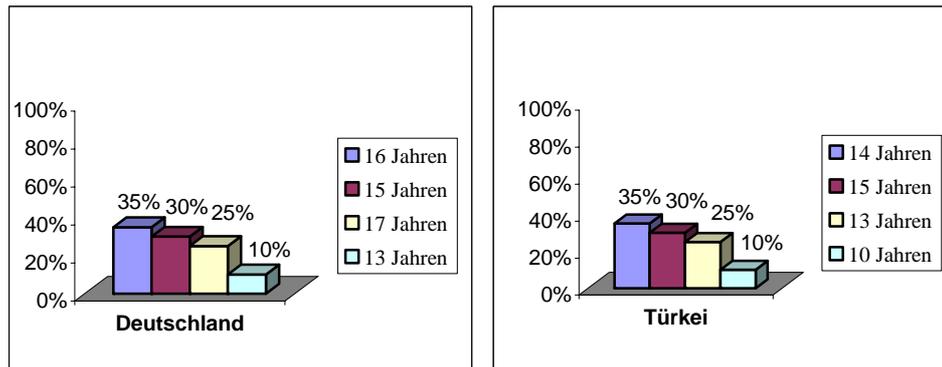


Abbildung 17. Beginn des Drogenkonsums

Ein bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Probandengruppen zeigt sich darin, dass die Probanden aus Deutschland zu den Drogensorten Marihuana, Haschisch, Heroin und Kokain griffen, wohingegen die Probanden aus der Türkei vorwiegend Schnüffelstoffe, Haschisch und Tabletten zu sich nahmen. Schnüffelstoffe sind preiswert und ohne großen Aufwand leicht zu besorgen. Haschisch war die einzige Rauschsubstanz, die von beiden Probandengruppen einheitlich konsumiert wurde. Ein weiterer zu nennender Unterschied besteht in der Tatsache, dass das Drogeneinstiegsalter in der Türkei nach der vorliegenden Datenerhebung mit 8 Jahren vergleichsweise niedriger liegt als in Deutschland, wo mit 13 Jahren damit begonnen wurde Drogen zu konsumieren.

Therapie

45 % der Probanden aus Deutschland wollten aus eigenem Antrieb sich in Suchtbehandlung begeben, wobei dies in Begleitung ihrer Eltern geschah. 55 % der Probanden wurden wegen Beschaffungskriminalität und Diebstahl verhaftet. 10 % der Probanden erhielten Bewährungsstrafen, die übrigen Jugendlichen hingegen Haftstrafen von ein bis zwei Jahren. Sie alle befanden sich in therapeutischer Behandlung, um den Drogenkonsum zu beenden. Dabei verspürten nur 25 % der Probanden den Wunsch, eine muttersprachliche Therapiebetreuung aufsuchen zu wollen. Den anderen Probanden war es gleichgültig, ob das Fachpersonal deutscher oder türkischer Herkunft war. Sie wollten aus verschiedenen Gründen nicht wählerisch sein. Denn zum einen bekamen sie direkt in der Nähe ihres Wohnortes eine Therapiemöglichkeit angeboten oder aber sie wollten das Therapieangebot umgehend annehmen, um nicht durch lange Wartezeit ihren Aufenthaltsstatus zu gefährden. Sie sahen für sich selbst kein Problem, mit dem deutschen Fachpersonal kommunizieren zu können, für sie galt die Priorität, zum Therapiepersonal eine positive Beziehung zu entwickeln. Dennoch äußerte die Mehrzahl

der Probanden, dass ein Großteil des deutschen Fachpersonals gegenüber ihren Eltern viele Vorurteile besaß. Für ihre Eltern wäre es dienlicher gewesen, wenn ein muttersprachlicher Therapeut die Therapiemaßnahme durchgeführt hätte.

Fast alle Probanden aus beiden Gruppen wurden von ihren Eltern bei der Therapie unterstützt, obwohl mitunter die Eltern ihre Kraft und Hoffnung auf einen positiven Therapieverlauf verloren hatten. Dieser Umstand verband alle Probandeneltern miteinander. Der bedeutsamste Unterschied zwischen ihnen lag hingegen darin, dass die Eltern der Probanden aus Deutschland das Drogenproblem ihrer Kinder zunächst lange Zeit geheim hielten, dann versuchten, es allein zu lösen, und erst spät professionelle Hilfe in Erwägung zogen. Im Gegensatz dazu eröffnete sich für die Probanden aus der Türkei die Aussicht auf professionelle Hilfe zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt. Die Angehörigen versuchten ihr drogenabhängiges Kind, vom erweiterten privaten Umfeld der Familie unbemerkt, zum Arzt zu bringen, mitunter auch, es in Therapie in eine andere Stadt zu schicken, soweit sich denn dort eine Unterkunftsmöglichkeit bei Verwandten anbot. Die Angehörigen der Probanden aus Deutschland litten unter dieser Situation mehr als die Angehörigen aus der Türkei, weil sie darüber hinaus mit der Angst vor Abschiebung ihrer Kinder lebten.

Sämtliche Probanden aus der Türkei wollten sich aus eigener Motivation heraus einer Entzugstherapie unterziehen, was in Begleitung der Eltern und mit deren vielseitiger Unterstützung geschah. 50 % der Probanden befanden sich in stationärer, 50 % der Probanden in ambulanter Behandlung. Als sie zwecks Drogenbeschaffung, Diebstähle zu verüben begannen, wurden sie von den Betroffenen bei Tatausführung gestellt, von ihnen jedoch nicht angezeigt, so dass ihre Straffälligkeit nicht aktenkundig wurde. Das Dilemma für diese Probanden bestand insbesondere darin, auf keine große Auswahl an Therapieeinrichtungen zurückgreifen zu können. Die Einrichtung, in der sie behandelt wurden, war die einzige kostenfreie Einrichtung in staatlicher Hand. Für eine Behandlung in den kostenintensiven privaten Therapiezentren verfügten diese Probanden bzw. deren Angehörigen über nicht genügend finanzielle Mittel.

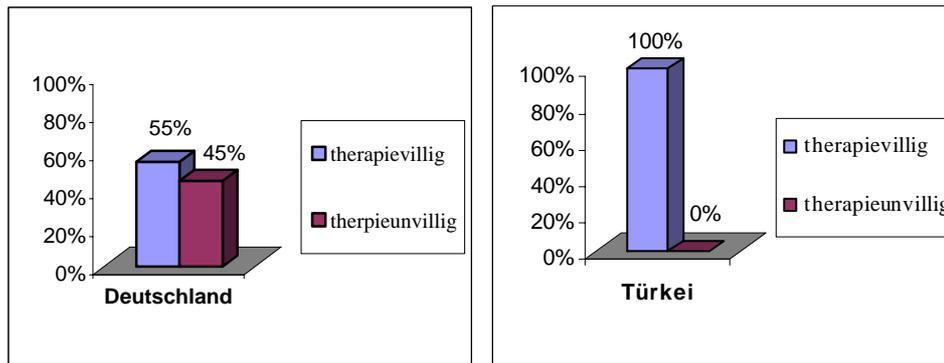


Abbildung 18. Therapiebereitschaft

Ein weiterer bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Probandengruppen bestand darin, dass in der Türkei der komplette Bestand der Probanden, in Deutschland jedoch nur 45 % von ihnen sich aus freien Stücken für eine Therapiemaßnahme entschieden hatten.

Zukunftsvorstellungen

100 % der Probanden aus Deutschland sprachen sich dafür aus, nach Beendigung der Therapie wieder nach Hause zu ihren Familien und Ehepartnern zurückzukehren. 40 % der Probanden verfolgten die Absicht, ihren Schulabschluss nachzuholen und einen Beruf zu erlernen. Der übrige Teil der Probanden wollte mit nicht näher bezeichneten Tätigkeiten Geld verdienen und weiterhin in Deutschland leben.

Gleiches galt für die Probanden aus der Türkei, die allesamt weiter bei ihren Familien leben wollten. 15 % der Probanden mochten ihre Schulabschlüsse nachholen und im Anschluss daran berufstätig sein. Diejenigen Probanden unterdessen, die damit beschäftigt waren, einen Beruf zu erlernen bzw. einen solchen bereits erlernt hatten, waren bestrebt, umgehend eine Anstellung zu finden, um so ihre Familie finanziell zu unterstützen und nach Beendigung des Militärdienstes einen eigenen Hausstand gründen zu können. Die Jugendlichen aus beiden Probandengruppen hatten den festen Willen, von Drogen fernzubleiben, ängstigten sich andererseits jedoch auch davor, künftig erneut rückfällig zu werden.

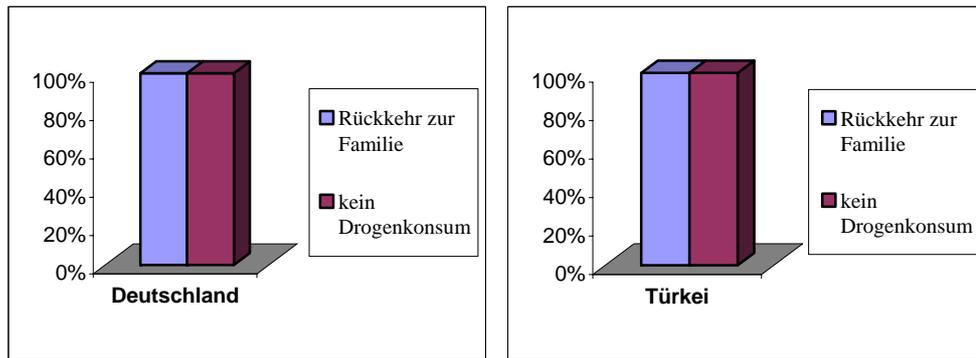


Abbildung 19. Zukunftspläne der Probanden

Die Jugendlichen aus beiden Probandengruppen gaben an, sich im Unterschied zu der Ehe ihrer Eltern eine liberale und gleichberechtigte Ehe zu wünschen. Sie wollten für ihre Kinder viel Zeit haben, die ihnen selbst besonders seitens ihrer Vätern nur selten geschenkt wurde. Deren Wunsch Kinder zu bekommen, war dabei abhängig von ausreichenden finanziellen Mitteln sowie von deren aufrichtiger emotionalen Bereitschaft, in dieser Richtung aktiv zu werden. Nicht feststellbar war hierbei jedoch, ob diese Einstellung der befragten Jugendlichen der Realität entsprach oder sie diese Angaben nur deshalb machten, um in der Gesellschaft toleriert und akzeptiert zu werden.

11.4 ZUSAMMENFASSUNG DES VERGLEICHS

Die Ergebnisse der Untersuchung können folgendermaßen zusammengefasst werden:

Die Emigrationsgeschichte der Probanden und ihrer Familien

Die Probandenfamilien aus beiden Gruppen waren mit der Hoffnung auf finanziellen Aufstieg und ein besseres soziales Leben zumeist ursprünglich aus ländlichen Regionen nach Istanbul oder nach Deutschland eingewandert. Dadurch waren viele Familien fragmentiert, was zu vielfältigen Folgeproblemen geführt hatte. In diesem Punkt ähnelten sich die Probandengruppen, es bestand jedoch auch ein wichtiger Unterschied: Die einen erlebten die Probleme in ihrem eigenen Land, die anderen erlebten sie in der Fremde, in der sich darüber hinaus noch weitere Probleme ergaben, so z.B. in sprachlicher, kultureller sowie ausländerrechtlicher Hinsicht.

Kindergarten, Schule

85 % der nach Deutschland migrierten Probanden hatten einen Kindergarten besucht, dagegen kein in der Türkei lebender Proband. Beide Probandengruppen brachen zumeist

die Schule ab Klasse 7 ab und gaben identische Konfliktursachen als Gründe für den Abbruch an.

Konflikte

Beide Probandengruppen mussten ihre Konflikte und Probleme überwiegend ohne Unterstützung der Eltern lösen.

Eine Reihe von Probanden hatte Unterstützungshilfe von Freunden oder im Verwandtenkreis erhalten, andere Probanden besaßen indes niemanden, dem sie sich mit ihrem Drogenproblem anvertrauen konnten.

Eltern-Kind-Beziehung

Beide Probandengruppen hatten entweder nur zu einem Elternteil eine positive Beziehung oder eine negative zu beiden. Dennoch erfuhren fast alle Probanden während der Therapiebehandlung von ihren Angehörigen vielseitige Unterstützung.

Religion

Obwohl der überwiegende Anteil der Jugendlichen aus beiden Probandengruppen religiöser Familien entstammte, schätzten sich die Probanden selbst als nicht extrem religiös ein, sondern eher als gläubige bzw. moderne Muslime. Sie bezeichneten es als schwierig, in der heutigen Zeit den religiösen Erfordernissen gerecht zu werden.

Soziales Umfeld und Wohnsituation

Die Wohnverhältnisse beider Probandengruppen waren ohne Komfort. Zum großen Teil lebten die Probanden zur Miete, die Wohnungen waren zumeist minderwertig ausgestattet, die Bausubstanz war alt und Heizungssysteme fehlten völlig.

Identität

Hinsichtlich ihrer Identitätsfindung traten unter den Probanden aus Deutschland mehr Probleme auf, als unter den Probanden aus der Türkei. 70 % der Probanden aus Deutschland hatten z.B. nur ständig wechselnde und zeitweise je nach Situation Vorbilder gehabt. Dagegen nahmen 60 % der Probanden aus der Türkei sich ihre Väter zum Vorbild.

Risikofaktoren des Drogenkonsums

Hinsichtlich der Risikofaktoren des Drogenkonsums gab es eine hohe Übereinstimmung zwischen beiden Probandengruppen. Beide Gruppen gaben als Ursachen für ihren Drogenkonsum an: Neugierde, falscher Freundeskreis, Zugehörigkeit zu einer Gruppe, um Probleme zu vergessen, Schamgefühl verbergen, sich Mut machen, Konflikte mit der Familie oder in der Schule ignorieren, durch Drogenkonsum neue Freundschaften zu schließen, Suche nach Anerkennung in der hiesigen Gesellschaft und Beseitigung dadurch entstehender Konflikte und Scheidung der Eltern. Außer diesen Gründen für den Drogenkonsum zählten die Probanden aus der Türkei noch dazu: Elend, große Angst und Unsicherheit hinsichtlich ihrer persönlichen wirtschaftlichen Zukunft, was im Zusammenhang mit der volkswirtschaftlichen Situation des Landes zu sehen ist. Das Einstiegsalter bei den Probanden aus der Türkei war weitaus niedriger als bei den Probanden aus Deutschland. So hatten beispielsweise 10 % der Probanden aus der Türkei bereits mit acht Jahren, 10 % der Probanden aus Deutschland aber erst mit 13 Jahren damit begonnen, Drogen zu konsumieren.

Therapie

Im Vergleich mit den Probanden aus der Türkei ließen in Deutschland lebende türkische Probanden, wie oben gezeigt, eine deutlich geringere Bereitschaft erkennen, sich einer Therapie unterziehen zu wollen. Die Eltern der Probanden aus Deutschland hielten den Drogenkonsum ihrer Kinder zunächst lange Zeit geheim, versuchten danach, das Problem allein zu lösen, und zogen erst spät professionelle Hilfe hinzu. Den Probanden aus der Türkei wurde diese bereits nach dem unmittelbaren Aufdecken des Drogenkonsums durch die Eltern zu Teil.

Die Eltern der Probanden aus Deutschland litten unter dieser Situation mehr als die Angehörigen aus der Türkei, da sie in großer Angst waren, ihre Kinder könnten abgeschoben werden.

Zukunftsvorstellungen

Nach Beendigung der Therapie wollten unverheiratete Probanden aus beiden Gruppen weiter bei ihren Familien leben, und alle beabsichtigten, in der Zukunft zu heiraten und eine eigene Familie zu gründen. Obwohl die Probanden aus beiden Probandengruppen

vom Wunsch beseelt waren, dem Drogenkonsum ein Ende zu setzen, hatten sie zugleich große Angst, in Zukunft wieder rückfällig zu werden.

12 EXPERTENMEINUNGEN ZUR SUCHTPROBLAMATIK VON TÜRKISCHEN JUGENDLICHEN

12.1 EXPERTEN INTERVIEWS AUS DEUTSCHLAND

INTERVIEW MIT EINEM DROGENBERATER EINER DROGENBERATUNGSSTELLE

Zu den Aufgaben des Befragten gehörte es, mit seinen Klienten Beratungsgespräche zu führen und diese anschließend in Therapieeinrichtungen zu vermitteln. Außerdem oblag ihm die Betreuung von drogenabhängigen Klienten im Methadonprogramm sowie von straffällig gewordenen Abhängigen in der JVA. Er ist türkischstämmig und arbeitete zum Befragungszeitpunkt überwiegend mit türkischen Klienten. Diese Klienten waren seinen Angaben zufolge in der Mehrzahl männlichen Geschlechts, über 18 Jahre alt und in Deutschland geboren. Ihr Durchschnittsalter betrug 30 Jahre. Wie der Befragte erklärte, sei die Anzahl der abhängigen türkischen Frauen in der Beratungsstelle nicht hoch, was aber nicht bedeuten müsse, dass es keine abhängigen Frauen aus der Türkei gebe.

Nach Ansicht des Befragten sei es dringend erforderlich, in der Stadt über eine Drogenberatungsstelle mit türkisch sprechendem Drogenberater zu verfügen, weil im Einzugsbereich seiner Arbeitsstelle der Ausländeranteil sehr hoch sei. Er liege bei 40 %, ein Großteil davon seien türkische Bürger und darunter auch viele türkische Drogenabhängige. Bundesweit seien jedoch nach seiner Kenntnis lediglich 25 Drogenberater mit türkischer Muttersprache tätig.

Während seiner fünfjährigen Tätigkeit als Drogenberater steige, so der Befragte, die Zahl der Drogenabhängigen unter türkischen Migranten permanent an. Das Drogenproblem von türkischen Migranten würde von der deutschen Regierung bislang nicht ernstgenommen, sie würden nur als Dealer angesehen. Doch seien türkische Klienten, die zunächst ausschließlich gedealt hätten, inzwischen selber Konsumierende und Abhängige geworden. Deren Eltern wiederum versuchten, deren Abhängigkeit zu verheimlichen, damit die Straffälligkeit ihrer Kinder nicht bekannt werde.

Der Befragte vermutete, dass es zwischen Migration und Drogenkonsum einen indirekten Zusammenhang gebe. Die Migranten seien spezifischen Belastungssituationen ausgesetzt, die die deutsche Bevölkerung nicht oder in geringerem Maße betreffen: durch Diskriminierung, verminderte Schul- und Ausbildungschancen, problematischer

ausländerrechtlicher Status, sowie schlechte Arbeits- und Wohnverhältnisse. Wenn die Personen mit Stresssituationen und Konflikten nicht umgehen und diese nicht lösen könnten, könnten diese Belastungsfaktoren später zum Drogenkonsum führen.

Das Einstiegsalter liege bei türkischen Abhängigen zwischen 12 bis 13 Jahren. Ein großer Teil der Abhängigen beginne mit dem Konsum von Haschisch und in der Folge dann Heroin. Nach einigen Jahren stellten 97 % der Abhängigen ihren Konsum von Haschisch ein. 3 % der Abhängigen konsumierten weiterhin Haschisch oder stiegen auf härtere Drogen wie Kokain um. Die Drogenabhängigen begannen mit dem Drogenkonsum meist animiert durch einen als Vertrauensperson bedeutsamen Freund aus Schule oder Nachbarschaft. In deren Familien würden oft legale Suchterlebnisse vorgelebt, z.B. durch Rauchen, Trinken oder auch ständiger Fernsehkonsum.

Auf die Frage, wie die türkischen Familien reagierten, wenn sie von der Drogenabhängigkeit der Kinder erführen, äußerte der Befragte, dass die betroffenen türkischen Familien erst sehr spät von der Abhängigkeit der Kinder Kenntnis erhielten. In der Regel bemerkten sie das Problem erst dann, wenn in der Schule oder in der Ehe Probleme auftauchten, die Polizei bei den Eltern vorstellig würde oder auch dann, wenn die Betroffenen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz verloren hätten. Die erste Reaktion der Eltern manifestiere sich in tiefer Erschrockenheit in Verbindung mit dem Mangel an Fähigkeit, die Gesamtsituation entsprechend zu realisieren. Es käme zu lautstarken Beschimpfungen der betroffenen Jugendlichen durch die Eltern. Aus Angst davor, dass Nachbarn und Verwandte davon erführen, werde das Problem zunächst verheimlicht und nach einer Lösung innerhalb der Familie gesucht. Mangelnde Kenntnisse der Angehörigen seien ein zusätzliches Problem. Sie seien über die Wirkung der Drogen oft nicht oder durch Medien falsch informiert und glaubten beispielsweise, Haschischkonsum ziehe den unmittelbaren Tod nach sich.

Der Befragte teilte mit, dass es bei den türkischen Klienten sehr lange dauere, bis sie mit dem Drogenhilfesystem in Kontakt kämen. Die Abhängigen hätten zunächst keinen Bedarf, nach Hilfe von außen zu suchen, weil sie glaubten, dass Problem im Familienkontext lösen zu können. Einige Familien besorgten sogar selbst die Drogen, damit die Kinder in der Öffentlichkeit nicht auffällig würden. Die Drogenabhängigkeit werde in den betroffenen Familien und auch unter den Migranten, die hier lebten, nicht als Krankheit, sondern als eine „schlechte Angewohnheit“ angesehen. Die Sucht werde

in der Öffentlichkeit verheimlicht und sei ein Tabu nicht nur in den betroffenen Familien, sondern auch in der Migrantengesellschaft insgesamt.

Der Berater äußerte die Ansicht, dass der Drogenkonsum unter den Migranteng Jugendlichen ansteige. Die wichtigsten Risikofaktoren des Drogenkonsums seien:

- Konflikte zwischen zwei Kulturen
- mangelnde Problemlösungsfähigkeit
- migrationsbedingte Belastungsfaktoren
- mangelndes Selbstwertgefühl

Auf die Frage hin, ob viele türkische Klienten ein Doppelleben führten, äußerte er, dass ein Klient, der auf der Straße „der schlimmste Dealer in der Umgebung“ sei, zu Hause durchaus die Rolle des „lieben Kindes der Eltern“ und in der Verwandtschaft die des „guten Jungen“ einnehmen könne. Daher könne man durchaus konstatieren, dass diese Jugendlichen ein Doppelleben führten. Viele Eltern und Ehefrauen erführen erst im Gerichtssaal oder durch direkte Konfrontation mit der Polizei, dass der Sohn bzw. Ehemann mit Drogen gehandelt habe. Für viele türkische Drogenabhängige sei es daher von besonderer Schwierigkeit, im Gerichtssaal zuzugeben, dass sie drogenabhängig seien. Wenn es dort zu keinem Geständnis käme, gerieten sie in Schwierigkeiten, eine Zusage für einen Therapieplatz zu erhalten, da deren Einsicht in die eigene Abhängigkeit als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie gelte.

Bevor die betroffenen Familien um professionelle Hilfe nachsuchten, versuchten sie die Probleme der Jugendlichen zunächst allein mit traditionellen Mitteln zu lösen. Sie brächten den Betroffenen in die Türkei, um ihn mit einem „unschuldigen“ Mädchen zu verheiraten. Nach der Heirat komme die Frau nach Deutschland und erfahre von der Abhängigkeit ihres Ehemannes. Der Abhängige habe nunmehr nicht nur die mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme, sondern belaste dann auch das Leben seiner Ehefrau. In anderen Fällen würden Jugendliche für ein halbes oder ein Jahr in die Türkei geschickt, wo ihnen die Pässe abgenommen oder sie zum Militärdienst geschickt würden. Einige würden zum Hoca gebracht. Andere Eltern wiederum erstatteten wegen der Abhängigkeit der Kinder bei der Polizei eine Anzeige und setzten auf den Faktor Angst als Druckmittel, um den Drogenkonsum zu beenden. Einige Jugendliche würden für drei bis vier Wochen in die Türkei zur Therapie geschickt. Durch diese Methoden könnten aus Sicht des Beraters die Abhängigkeitsprobleme der Jugendlichen jedoch

nicht gelöst werden. Den Therapien in der Türkei stehe er skeptisch gegenüber, weil in drei bis vier Wochen ein Drogenabhängiger nicht geheilt werden könne. In Deutschland dauere eine vollständige Therapie mindestens zehn Wochen. Nach Auffassung des Befragten müssten die Abhängigen in Deutschland behandelt werden, weil sie in diesem Land lebten und die Ursachen der Abhängigkeit auch dort entstünden.

Auf die Frage nach Problemen ausländischer Abhängiger mit dem Ausländeramt verwies er auf die Ausweisungsverpflichtung bei Haftstrafen von mindestens drei Jahren, wie sie z.B. wegen Rauschgifthandel verhängt würden. Um solche Abschiebungen zu verhindern, werde Einspruch beim Verwaltungsgericht eingelegt. Es sei für das Gericht entscheidungsrelevant, ob der Abhängige eine Therapie absolviert und welche zusätzlichen Maßnahmen er gegen die Abhängigkeit außerdem ergriffen habe. Die ausländischen Abhängigen würden beim Ausländeramt doppelt diskriminiert, einerseits als Ausländer, zum anderen als Dealer. Die deutschen Drogenabhängigen erlebten solche Diskriminierung nicht.

Der Befragte erachtete die muttersprachliche Therapie und das Einbeziehen der Angehörigen in die Therapie als sinnvoll. Fast alle abhängigen Jugendlichen seien zwar persönlich der deutschen Sprache mächtig, nicht aber deren Angehörigen. Nach Ende der Therapie kehrten die Klienten meist zu ihren Familien zurück. Deshalb sollten die Angehörigen der Klienten in die Therapie mit einbezogen werden. Sie müssten über das Krankheitsbild der Drogenabhängigkeit und über die entsprechenden Umgangsmethoden mit ihren Kindern informiert werden. Deshalb würden je nach Möglichkeit mit den Elternpaaren Einzelgespräche geführt oder bei türkischen Einrichtungen Informationsveranstaltungen organisiert. Ziel dieser Veranstaltungen sei es, die Familien über die Drogenproblematik zu informieren und ihnen weitere Hilfsangebote zugänglich zu machen. Nach diesen Beratungsveranstaltungen kämen viele Menschen zur Beratungsstelle und nähmen mit den Mitarbeitern Kontakt auf. Daher sei es nötig, nicht nur muttersprachliche Drogenberater in Beratungsstellen einzusetzen, sondern darüber hinaus den deutschen Kollegen die Gelegenheit zu eröffnen, durch Ausbildung, Fachtagungen und Fortbildungen interkulturelle Kompetenz zu erwerben.

Es sei unmöglich, für jede Sprachgruppe einen muttersprachlichen Berater einzustellen. Auch aus diesem Grund sei interkulturelle Kompetenz für alle Fachkräfte in Drogenberatungsstellen eine dringend benötigte Qualifikation.

Der Befragte vertrat die Einschätzung, dass die türkischen Abhängigen seltener rückfällig werden als die deutschen, weil sie nach der Therapie zur Familie zurückgingen und die soziale Kontrolle sehr wirksam sei. Es könne jedoch dabei auch eine Co-Abhängigkeit bestehen, die ein krank machender Faktor sei.

INTERVIEW MIT EINER SOZIALBERATERIN EINER SUCHTBERATUNGSSTELLE

Die Befragte beriet und betreute zum Befragungszeitpunkt Jugendliche, die noch nicht im Besitz ihrer Volljährigkeit waren. Es handelte sich dabei um zwölf Jugendliche in Festbetreuung. Keiner dieser Jugendlichen war türkischstämmig. In der Suchtberatung waren fünf deutsche Mitarbeiter/innen beschäftigt. Die Jugendlichen gelangten über Jugendeinrichtungen (z.B. Jugendwerkstatt) oder Erwachsenenberatungsstellen bzw. durch ihre Angehörigen in die Suchtberatung. Je nach persönlicher Problemlage der Betroffenen werde diesen Jugendlichen direkt geholfen oder sie würden an andere Stellen weiter vermittelt.

Suchten türkische Jugendliche die Beratungseinrichtung auf, kämen sie zumeist in Begleitung ihrer Angehörigen und nur in Ausnahmefällen allein, so die Befragte. Es handele sich dabei in der Mehrzahl um männliche Jugendliche ab 14 Jahren. Der überwiegende Teil von ihnen sei in Deutschland geboren. Unter den türkischen Jugendlichen werde an erster Stelle Haschisch, Cannabis und Ecstasy konsumiert. Heroinabhängige türkische Jugendliche waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht in Betreuung.

Türkischstämmige Jugendliche kämen zumeist mit ihren Angehörigen in die Sprechstunden. Auch wenn in den Beratungsgesprächen festgestellt werde, dass tatsächlich ein Abhängigkeitsproblem bestehe, erschienen die Betroffenen jedoch mit ihren Angehörigen nur wenige Male in der Beratungsstelle, um dann den Kontakt abubrechen. Ein dauerhafter Kontakt käme nicht zustande, weil einerseits die Angehörigen schlecht deutsch sprächen, so dass die betroffenen Jugendlichen oft übersetzen müssten; andererseits weil die Familien überhaupt keine Offenheit und Bereitschaft zeigten, mit den zuständigen Fachpersonen zu kommunizieren. Deshalb sei es schwer, mit „solchen“ Familien zusammenzuarbeiten, obwohl die Mitarbeiter sich ernsthaft bemühten, ihnen weiterzuhelfen. Die türkischen Familien lebten jedoch unter

sich und versuchten wahrscheinlich, die Probleme in erster Linie im eigenen Familienkreis zu lösen.

Die Mitarbeiter seien aufgrund dieser Erfahrungen verunsichert, wie man mit den türkischen Jugendlichen arbeiten kann. Die Jugendlichen redeten nicht offen über ihre Probleme und versuchten, sie geheim zu halten. Wenn die Eltern keine Offenheit zeigten, könnten die Jugendlichen auch nicht aus sich selbst heraus offen gegenüber den Mitarbeitern sein.

Drogenabhängigkeit werde unter den betroffenen türkischen Menschen mehr als „schlechte Angewohnheit“ denn als Krankheit gesehen. Erst im Verlauf der Behandlung werde die Suchtabhängigkeit von den Betroffenen als Krankheit akzeptiert.

Weder die Jugendlichen, noch ihre Eltern seien über den Drogenkonsum ausreichend informiert. Die Eltern reagierten auf den Drogenkonsum der Kinder mit Panik und Verwirrung und versuchten, durch Gewalt- und Kontrollaktionen das Problem in den Griff zu bekommen.

Aus Sicht der Befragten lebten türkische Familien in ihrer eigenen Kultur und lehnten eine Auseinandersetzung mit der deutschen ab. Aus diesem Grund blieben die Familien unter sich und führten in Deutschland ein abgeschottetes, für die Befragte und ihre Beraterkollegen nicht zugängliches oder nachvollziehbares Leben. Diesbezüglich stellte die Befragte die Vermutung an, dass die drogenabhängigen Jugendlichen von ihren Eltern massiv geschlagen und erniedrigt würden. Für die Suchtberater in der Gesamtheit werde darüber hinaus nicht ersichtlich, ob auch die Eltern Drogen konsumierten. Sie gingen jedoch davon aus, dass zumindest in einigen Familien illegal zu Drogen gegriffen werde.

Nach Ansicht der Befragten seien die wichtigsten Risikofaktoren des Drogenkonsums bei den Jugendlichen:

- Kulturelle Unterschiede
- Väter, die in der Familie noch über die traditionelle Machtposition verfügen
- Gewalt in der Familie
- Mangelnde Offenheit im Umgang mit Problemen
- Negative Schulsituation
- Anpassungsschwierigkeiten
- Schwierigkeiten Kontakte zu knüpfen und Grenzen zu akzeptieren

- Autoritäre Erziehung.

Die Erwartungshaltungen der Beratungsstelle einerseits und der Familien andererseits an die Jugendlichen seien sehr gegensätzlich: Die Eltern wollten, dass der Klient umgehend mit dem Konsum aufhöre, während die Beratungsstelle akzeptiere, dass der Klient noch weiter Drogen konsumiere und ihm Freiräume lasse. Der Klient solle als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie selbst einen Sinn darin erkennen, mit dem Konsum aufzuhören. Dies sei für die Angehörigen jedoch schwer zu akzeptieren. Dadurch könnten Missverständnisse und Konflikte entstehen. Aufgrund dessen fürchtete die Befragte, dass ihre Art der Herangehensweise für diese Klienten falsch sei, und sie nur noch mehr in Schwierigkeit bringen könne, obwohl dies überhaupt nicht die Absicht der Beratungsstelle sei. An dieser Stelle sei aus ihrer Sicht ein muttersprachlicher Mitarbeiter dringend erforderlich. Ohne den Klienten in zusätzliche Probleme zu bringen, könnte ein muttersprachlicher Mitarbeiter Werte und Haltungen aus beiden Kulturen vermitteln und so helfen, die Unterschiede zwischen den Kulturen zu überbrücken.

Die Unterstützung der Eltern könne bei der Drogenproblematik der Kinder sowohl positiv als auch negativ bewertet werden. Die Jugendlichen würden einerseits durch ständige Begleitung und Kontrolle in ihrer Freiheit beschnitten, während andererseits ihre Wünsche erfüllt würden. Es sei schon schwer genug, an die Jugendlichen heranzukommen, aber noch schwieriger sei es, die Eltern zu erreichen. Die Jugendlichen könnten jedoch durch Präventions- und Aufklärungsarbeit in den Schulen, Werkstätten und Jugendzentren direkt erreicht werden. Die Beratungsstellen könnten sich bei diesen Gelegenheiten sich ihnen vorstellen und dadurch über die Hilfsangebote informieren.

Die Befragte berichtete über ihre persönlichen Eindrücke aus ihrer fünfjährigen Berufserfahrung. Ihr sei bisher nicht bekannt, dass türkische Jugendliche wegen ihres Drogenkonsums mit dem Ausländeramt Schwierigkeiten bekämen. Ein Grund hierfür könne sein, dass diese Jugendlichen im Vergleich zu deutschen in enger Beziehung zu ihren Familien stünden. Deswegen fielen sie nicht so schnell auf, solange sie Drogen lediglich konsumierten und nicht straffällig oder angezeigt worden seien.

Um die Zugangsbarrieren abzubauen und die Kommunikation mit den Migrantenfamilien zu verbessern, sei es die Absicht der Beratungsstelle, so die Befragte, den Mitarbeiter/innen die Möglichkeit auf interkulturelle Kompetenzerweiterung zu

eröffnen. Einige Mitarbeiter trugen sich in diesem Zusammenhang mit der Absicht, die türkische Sprache zu erlernen.

INTERVIEW MIT DEM ABTEILUNGSARZT (PSYCHIATER) EINER SUCHT-FACHAMBULANZ

In der Abteilung waren zum Befragungszeitpunkt 75 Mitarbeiter/innen tätig, fünf davon aus der Türkei.

In der Ambulanz sind stets zahlreiche Klienten aus der Türkei im Alter von 18-65 Jahren in Behandlung. Fast alle Klienten waren zum Zeitpunkt der Befragung männlich, die Mehrzahl in Deutschland geboren und der Altersgruppe zwischen 20 und 35 Jahren angehörig.

Aus seiner Berufserfahrung heraus berichtete der Befragte, dass in den letzten zehn Jahren der Drogenkonsum unter den türkischen Migranten, mehr jedoch noch der Alkoholkonsum bei ihnen, spürbar angestiegen sei. Sie konsumierten außerdem Heroin und Haschisch. Es könne meist nicht festgestellt werden, ob die Eltern der Klienten in der Vergangenheit ebenfalls Drogen konsumiert hätten oder noch konsumierten. In seltenen Fällen sei aber bekannt, dass vereinzelt Mitglieder aus dem Familien- bzw. Verwandtschaftsanhang der Abhängigen Haschisch konsumierten.

Die Klienten kämen stets erst dann zur Behandlung, wenn die Abhängigkeit bei ihnen fortgeschritten sei. 60 % der Klienten kämen allein und 40 % in Begleitung der Angehörigen. Diese kümmerten sich intensiv um ihre drogenabhängigen Kinder. Sie würden regelmäßig besucht, ihnen würden Erledigungen weitestgehend abgenommen. Jedoch versuche kein Angehöriger, zu den medizinischen Suchtberatern ausführlicheren Kontakt aufzunehmen. Der Befragte sprach die Vermutung aus, dass die älteren Angehörigen nicht in dem Maße der deutschen Sprache mächtig seien, um mit dem Fachpersonal über das sie betreffende Drogenproblem zu sprechen, oder aber dies aus Schamgefühl nicht täten und davon ausgingen, dass die Familienverhältnisse als Auslöser der Abhängigkeit nicht in Betracht kämen.

Der Befragte vertrat darüber hinaus die Meinung, dass Migration indirekt mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehe, da Migranten häufig unter Heimatlosigkeit und der Erfahrung kultureller Diskrepanz in der hiesigen Gesellschaft litten. Darüber hinaus förderten schlechte Lebensbedingungen und damit verbundene Schwierigkeiten oft den Drogenkonsum. Ein wichtiger Grund für den Drogenkonsum bei türkischen

Jugendlichen seien Kulturkonflikte. Wenn die Jugendlichen nicht die Fähigkeit besäßen, Probleme und Konflikte zu lösen, griffen sie oft zu Drogen. Auf die Frage, ob die Angehörigen die Drogenabhängigkeit als Krankheit akzeptierten, äußerte er, dass von vielen Deutschen Drogenabhängigkeit schon nicht als Krankheit angesehen werde, und von Türken natürlich noch weniger. Denn die Angehörigen der türkischen Abhängigen seien sehr wenig informiert über die Wirkung von Drogen und die Suchtproblematik. Deswegen suchten die Betroffenen sehr spät Hilfe auf. Außer einigen älteren türkischen Klienten gebe es aber bei der Behandlung keine Schwierigkeiten, mit dem Fachpersonal sprachlich zu kommunizieren. Hingegen ergäben sich häufig Konflikte, weil türkische Klienten das weibliche Fachpersonal nicht akzeptierten. Nach Ansicht des Befragten sollten im Suchtbereich mehr türkisch muttersprachliche Fachleute eingestellt werden, die jedoch Kulturkonflikte bereits überwunden haben sollten. Dadurch sei es einfacher, mit türkischen Klienten und ihren Angehörigen schnell in Kontakt zu kommen.

Die Regelbehandlung in der Einrichtung dauere zwischen 18 und 21 Tage. In besonderen Ausnahmefällen blieben Klienten auch länger. Dies werde jeweils im Einzelfall entschieden. Nach der Regelbehandlung kehrten die meisten Klienten nach Hause zurück, und nur wenige von ihnen unterzögen sich einer weiteren Therapie.

INTERVIEW MIT DEM LEITER EINER MEDIZINISCHEN REHABILITATIONSABTEILUNG FÜR DROGENABHÄNGIGE KINDER UND JUGENDPSYCHIATRIE

In dieser Rehabilitationsabteilung waren zum Befragungszeitpunkt zehn Fachkräfte tätig, der Befragte war der einzige türkische Psychologe. In der Einrichtung lebten 21 Jugendliche unterschiedlicher Herkunft. Zum Zeitpunkt der Befragung war dort lediglich ein 16-jähriger Junge aus der Türkei in Therapie. Die abhängigen Jugendlichen waren fast alle männlich, überwiegend in Deutschland geboren und stammten aus Migrantenfamilien. Sie hatten mit Ablauf der 7. bzw. 9. Klasse die Schule abgebrochen. Die Abhängigen konsumierten zunächst Nikotin, dann Marihuana, Haschisch, Heroin, Kokain und Ecstasy. Der Konsum hielt seit mindestens einem, in der Spitze seit drei bzw. vier Jahren an.

Aus seiner jahrelangen Erfahrung berichtete der Befragte, dass 90 % der jungen Abhängigen durch die Justiz und auf Druck des Ausländeramts und zu 10 % in Begleitung der Angehörigen zur Therapie kämen. Auf die Frage, wie die Angehörigen

auf die Abhängigkeit ihrer Kinder reagierten, äußerte er, dass die Angehörigen der Abhängigen erst sehr spät davon erführen. Wenn sie es denn schließlich erführen, reagierten sie überaus wütend, traurig, enttäuscht und verletzt. Sie empfänden Scham für das Verhalten ihrer Kinder. Die Mehrzahl der betroffenen Eltern seien ahnungslos, was unter dem Begriff Drogenabhängigkeit zu verstehen sei und welche Folgen sie für den menschlichen Organismus habe. Abhängigkeit werde von ihnen statt als Krankheit eher als Willenschwäche angesehen. 50-75 % der Angehörigen versuchten zunächst, ohne professionelle Hilfe den Problemen Herr zu werden. Die Jugendlichen würden meist ohne ihr Wissen zum Hoca gebracht oder in die Türkei geschickt, um sie dort therapieren zu lassen. Die Therapie, die kurzfristig in der Türkei durchgeführt werde, führe letztendlich zu keinem Erfolg, denn sobald die Jugendlichen zurück in Deutschland seien, würden sie wieder rückfällig. Deswegen könne diese Methode nicht mehr als ein Versuch sein.

Folgende Faktoren waren nach Meinung des Befragten die wichtigsten Ursachen für den Drogenkonsum bei Jugendlichen: Einige von ihnen erhielten seitens der Eltern keine Gestaltungsfreiräume, in denen sie ihre Wünsche ausleben oder eigene Erfahrungen machen könnten. Im Gegensatz dazu gebe es jedoch auch eine Gruppe von Jugendlichen, die viele Freiheiten hätten und selten von den Angehörigen kontrolliert würden. Beide extremen Freiheitsgrade führten die Jugendlichen oft zu Konflikten. Hinzu kämen noch altersspezifische persönliche Unsicherheiten und Ängste sowie Gewalterfahrungen, jedoch auch Schwierigkeiten, unter Gleichaltrigen Anerkennung zu finden und schließlich der Rollenwechsel zwischen Elternhaus und Außenwelt. Die Jugendlichen kämen meist mit der Vernetzung der beiden Kulturen nicht zurecht, weil deren Kluft groß sei. Die deutsche Kultur werde zu Hause häufig abgelehnt, obwohl sie dem Jugendlichen meist bekannter und vertrauter sei als die traditionelle ‚eigene‘ Kultur. Hinzu kämen oft widrige Lebensbedingungen sowie mangelnde Bildung und Arbeitsmöglichkeiten. Außer diesen Schwierigkeiten litten manche der abhängigen Jugendlichen unter sexuellen Übergriffen, Borderline oder Psychosen. Wenn diese Faktoren zusammenkämen, könne dies zum Drogenkonsum führen.

Der Befragte wies darauf hin, dass die Drogenabhängigen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, beim Ausländeramt häufig mit Problemen hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus kämpften. Um die drohende Abschiebung zu vermeiden, kämen die Jugendlichen in die Therapie, obwohl die innere Bereitschaft bei ihnen noch nicht

vorhanden sei. Diese wachse aber mit Beginn der Therapie zusehends. Die jungen Abhängigen hätten in der Therapie keine Verständigungsschwierigkeiten, weil fast alle die deutsche Sprache gut beherrschten. Besondere Anpassungsprobleme würden über die üblichen Eingewöhnungsschwierigkeiten hinaus in der Einrichtung nicht beobachtet. Auf die Frage, ob die Drogenabhängigen über die Wirkung der Droge vor dem Konsum informiert seien, äußerte der Befragte, dass sie zunächst nur über die positiven Wirkungen der Droge Kenntnis besäßen. Über die negativen Folgen der Droge mochten die Abhängigen zunächst nicht reden, sie nicht kennen und nicht daran glauben, bis sie den Tiefpunkt erreichten.

Der Befragte berichtete, dass die Angehörigen der Abhängigen bereit seien, sich für diese materiell aufzuopfern, wenn sie nur mit dem Drogenkonsum aufhörten. Nach Ende der Therapie nähmen die Angehörigen ihre Kinder wieder mit nach Hause, um die geschädigte oder teilweise verlorene Ehre wiederherzustellen. Nur in wenigen Ausnahmen seien Angehörige dazu bereit, an der Therapie teilzunehmen, um mit der Drogensituation ihrer Kinder besser umgehen zu können. Wenn die Jugendlichen in ihr altes soziales Umfeld zurückkehrten, würden sie teilweise in den Fällen wieder rückfällig, wenn die Lebensbedingungen sie nicht ansprächen, sie keine Arbeit oder Berufsperspektive fänden.

Nach Meinung des Befragten sollten die türkischen Migranten durch die türkischsprachige Presse, Medien und Veranstaltungen gezielter über das Thema Drogen informiert werden. Dadurch könnte ermöglicht werden, sie früh genug zu informieren und so künftige Drogenkonflikte zu verhindern. Der Befragte betonte, dass mehr muttersprachliches Fachpersonal aus der Türkei bei Drogenberatungsstellen und Therapieeinrichtungen eingestellt werden sollte. Wenn die Therapiebereitschaft vorhanden sei, kämen seiner Auffassung nach die Jugendlichen selbst zwar auch mit deutschen Therapeuten zurecht. Falls jedoch die Angehörigen sich an der Therapie beteiligen wollten, benötigten sie muttersprachliche Therapeuten, da sie in vielen Fällen die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschten.

INTERVIEW MIT EINEM SUCHTBERATER, DER IN EINER JUSTIZVOLLZUGS-ANSTALT TÄTIG IST

Der Befragte arbeitete zum Interviewzeitpunkt als Suchtberater in einer Justizvollzugsanstalt, in der kein türkischer Mitarbeiter tätig war. 171 Jugendliche im

Alter zwischen 14-24 Jahre saßen in der Justizvollzugsanstalt ein, darunter 27 Jugendliche türkischer Herkunft. Sie waren allesamt männlich und mehrheitlich in Deutschland geboren. Die Jugendlichen waren wegen Beschaffungskriminalität, Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz, durch regelmäßigen Drogenkonsum sowie anderweitiger krimineller Handlungen zum Freiheitsentzug verurteilt worden. Auf die Frage, ob Migration ein Grund für den Konsum von Drogen sei, äußerte der Befragte, dass Migrationsfolgen unter den Abhängigen, deren psychische Situation, die schlechten Lebensbedingungen, die politische Lage, Diskriminierung sowie soziokulturelle Konflikte Drogenkonsum begünstigen könnten.

Türkische Abhängige hätten in den vergangenen zehn Jahren häufig Heroin konsumiert, in jüngster Zeit jedoch würden sie eher zu unterschiedlichen Drogen greifen (Haschisch, Kokain, Ecstasy, Tabletten). Sehr selten sei es vorgekommen, dass Angehörige der Abhängigen illegal Drogen konsumiert hätten oder konsumierten. Dagegen sei unter den türkischen Migranten deren Alkoholkonsum in den letzten zehn Jahren stark angestiegen.

Der Befragte vertrat der Meinung, dass die betroffenen türkischen Familien über Drogen und ihre Wirkung heute besser informiert seien als vor zehn Jahren. Die türkischen Familien oder zumindest einige ihrer Angehörigen sprächen gut Deutsch, weswegen sie regelmäßig in die Beratung kämen, die Therapie zu unterstützen versuchten und mit der Therapie ihrer einsitzenden Kinder einverstanden seien. Die abhängigen Jugendlichen selbst seien äußerst dürftig über die Wirkung von Drogen informiert, und hätten erstmals Drogen zumeist in der Peergruppe konsumiert.

Auf die Frage, ob die türkischen Abhängigen ein Doppelleben führten, äußerte der Berater, dass die Erwartungen der Familien und der hiesigen Gesellschaft sehr unterschiedlich seien. Die eigene Familie erwarte von ihren Kindern Zugehörigkeit, Zusammenhalt, die Übernahme und Verinnerlichung der traditionellen Werte und Normen. Die hiesige Gesellschaft dagegen besäße andere Erwartungen: Selbstständigkeit, Entscheidungsfreude sowie Fähigkeit, ein eigenständiges Leben führen zu können. Wenn die Jugendlichen diese Erwartungen nicht erfüllten, wenn sie dafür keine Fähigkeiten und kein Durchhaltevermögen besäßen, gerieten sie in ein Spannungsfeld. Die Widersprüche nähmen immer mehr zu und dadurch auch ihr Drogenkonsum. Der Befragte gab an, dass die Angehörigen der Abhängigen unterschiedliche Reaktionen zeigten, wenn ihre Kinder ins Gefängnis kämen. Manche

Familien seien über die Drogenproblematik aufgeklärt und akzeptierten aus diesem Grund die Abhängigkeit eher als Krankheit. Einige Abhängige seien von ihren Familien verstoßen worden. Die Mehrheit der betroffenen Familien unterstützten jedoch ihre abhängigen Angehörigen und versuchten sie in Deutschland therapieren zu lassen.

Diejenigen Jugendlichen, die sich in der Therapie befänden, hätten weder Sprach- noch Anpassungsschwierigkeiten. Deshalb sei es für sie nicht von Belang, ob sie ein deutscher oder ein türkischer Therapeut betreue, von Bedeutung sei für sie nur, dass sie zu ihrem Therapeuten eine persönliche Vertrauensbasis herstellen könnten. Für den Fall, dass der Therapeut interkulturell kompetent sei, versuche er, den Klienten und seine Kultur zu verstehen, was zu einem harmonischen Therapieverlauf führe.

Einige Gefangene, die als Flüchtlinge aus der Türkei gekommen seien, besäßen Sprachdefizite in der deutschen Sprache, so dass es für sie entscheidend sei, einen muttersprachlichen Therapeuten aufzusuchen.

Um eine Kostenzusage für die Therapie zu erhalten, müsse in vielen Fällen mit dem Ausländeramt verhandelt werden. Wenn der Abhängige jedoch kein Bleiberecht besitze, verliere er auch automatisch sein Anrecht auf einen Therapieplatz. So könnten Abhängige wegen Verlust des Aufenthaltsstatus und ohne jemals eine Therapiemaßnahme durchlaufen zu haben in die Türkei abgeschoben werden.

Der Befragte teilte darüber hinaus mit, dass die türkischen Drogenabhängigen über eine niedrige Schulbildung (in der Regel Hauptschulabschluss) verfügten und viele von ihnen Schulabbrecher seien. Diese Jugendlichen besäßen die Möglichkeit, in der JVA ihren Schulabschluss nachzuholen und einen Beruf zu erlernen. Deshalb fänden für sie oft Motivationsaktivitäten und Aufklärungsarbeit statt. Nach Angaben des Befragten sei es der insgeheime Wunsch aller Inhaftierten von Drogen fern zu bleiben. Nach der Entlassung aus der Justizvollzugsanstalt verfolgten fast alle von ihnen das Ziel, zur Familie zurückzukehren, zu arbeiten, einen eigenen Hausstand zu gründen und ganz normal leben zu können. Andererseits komme es jedoch auch vor, dass die ehemaligen Drogenabhängigen wegen Beschaffungskriminalität und Drogenkonsum erneut in der Anstalt einsitzen müssten.

Nach den Erfahrungswerten des Befragten stellte Drogenabhängigkeit vor zehn Jahren unter türkischen Familien ein Tabu-Thema dar. Mit der Zeit jedoch habe sich die Situation geändert. Die betroffenen Familien zeigten nunmehr große Offenheit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit.

Auf die Frage, ob die Religion, alte Normen und Werte den Drogenkonsum verhindern könnten, erklärte der Befragte, wenn der Dialog zwischen Kind und Eltern fehle, könne dies allein kein Schutzfaktor sein.

ZUSAMMENFASSUNG DER EXPERTEN-INTERVIEWS AUS DEUTSCHLAND

Fast alle befragten Experten waren zum Befragungszeitpunkt der Meinung, dass der Drogenkonsum in den vergangenen 10 Jahren besonders unter den türkischen Jugendlichen angestiegen sei und nannten als Risikofaktoren hierfür:

- Migrationsbedingte Belastungsfaktoren
- Konflikte zwischen zwei Kulturen (Kulturkonflikte)
- kulturelle Unterschiede
- Anerkennung in der Gruppe (Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe)
- Heimatlosigkeit
- Rollenwechsel zwischen Elternhaus und Außenwelt
- schlechte Lebensbedingungen
- Unfähigkeit Probleme zu lösen
- grenzenlose oder eingeschränkte Freiheit
- den Wunsch nach neuen Erfahrungen
- Unsicherheiten, Ängste, Gewalterfahrungen
- politische Situation
- Diskriminierung
- in einigen Fällen sexuelle Übergriffe, Borderline und Psychose

Die Fachleute sagten aus, dass die Zahl der Drogenabhängigen unter jungen türkischen Migranten permanent ansteige. Das Drogenproblem türkischer Migranten würde jedoch bis in die aktuelle Gegenwart hinein nicht ernst genommen, diese würden als Dealer angesehen. Doch auch Menschen, die zunächst nur gedealt hätten, seien inzwischen selbst zu Konsumenten und Abhängigen geworden. Die Befragten äußerten die Vermutung, dass zwischen Migration und Drogenkonsum ein indirekter Zusammenhang existiere. Die Migranten seien zahlreichen Belastungssituationen ausgesetzt, beispielsweise widrigen Schul-, Ausbildungs-, Arbeits- und Wohnverhältnissen bzw. Unklarheiten in ihrer rechtlichen Situation, was ihren Aufenthaltsstatus anbetrifft.

Fast sämtliche Experten waren sich einig darüber, dass die Abhängigen oft ein Doppelleben führten, da die Erwartungen seitens der Familien und der hiesigen

Gesellschaft sehr unterschiedlich seien. Die eigene Familie erwarte von ihnen mehr Zugehörigkeit, Zusammenhalt, die Akzeptanz und Verinnerlichung der traditionellen Werte und Normen. Die hiesige Gesellschaft dagegen besitze demgegenüber abweichende Erwartungen wie Selbstständigkeit, die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen bzw. die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung. Wenn die Jugendlichen diese Erwartungen nicht erfüllen könnten, nicht die dafür erforderlichen Fähigkeiten und das Durchhaltevermögen besäßen, gerieten sie in ein Spannungsfeld. Dies verbreite sich immer mehr, und zur Bewältigung dieser Spannungen griffen sie zu Drogen und gerieten in der Folge in Abhängigkeit.

Drei Experten vertraten die Meinung, dass es aktuell sehr selten vorgekommen sei, dass Angehörige der Abhängigen irgendeine Droge konsumierten oder konsumieren. Zwei Experten waren hingegen der Ansicht, dass in den vergangenen zehn Jahren unter den türkischen Migranten der Alkoholkonsum stark zugenommen habe. Das Einstiegsalter bei türkischen Abhängigen liege bei 12 bis 13 Jahren. Ein großer Teil der Abhängigen beginne, so die Befragten, mit dem Konsum von Haschisch und gelange erst später zum Heroin. Die betroffenen Eltern erführen erst sehr spät von der Abhängigkeit der Kinder, wenn sich beispielsweise Schul- oder Eheprobleme bei den Abhängigen einstellten, oder sie durch Mitteilungen der Polizei Kenntnis erhielten oder auch dann, wenn die Jugendlichen Ausbildungs- und Arbeitsplatz verloren hätten.

Die befragten Fachpersonen vertraten allesamt die Meinung, dass die türkischen Klienten zu spät mit dem Drogenhilfesystem in Kontakt kämen. Die Abhängigen sähen oftmals keinen Bedarf, andernorts nach Hilfe zu suchen, weil sie in ihrem Familienkontext gut aufgehoben seien. Es gebe in seltenen Fällen sogar Familien, die ihren abhängigen Kindern Drogen beschafften, damit in der Öffentlichkeit deren Suchtproblem nicht offenbar werde und Folgekonflikte damit unterbunden werden könnten. Drogenabhängigkeit werde unter betroffenen türkischen Migranten eher als schlechte Angewohnheit denn als Krankheit angesehen. Erst nach der Therapiebehandlung und intensiver Information werde sie dann meist von den Betroffenen als Krankheit akzeptiert. Weder die Jugendlichen noch ihre Eltern seien über die Gefahren des Drogenkonsums ausreichend informiert. Aus diesem Grund reagierten die Eltern auf den Drogenkonsum ihrer Kinder mit extremer Konfusion und versuchten daher durch körperliche und psychische Gewalthandlungen das Problem in den Griff zu bekommen.

Ein Experte sagte aus, dass die Drogenabhängigkeit vor zehn Jahren unter türkischen Familien noch ein Tabu-Thema gewesen sei. Mit der Zeit habe sich dieser Zustand jedoch geändert. Die betroffenen Familien zeigten große Offenheit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit, kämen zur Beratung und sprächen nun offen über die sie konfrontierende Drogenproblematik.

Die Fachpersonen hielten die Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie für enorm wichtig. Da die meisten Angehörigen der Abhängigen die deutsche Sprache nur unzureichend beherrschten, sollte mit ihnen eine muttersprachliche Therapie stattfinden. Nach Beendigung der Therapie kehrten die Klienten zu ihrer Familie zurück. Aus diesem Grund sollten die Angehörigen der Klienten in die Therapie mit einbezogen werden. Sie müssten über Abhängigkeit und den Umgang mit ihren abhängigen Kindern informiert werden. Deswegen sei es wichtig, nicht nur muttersprachliche Drogenberater in Beratungsstellen einzustellen, sondern den Fachkräften auch zu ermöglichen, durch Ausbildung, Fachtagungen und Fortbildungen interkulturelle Kompetenz zu erwerben.

Lediglich eine einzige Expertin sagte aus, dass die türkischen Klienten große Sprachprobleme und Anpassungsschwierigkeiten in der Beratungseinrichtung hätten. Sie zeigten keine Offenheit und Bereitschaft, mit dem zuständigen Fachpersonal zu kommunizieren. Die übrigen vier Experten behaupteten das Gegenteil. Es sei für Klienten sehr wichtig, ob sie sich mit Fachpersonen gut verstünden oder nicht.

Die abhängigen türkischen Jugendlichen seien im Besitz einer nur geringfügigen Schulbildung, in der Regel eines Hauptschulabschlusses, und viele von ihnen seien Schulabbrecher.

Alle fünf Experten hielten es für wichtig, dass die türkischen Migranten intensiver als bisher durch die türkischsprachige Presse, Medien und Veranstaltungen über das Drogenthema informiert werden.

12.2 EXPERTEN INTERVIEWS AUS DER TÜRKEI

INTERVIEW MIT EINEM PSYCHIATRISCHEN FACHARZT EINER SPEZIALABTEILUNG IN EINEM KLINIKUM FÜR ABHÄNGIGE KINDER UND JUGENDLICHE IM ALTER ZWISCHEN 10 BIS 18 JAHREN

Die medizinische Fachabteilung besteht aus den Abteilungsbereichen namens Umatem und Cametem. Im Bereich Umatem stehen 40 Betten, in Cametem 15 Betten zur Verfügung. Um die Qualität der Behandlung zu optimieren, wurden zum Befragungszeitpunkt im Bereich Umatem tatsächlich nur 20 Betten, in Cametem zehn Betten belegt. Um den Klienten eine intensive Behandlung ermöglichen und so ein effektiveres Behandlungsergebnis erzielen zu können, begrenzt die Klinik die aufzunehmende Anzahl ihrer Klienten strikt. Zum Interviewzeitpunkt waren hier zwei Psychiater, eine Psychologin, ein Lehrer, zwei Sozialarbeiter, schichtweise fünf Krankenschwestern, ein Gesundheitsberater und zwei ehemals abhängige Helfer tätig. Die meisten Klienten, die, so die Auskunft des Befragten, in die Einrichtung kämen, seien im Alter von 14-17 Jahren und entstammten oft äußerst ärmlichen Familienverhältnissen. Fast 90 % der jungen Klienten kämen aus Familien, die im Zuge der Binnenmigration aus Ost-, und Südanatolien oder der Schwarzmeerregion nach Istanbul gelangt seien. Einige Klienten reisten eigens zur Behandlung nach Istanbul an, wohnten aber in anderen Regionen der Türkei. In den Familien der Klienten komme Drogenkonsum äußerst selten vor.

Der Befragte vertrat den Standpunkt, dass Drogenkonsum in den vergangenen 8 bis 10 Jahren nicht nur in den großen Städten, sondern auch in Ortschaften mit geringer Einwohnerzahl zugenommen habe. Der Drogenkonsum sei jedoch im Vergleich zu anderen westlichen Ländern in der Türkei nicht sehr hoch. Als Ursachen für den steigenden Drogenkonsum gab der Befragte an:

- rasche und misslungene Urbanisierung
- Binnenmigration
- die fehlende Kontrolle der Eltern und Nachbarschaft
- Elend und damit verbundene schlechte Lebensbedingungen
- Pubertät
- die sich verringende Beziehung zu den Nachbarn und Verwandten.

Die schlechten Lebensbedingungen und mangelnde Ressourcen beeinflussten die meisten Jugendlichen aus Binnenmigrantenfamilien sehr negativ. Sie besäßen keine Zukunftsperspektive, darüber hinaus führten Armut und Konflikte mit den Eltern zum Drogenkonsum.

Unter den Klienten würden Schnüffelstoffe, Tabletten, Haschisch sowie Ecstasy konsumiert. Diese Klienten würden von den Familien, von sozialen Institutionen, und mitunter auch von der Polizei in die Therapie gebracht. Die Wartezeit sei nicht lang, im Maximalfall 15 Tage. Die Klienten erhielten zunächst über einen Zeitraum von zwei Wochen eine medikamentöse Behandlung, woran sich entweder eine Einzel-, Gruppen-, oder Familientherapie, bzw. eine Beschäftigungstherapie mit Orientierungshilfe anschliesse. Die Therapiemaßnahme dauere insgesamt einen Monat, könne aber je nach Situation des Patienten verlängert werden.

Der Befragte äußerte die Meinung, dass die türkische Regierung nur symbolische Maßnahmen gegen das Drogenproblem treffe. Tatsächlich werde davon nicht viel in die Tat umgesetzt. Solange die Regierung das Drogenproblem nicht in dem Maße ernst nehme, wie dies erforderlich sei, könnten auch die Eltern mit wenig Hintergrundwissen dieses Problem nicht gezielt in ihre Prioritätenskala einordnen. Daher reagierten die betroffenen Familien auf den Drogenkonsum ihrer Kinder zunächst oftmals mit Aggressivität und Gewaltverhalten. Die Jugendlichen würden von ihren Eltern beschimpft, beschuldigt, unter Hausarrest gestellt oder aber zu Verwandten aufs Land geschickt. Viele Familien wüssten nicht, wie sie mit der Drogensucht ihrer Kinder umgehen müssen, um ihnen zu helfen. Viele betroffene Familien akzeptierten die Abhängigkeit fremder Jugendlicher leichter als die ihrer eigenen Kinder. Nach der Gruppen- und Familientherapie änderten die meisten Familien ihre Einstellung zu der Abhängigkeit ihrer Kinder und verhielten sich ihnen gegenüber liebevoll und geduldig. Viele dieser Fälle stammten jedoch aus zerrütteten Familien.

In der Klinik existiere leider keine Spezialabteilung für Mädchen. Deshalb könnten sie nur ambulant behandelt werden. In Zukunft sei es jedoch unbedingt notwendig, eine solche Abteilung für Mädchen aufzubauen. Die Klinik nehme in den Sommermonaten auch zahlreiche Klienten von Migrantenfamilien aus Deutschland, Österreich und den Niederlanden auf. Nach zwei bis dreiwöchiger therapeutischer Behandlung gingen diese Klienten an ihren Heimatort zurück. Es sei deswegen für die Fachleute nicht möglich,

mit ihnen weiterhin in Kontakt zu bleiben und ihre Situation zu beobachten, welchen Lebenswandel sie führten, ob sie von der Behandlung profitiert hätten oder ob sie gegebenenfalls rückfällig würden. Um nach der Therapiedurchführung weiterhin Informationen über den Entwicklungsverlauf der Klienten zu erhalten, sei jüngst die Behandlungsmethode für abhängige Migranten leicht modifiziert worden. Zwei Wochen nach der Ersttherapie werde der Klient in seine alte Umgebung zurückgeschickt, um herauszufinden, ob eine Änderung seines Verhaltens festzustellen sei. Nach einer Woche Aufenthalt stehe eine erneute Rückkehr in die Einrichtung an, um zwei weitere Wochen therapiert zu werden. Mehrere Male solle der Klient zwischen dem Behandlungs- und seinem Wohnort wechseln. Ziel sei dabei, den Klienten schrittweise und ohne Kontakt zu Drogen an seine alte Lebensumgebung zu gewöhnen, damit er unter den veränderten Bedingungen Erfahrungen sammeln und für sich selbst eine klare Linie und Lösungsstrategie entwickeln könne.

Mit Hilfe dieser neuen Methode könne mit den Klienten länger Kontakt hergestellt werden, um sie gezielter zu unterstützen und festzustellen, wie sich die Entzugsphase entwickle. Auch Ausmaß und Zeitpunkt eines möglichen Rückfalls könne so besser nachvollzogen werden. Durch diese neue Methode lasse sich die Rückfallquote möglicherweise verringern.

Klienten aus Migrantenfamilien erlebten in den ersten zwei Wochen Anpassungsschwierigkeiten mit den Mitarbeitern der Einrichtung. Sie hätten oft das Gefühl, vom Therapiepersonal nicht verstanden und wahrgenommen zu werden. Nach der Kennlernphase entwickelten sie zu den Therapeuten ein positives Verhältnis. Viele der Klienten seien noch auf der Suche nach Zugehörigkeit. In demjenigen Land, in dem sie lebten, seien sie Ausländer und in dem Land, in dem sie behandelt werden, würden sie als „Deutschländer“ betrachtet. Während der Therapie der Klienten herrsche mit deren Familien eine gute Zusammenarbeit, so der Befragte.

Die Bindung an die Religion allein sei noch kein Blockadefaktor für den Drogenkonsum. Dafür gebe es zahlreiche Beispiele unter den Klienten. So werde beispielsweise eine Gruppe von Mädchen, deren Eltern sehr streng religiös und traditionell seien, permanent von den Eltern kontrolliert. Auflage für sie sei es gewesen, ab 17 Uhr zu Hause sein. Diese Mädchen hätten sich deshalb um 12 Uhr getroffen und eine Ecstasy Party veranstaltet, um Punkt 17 Uhr nach Hause zurückzukehren. Die Eltern hätten erst nach

einem Jahr von dem Vorfall erfahren. Wenn die Religion jedoch mit Moral, Vernunft und Empathie eine Verbindung eingehe, dann könnte sie ein wichtiges Blockadeelement gegen den Drogenkonsum sein.

INTERVIEW MIT EINEM PSYCHIATER EINES PRIVAT- KRANKENHAUSES

In dieser Klinik waren zum Befragungszeitpunkt sechs psychiatrische Fachärzte, drei Chefärzte, sechs Psychologen, eine Sozialpädagogin sowie eine Reihe von Krankenschwestern tätig. Ausländische Fachkräfte arbeiteten dort keine, stattdessen verfügte eine Krankenschwester über Kenntnisse in sechs Fremdsprachen. Etwaige Sprachbarrieren während der Aufnahmeprozedur ausländischer Klienten traten somit nicht auf. Neben türkischen Drogenabhängigen befanden sich auch Abhängige aus Russland, Griechenland und Mazedonien in Behandlung, darunter 30 % der Patienten aus Deutschland, also türkische Migranten. 80 % davon waren zum Befragungszeitpunkt männlich und meist um die 20 Jahre alt.

Nach Aussagen des Befragten stammten die Klienten aus unterschiedlichen Familienverhältnissen und es sei schwer, genaues über die Familienkonstellationen zu sagen. Über diese Familien gebe es keine wissenschaftlichen Untersuchungen. Es ließe sich feststellen, dass in diesen Familien nur sehr selten zu Drogen gegriffen werde. Dieses Ergebnis sei über die Familien- oder Gruppentherapie herausgefunden worden. Der Drogenkonsum in der Türkei, so der Befragte, sei nicht angestiegen. Wenn dem so wäre, wo seien dann die abhängigen Menschen.

Drogen konsumierten die Jugendlichen, weil sie Lust dabei empfänden, abhängig würden sie, wenn der Genuss oder die Lust für sie nicht mehr beherrschbar seien bzw. sie nicht die Fähigkeit zur Problemlösung besäßen. Häufigste Konsummittel seien Heroin, Kokain, Haschisch und in seltenen Fällen Schnüffelstoffe. Das Phänomen der Binnenmigration könne mit steigendem Drogenkonsum deshalb nicht in Verbindung gebracht werden, weil ein solcher Zusammenhang wissenschaftlich noch nicht bewiesen worden sei. Dass der Drogenkonsum in den großen Städten einen leichten Anstieg zu verzeichnen habe, ließe sich nur durch Erfahrungswerte der Klinik stützen.

Fast alle Klienten, die zur Therapie in die Klinik kämen, akzeptierten ihre Krankheit, und nur wenige Angehörige hätten ein Problem damit, dies als Faktum anzunehmen. Wichtigstes Ziel der Klinik sei, eine intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit

den Angehörigen sicherzustellen. Die Angehörigen könnten den Patienten jederzeit besuchen und auch bei ihm übernachten und den kompletten Behandlungsverlauf des Patienten beobachten. Jeder Patient verfüge über ein Einzelzimmer. In der Gruppen- und Einzeltherapie werde oft über die Krankheit geredet und diskutiert. In der Gruppen- und Einzeltherapie lernten die Angehörigen und Klienten, miteinander über diese Krankheit zu sprechen, und dies darüber hinaus auch in der Öffentlichkeit zu tun. Die Angehörigen unterstützten, so der Befragte, die Abhängigen zu Beginn sehr, später lasse die Unterstützung aufgrund psychologischer Beweggründe und finanzieller Engpässe leicht nach, breche jedoch zu keinem Zeitpunkt völlig ab. Wie der Befragte weiter äußerte, gewannen, getragen durch die intensiven Unterstützungsleistungen der Klinik, die Angehörigen wieder an Kraft, um die Patienten von sich aus weiter motivieren zu können. Die Klienten werden in 70 % der Fälle von ihren Familien oder Verwandten in die Klinik gebracht, die übrigen 30 % kommen aus eigenem Antrieb zur Behandlung. Zu überlangen Wartezeiten nach der Anmeldung komme es für die Klienten nicht, äußerstenfalls betrage sie zwei bis drei Wochen, was jedoch nur selten in den Sommermonaten der Fall sei. Der Klient werde zu Therapiebeginn innerhalb der ersten zwei Wochen stationär mit Medikamenten behandelt (Entzugsphase). Je nach Bedarf könne die komplette Therapiebehandlung um eine Woche verlängert werden. Nach der Regeltherapie beginne die ambulante Behandlung (Einzeltherapie, Gruppentherapie). Der Patient bleibe mindestens sechs Monate unter Beobachtung. In 20 % der Fälle würden Patienten rückfällig und kehrten wieder in die Klinik zurück.

Besonders in den Sommermonaten seien 30 % der zu behandelnden Klienten türkische Migranten aus Deutschland. Bei Therapiebeginn hätten diese Klienten, so der Befragte, für die Zeit von bis zu maximal 5 Tagen Assimilationsprobleme. Die Angehörigen versuchten dabei maximale Unterstützung zu gewähren. Diese Klienten aus Deutschland blieben im Höchstfall einen Monat in der Klinik und könnten anschließend bedauerlicherweise nicht weiter durch das Klinikpersonal betreut werden, da sie nach Deutschland zurückkehrten.

Die Klinik organisiere verschiedene Informationsveranstaltungen zu den Themen Drogen, Vorbeugung gegen Drogenkonsum, Motivationsarbeit für Drogen konsumierende Jugendliche sowie Behandlungsmöglichkeiten in den Schulen. Nach Ansicht des Befragten messe die Regierung der Drogenproblematik nicht genügend Bedeutung bei. Für sie stünden andere Themen im Vordergrund. Die gegen das

Drogenproblem in Stellung gebrachten Maßnahmen der Regierung seien unzureichend, so der Befragte.

Nur 1 % der Klienten versuchten ihrer Drogenabhängigkeit durch traditionelle Heilungsmethoden beizukommen, beispielsweise mit den Methoden des Hocas (Priester). Allen übrigen sei bewusst, dass für sie allein fachärztliche Hilfe ein Ausweg sei. Außer an Drogenproblemen litten, so der Befragte, vereinzelte Klienten zusätzlich unter antisozialen Persönlichkeitsstörungen und dem Borderline-Syndrom.

INTERVIEW MIT DEM CHEFARZT DER PSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG EINES STAATLICHEN KRANKENHAUSES

Der Befragte arbeitete zum Zeitpunkt der Datenerhebung jeweils vormittags in der Klinik, nachmittags dann in seiner privaten Praxis. Er betreute zwei unterschiedlich zusammengesetzte Klientengruppen. Bei der ersten handelte es sich um Patienten im Alter von 15 - 50 Jahren, die zweite Gruppe bestand aus Klienten der Altersgruppe zwischen 15 - 28 Jahren, wobei zahlenmäßig letztere die Mehrheit bildete. Die Klienten waren mehrheitlich Männer, die sich aus sehr unterschiedlichen Familien- und Gesellschaftsschichten rekrutierten. Als Merkmalspaare waren hierbei reich und arm genauso vertreten wie modern und unmodern bzw. religiös und unreligiös. Bei den Klienten handelte es sich bildungs- und beschäftigungsbiographisch meist um Gymnasiasten, Studenten, Studienabbrecher, einige wenige Angestellte und beim Rest um Durchschnittsbürger mit mittlerem oder gar keinem Bildungsabschluss, die entweder einer gering qualifizierten Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung nachgingen oder aber ohne Arbeit waren.

Auf die Frage, ob in den vergangenen Jahren der Drogenkonsums zugenommen habe und falls ja, welche Ursachen dafür verantwortlich seien, wurden als Gründe genannt:

- die kulturelle Globalisierung
- schneller Informationsaustausch
- Abbau der kulturellen Grenzen
- schnelle Urbanisierung
- der Verfall der traditionellen Familienstruktur
- das Bestreben, ohne großen Aufwand schnell Geld verdienen zu wollen
- Gewinnstreben unter Inkaufnahme des Todes von Menschen.

Wie der Befragte ausführte, sei der Drogenkonsum in türkischen Großstädten in den vergangenen 10 Jahren sprunghaft angestiegen. Zu den Konsummitteln zählten Halluzinogene, Ecstasy, Heroin, Kokain und Schnüffelstoffe. Das Alter der Konsumenten sei ausgesprochen niedrig. Die Ursachen für den Drogenkonsum lägen zum einen in der Pubertät begründet, in deren Verlauf die Drogenkonsumenten ein für diesen Altersabschnitt typisches Risikoverhalten entwickelten. Des Weiteren wurden von dem Befragten Neugierde, Druck der Freunde, Binnenmigration, leichter Zugang zu Drogen, die fehlende Kontrolle der Polizei, sowie gute Versteckmöglichkeiten nach dem Gebrauch des Drogenmittels in den Großstädten als Konsummotive genannt.

Der Drogenkonsum sei in der Türkei zwar in allen Landesteilen angestiegen, in erster Linie treffe dies jedoch für die großen Touristengebiete, Metropolen und für die Gebiete Ost- und Südanatoliens (z.B. Diyarbakir und Van) zu. Obwohl der Staat mit drastischen Mitteln gegen den Drogenschmuggel vorgehe, sei er gegen den Drogenkonsum leider fast machtlos. Die Politiker setzten andere Themen auf die Problemagenda als das Drogenthema. Deswegen bleibe das Drogenproblem ungelöst. Eine Reihe von Experten versuchten, so der Befragte, mit Hilfe der Medien, Politik und Gesellschaft für das Thema zu sensibilisieren und ihnen wichtige Informationen zu vermitteln. Dadurch sei die Wachsamkeit innerhalb vieler Familien in Hinblick auf den potentiellen Drogenkonsum ihrer Kinder gestiegen. Das Verhalten der Jugendlichen werde intensiver kontrolliert und verhaltensauffällige Jugendliche schnell in Therapie geschickt und während der Therapie weiter unterstützt. Statt die Drogenprobleme zu verheimlichen, suchten Eltern nun zunehmend den Rat und die Hilfe von Fachleuten. Die Abhängigkeit werde von den betroffenen Familien und langsam auch seitens der Allgemeinheit als Krankheit akzeptiert. Gegen drogenabhängige Jugendliche werde nun seltener Gewalt ausgeübt, nur ihre Freiheiten würden seitens der Familien beschränkt.

Der ganz überwiegende Teil der Klienten werde von den Angehörigen in die Therapie geschickt und nur ganz wenige kämen aus eigenem Antrieb. Die abhängigen Jugendlichen aus Migrantenfamilien zeigten während des Therapieverlaufs ein hohes Maß an Kooperation. Während der Behandlung täten sich nur vereinzelt Verständigungsprobleme mit der türkischen Sprache auf, wohl aber gebe es unter ihnen Akzeptanz- und Verständnisschwierigkeiten mit der Kultur und dem politischen System der Türkei. Deshalb kritisierten sie deren Politik und Schulsystem, die Lebensart der Menschen und die in ihren Augen überkommenen gesellschaftlichen Traditionen.

Nach Ansicht des Befragten könnten alte türkische Traditionen, Werte und Normen jugendlichen Drogenkonsum verhindern, weil auf diese Weise Menschen verstärkt dazu angehalten würden, ihre Freizeit in gemeinschaftlichen kulturellen Aktivitäten aufgehen zu lassen und dabei die gegenseitige soziale Kontrolle sehr streng sei. Die türkische Großfamilie habe ihre Funktion in dieser Hinsicht fast verloren und die engen zwischenmenschlichen Bindungen lockerten sich zusehends. Die Religion könne eine Art Präventivfunktion gegen die Verbreitung des Drogenkonsums in der Gesellschaft wahrnehmen. Allerdings sei dieser Befund nicht zu verallgemeinern. Jugendliche mit strenger religiöser Erziehung versuchten beispielsweise oft, mit gesellschaftlich diskreditierten und kriminellen Handlungsweisen, wie z.B. mit Diebstahl, Körperverletzung, Betrug, übermäßigem Alkoholkonsum etc. moralisch umzugehen und sie zu vermeiden. Andererseits jedoch wehrten sich manche Jugendliche auch gegen eine solche religiöse Erziehungsform und reagierten rebellisch durch die Einnahme von Drogen.

Traditionelle Heilungsmethoden, wie z.B. der Gang zum Hoca, würden nur sehr selten von Klienten in Anspruch genommen. Der ganz überwiegende Teil von ihnen halte die fachärztliche Betreuung für notwendig, lediglich 1 % der Klienten suchten eine Lösung durch althergebrachte Handlungsmethoden, denen die medizinische Komponente gänzlich fehle (Dorfverschickung, Hausarrest, Taschengeldentzug etc.).

Außer an Drogenabhängigkeit litten einzelne Klienten noch unter weiteren Krankheiten und Verhaltensanomalien, wie z.B. antisozialen Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Syndrom, Depressionen und Erfahrungen von sexuellem Missbrauch. Leider würden 60 % der behandelten Klienten, so der Befragte, nach unterschiedlichen Zeitabständen erneut rückfällig.

INTERVIEW MIT EINER PSYCHOLOGISCHEN FACHKRAFT EINES PSYCHATRISCH – PSYCHOLOGISCHEN NETZWERKS

Zu dieser Einrichtung kamen zum Befragungszeitpunkt nicht nur Personen mit Alkohol- und Drogenproblemen, sondern auch solche mit psychischen Problemen. Überwiegend handelte es sich dabei um Jugendliche im Alter von 13 bis 19 Jahren. Über einen Zeitraum von sechs Monaten besuchten auch Klienten im Alter ab 20 Jahren die Einrichtung. Zumeist stellten sie, so der Befragte, eine Risikogruppe dar und litten unter einer bestimmten Verhaltensstörung, sie hätten negative Erfahrungen im Umgang mit

Autoritäten, besäßen Kontrolldefizite hinsichtlich des eigenen Verhaltens, neigten zur Gewalt oder zu Anpassungsschwierigkeiten in Bezug auf allgemeine Lebensregeln. Die Jugendlichen begannen deshalb bereits im frühen Alter von 10 bis 15 Jahren mit dem Rauchen und dem Konsum von Alkohol. Aus den selben Gründen bestehe bei ihnen jedoch auch ein hohes Risiko zum Konsum von Drogen. Ein Teil der Betroffenen werde entweder von den Eltern oder von sozialen Institutionen zur Therapieberatung gebracht, ein weiterer Teil schließlich komme aus eigenem Antrieb. Bei den Klienten handele es sich größtenteils um Schüler aus Privat- und aus staatlichen Schulen sowie aus Heimen.

Jeder könne, so die Befragte, die Therapieeinrichtung zwecks Beratung und therapeutischer Behandlung aufsuchen. Je nach deren finanzieller Situation müssten die Klienten für die Therapie selbst aufkommen. Falls diese mittellos seien, entfielen für sie sämtliche Kosten.

Im Anschluss an die Erstberatung werde bei dem Patienten zunächst festgestellt, welche Art von Behandlung er bedarf. Der Therapieantritt erfolge dann umgehend ohne Wartezeit.

Nach Angaben der Klienten konsumierten diese, so die Befragte, überwiegend Haschisch, Tabletten und Schnüffelstoffe. Die Therapiedauer sei meist lang. Viele der Abhängigen würden zudem schnell wieder rückfällig. Ziel der Therapie sei deshalb, diese Klientengruppe gezielt vor erneutem Drogenkonsum zu schützen, zumindest den Zeitraum bis zu ihrer Rückfälligkeit zu verlängern. Manche Klienten kämen während des Drogenkonsums zur Therapie, manche wiederum erst nach Beendigung des Entzugs. Die Drogenabhängigkeit werde von den Patienten und deren Angehörigen in immer breiterem Umfang als Krankheit akzeptiert. Leider gebe es, so die Befragte, immer noch viele Vorurteile gegenüber Drogenabhängigen aus ungebildeten, sozial-ökonomisch strukturschwachen bzw. zerrütteten Familien. Informationsveranstaltungen unterschiedlichster Art, die von der Einrichtung organisiert würden, könnten zum Abbau dieser Vorurteile beitragen.

Laut Aussage der Befragten sei der Drogenkonsum in der Türkei definitiv angestiegen. Ursachen hierfür seien:

- Modernisierung
- Veränderungen in der Informationsepoche
- Anpassungsschwierigkeiten an die moderne Zeit

- Werte- und Normenwandel und die damit verbundenen Schwierigkeiten
- fehlendes Wissen im Umgang mit neu entdeckten Werten und Normen
- soziale Verelendung
- Entfremdung der Jugendlichen gegenüber den eigenen Problemen
- sozioökonomische Unsicherheit
- unpolitische Erziehung der Jugendlichen
- starker Drang, Geld verdienen zu wollen
- Unfähigkeit, Probleme zu lösen
- Ignorieren aller aktuell anstehender Probleme
- Binnenmigration.

Binnenmigration könne, so führte die Befragte weiter aus, ein großes Risikopotential für den Drogenkonsum sein. Viele Menschen müssten ihre Städte und Dörfer beispielsweise wegen des Elends, mangelnder Ressourcen und Perspektiven verlassen, oder weil dort für sie keine Arbeitsmöglichkeiten angeboten würden. Dadurch bedingt wandere ein Großteil der Menschen in die Großstädte ab. Binnenmigration bedeute bei alledem, Anpassung an einen neuen Ort vollziehen, einen neuen Anfang im Leben wagen zu müssen. In den meist ländlichen Herkunftsorten dieser Menschen hätten sich die traditionellen Normen und Werte jedoch noch nicht so gravierend verändert wie in den Städten. Innerhalb der Familien türkischer Binnenmigranten sei das Risiko des Drogenkonsums deutlich höher als bei den Ortsansässigen. Leider gebe es zu diesen singulären Erfahrungswerten des Therapienetzwerks, so die Befragte, bisher lediglich nur Voruntersuchungen mit nur einem geringen wissenschaftlichen Aussagewert.

Darüber hinaus bestehe in den großen Städten ein stärkeres sozioökonomisches Gefälle: Viele Familien müssten mit sehr geringen finanziellen Mitteln ihren Lebensunterhalt bestreiten, wohingegen es jedoch auch solche Familien gebe, die aus dem Vollen schöpfen könnten. Um für sich einen höheren Lebensstandard zu erreichen, versuchten Menschen aus sozial schwachen Schichten mit unkonventionellen Mitteln schnell an viel Geld zu kommen. Den Menschen in den großen Metropolen begegneten vielerlei Probleme, die ihnen zuvor unbekannt gewesen seien. Mit der Hilfe ihrer Bekannten und Verwandten fänden sie meist in deren unmittelbarer Nachbarschaft Unterkunft und Arbeit und gelangten so direkt ins Ghetto. Demgegenüber existierten unter den türkischen Binnenmigranten jedoch auch Familien, die vergleichsweise finanziell gut ausgestattet seien und deshalb nicht im Ghetto wohnen müssten, jedoch ebenfalls

Schwierigkeiten damit hätten, sich in den Großstädten zu assimilieren. Weiterhin gebe es Familien, die versuchten, an traditionellen Werten und Normen festzuhalten, was deren Kinder, die im Schulalltag und in der Freizeit neue Erfahrungen machten und für sich neue passende Werte und Normen entwickelten, die ihren Familien wiederum fremd seien, jedoch ablehnten. Durch diese Gemengelage käme es oft zu Konflikten zwischen Kindern und Eltern. Defizite in der Aussprache und deren als altmodisch empfundenen Aussehen führten, so die Befragte, unter den sich „fortschrittlich“ gebenden Ortsansässigen gegenüber den Binnenmigranten oftmals zur Diskriminierung. Damit liege die Schlussfolgerung nahe, so die Befragte, dass die Gruppe der Binnenmigranten den Hang zur risikvollen Normabweichung ihres Verhaltens habe.

Die Befragte vertrat die Ansicht, dass Religion für sich genommen noch keinen alleinigen Schutz vor unkontrollierbarem Drogenmissbrauch biete. Der Koran propagiere zwar ein strenges Alkoholverbot, Drogen wie z.B. Heroin und Kokain hingegen kämen dort jedoch nicht zur Sprache. Dies sei ein Grund dafür, dass unter Menschen mit streng religiöser Orientierung häufiger Haschisch und Marihuana als Einstiegsdrogen konsumiert würden als Alkohol. Da der Großteil der Drogenkonsumenten um die Sogwirkung der weichen Drogen Haschisch und Marihuana zu harten Drogen wie eben Kokain und Heroin nicht wisse, erachte er deren Konsum als unbedenklich.

Die Gründe, deretwegen Jugendliche zu Drogen griffen, seien vielfältiger Natur. Neugierde spiele dabei eine ebenso große Rolle wie die Flucht vor Problemen. Drogen würden als Mittel gesehen, sich zu amüsieren. Anpassung an die Freunde sowie der Wunsch, anders sein zu wollen, seien weitere Gründe für den Konsum, wie auch der Druck, die Aufnahmeprüfungen für das Privat-Gymnasium LGS und für die Universität ÖSS bestehen zu müssen. Die Prüfungsvorbereitung setze die Jugendlichen unter großen Prüfungsstress, das Lernpensum sei immens. Freizeit besäßen sie, wenn überhaupt dann nur wenig oder gar nicht. Für die Schüler bedeute dies, an Wochenenden private Ergänzungskurse besuchen zu müssen. Um für die Kosten aufkommen zu können, müssten die Eltern viel arbeiten, und es fehle beiden Seiten die Zeit füreinander. Die Kommunikation in der Familie würde dadurch deutlich weniger.

Aufgrund ihrer jahrelangen Berufserfahrung bestätigte die Befragte, dass Jugendliche auch wegen des Drucks der Vorbereitung zur Aufnahmeprüfung zu einer Risikogruppe gehören. Viele Klienten des Therapienetzwerkes seien Schüler oder Studenten, was als ein Beleg für die These gesehen werden könne.

Mitunter kämen Klienten auch aus Deutschland und Holland. Es sei schwer mit ihnen eine längere Therapie durchzuführen, weil sie sich nur kurze Zeit in der Türkei aufhielten und nicht wüssten, wo sie gerne leben wollten. Um eine Vertrauensbasis aufzubauen und sich genauer kennen zu lernen werde jedoch für die Therapie mehr Zeit benötigt.

Drogenkonsumierende Klienten, die auf der Straße gelebt hätten oder noch lebten, hätten sich, so die Befragte, zu 99 % prostituiert, um sich auf diese Weise Drogen beschaffen zu können. Die Klienten, die bei ihren Familien lebten und nicht auf der Straße gelebt hätten oder leben, hätten hingegen kaum solche Erfahrungen gemacht. In wenigen Fällen komme es vor, dass zur Beschaffung von Drogen wertvolle Gegenstände von zu Hause verkauft oder Geld aus dem Familienbesitz entwendet werde.

Nach Ansicht der Befragten würden von der Regierung keine ausreichenden Maßnahmen gegen Drogenabhängigkeit getroffen. Es herrschten im Bereich des von der Regierung anvisierten Drogenhilfesystems große Unklarheiten hinsichtlich der Organisation und der Aufgabenverteilung. Mit Ausnahme einzelner klar definierter Expertenposten (wie beispielsweise im Bereich der Psychiatrie) sei nicht geklärt, wer welche Aufgabe übernehme oder übernehmen solle, so z.B. im Polizei- und auch im pädagogischen Bereich. Viele Familien seien über die Drogenproblematik nur unzureichend informiert, und wenn überhaupt, dann nur durch Mundpropaganda. Laut Auskunft der Befragten organisiere das Therapienetzwerk seit zweiundeinhalb Jahren Präventionsarbeit in Istanbul. Dadurch seien bislang 27 000 Familien und 30 000 Klassenlehrer über das Thema informiert worden. Die 27 000 Familien hätten in der ersten Phase viele Informationen erhalten, sie seien aber nicht in der Lage, allein mit diesen Informationen umzugehen oder sie umzusetzen. Deshalb müsse das Netzwerk eine zweite Phase der Reflexion für die Familien vorbereiten, in der sie lernen können, diese Informationen umzusetzen und ihre Vorurteile abzubauen. Die Veranstaltungen fänden in Istanbul statt.

Nach persönlicher Erfahrung der Befragten reagierten viele Familien auf den Drogenkonsum ihrer Kinder zunächst sehr aggressiv oder auch depressiv. Mitunter würden gegen diese Jugendlichen strenge Maßnahmen verhängt, wie etwa mehrwöchiger Hausarrest oder die elterliche Auflage, dem Schulunterricht fernzubleiben. Auch die Verschickung der Jugendlichen in eine andere Stadt oder in ein Dorf zu Verwandten gehöre zu solchen Maßnahmen.

ZUSAMMENFASSUNG DER EXPERTEN-INTERVIEWS AUS DER TÜRKEI

Die Mehrheit der Drogenfachleute in der Türkei vertrat zum Untersuchungszeitpunkt die Auffassung, dass der Drogenkonsum in den vergangenen zehn Jahren insbesondere unter Jugendlichen deutlich angestiegen sei. Dabei wurden von nahezu allen befragten Experten dieselben auslösenden Faktoren für jugendlichen Drogenkonsum genannt:

- Globalisierung
- Urbanisierung
- Armut
- schneller Informationsaustausch
- Verfall des traditionellen Familienzusammenhalts
- Drang, in kurzer Zeit viel Geld verdienen zu wollen
- schwierige Lebensbedingungen
- schlechte Bildungsmöglichkeiten
- Neugierde
- gesellschaftlicher Werte- und Normenwandel und persönliche Desorientierung
- Kultur und Generationskonflikte in Gesellschaft und Familie
- Arbeitslosigkeit
- Pubertät und ihre Folgeprobleme in Schule, Elternhaus und Freundeskreis

Nach den Erfahrungswerten einzelner Drogenfachleute seien mit Ausnahme des vom Drogenproblem direkt betroffenen Personenkreises weite Teile der türkischen Bevölkerung nur in unzureichendem Maße über die Drogenthematik aufgeklärt. Sämtliche hier befragten Drogenexperten waren der Auffassung, dass die türkische Regierung dem Drogenproblem nicht mit genügendem Ernst entgegentrete, obwohl Drogenabhängigkeit sich in Zukunft zu einem brisanten gesellschaftlichen Problem entwickeln könne. Deswegen seien innovative praktische Maßnahmen in diesem Bereich dringend erforderlich. Im Vergleich zu anderen Ländern sei, so der Expertenbefund, das Drogenproblem in der Türkei noch nicht sehr weit verbreitet. Wenn jedoch nicht rechtzeitig Präventivmaßnahmen getroffen würden, könne Drogenabhängigkeit in der Gesellschaft zu einer schnellen Ausbreitung führen, da weder ausreichend Therapieeinrichtungen noch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal existierten. Spezielle Fachkliniken gebe es nur in bestimmten Großstädten. Zwar werde der fortschreitende Drogenkonsum seit einigen Jahren durch die Medien thematisiert und die Öffentlichkeit so für dieses Problem der Gesellschaft allmählich sensibilisiert. Jedoch

werde Drogenabhängigkeit als Krankheit von den Betroffenen wie der Gesellschaft nur sehr zögernd akzeptiert. Damit sich dies ändere, müsse die Intensität informativer Aufklärung erhöht und die Ausbildung von qualifiziertem Fachpersonal weiter verstärkt werden.

Unter der Mehrheit der Drogenfachleute herrschte Einigkeit darüber, dass nicht die Binnenmigration als solche der entscheidende Risikofaktor für den Anstieg des Drogenkonsums in der Gesellschaft ist, sondern vielmehr die damit einhergehenden Probleme und Komplikationen wie beispielsweise soziale Verelendung, Arbeitslosigkeit, schlechte Berufchancen und Bildung. Alle hier befragten Experten gaben übereinstimmend zu Protokoll, dass sich nur noch 1-2 % der Drogenpatienten den alten traditionellen Heilungsmethoden unterziehen.

Die Klienten in den Kliniken stammten zu 30 % aus türkischen Migrantenfamilien aus Deutschland, die ihre Kinder zur Therapie in die Türkei gebracht hatten. Von punktuellen Anpassungsschwierigkeiten der Klienten abgesehen gestaltete sich der Therapieverlauf sowie das Verhältnis zwischen Therapeut und Migrantenjugendlichen, so der Expertenbefund, durchweg positiv. Die Klienten seien zwei Wochen lang, in Ausnahmefällen auch länger, intensiv auf die Therapiebehandlung konzentriert und zeigten sich sehr kooperativ. Die Therapeuten bedauerten, dass nach Ende der Therapie der Kontakt zu den Klienten abbräche, womit dann auch nicht in Erfahrung gebracht werden könne, ob sie eventuell rückfällig würden. Deswegen sei die Behandlungsmethode für diese Klienten leichten Veränderungen unterzogen worden. Die Klienten sollten nun im Land ihres ständigen Aufenthalts behandelt werden oder, wenn dieses nicht möglich sei, nach Ende der stationären Therapie zumindest für ein halbes Jahr mit den Therapeuten in der Türkei weiter in Kontakt bleiben. In diesem Falle sei eine Zusammenarbeit desjenigen Landes, in dem der Patient seinen Aufenthaltsort besitzt, und dem Land, in dem er therapiert wird, sinnvoll. Als Gründe, weshalb sich Migrantenjugendliche in der Türkei behandeln lassen, wurden von den Experten genannt:

- kurze Therapiedauer
- Wahrung der persönlichen Anonymität in neuer Umgebung
- kein Risiko für Aufenthaltsstatus, Schulverbleib und Arbeitsplatz
- Vermeidung von vorurteilsbeladenen Verständniskonflikten mit deutschem Therapiepersonal

- Befürwortung des türkischen Therapieorts durch die Familie
- freie Besuchszeiten für die Angehörigen
- knappe Wartezeiten hinsichtlich der Therapiebeginns
- Vertrauen in die Professionalität des Therapiepersonals
- Verwendung der Muttersprache beim therapeutischen Reflexionsprozess

Drogenkonsum wurde bei den Eltern der Jugendlichen nicht bekannt. Außer unter Abhängigkeit litten manche Klienten unter anti-sozialen Persönlichkeitsstörungen, Borderline, Angstzuständen und sexuellen Missbrauchserfahrungen, vor allem war dies bei denjenigen Jugendlichen der Fall, die auf der Straße gelebt hatten.

Nur zwei Experten berichteten, dass die Klienten wegen des Drogenkonsums von ihren Familien schlecht behandelt und Gewalt gegen sie ausgeübt worden sei. Nach Aussagen aller übrigen Experten seien Gewalterfahrungen bei den Klienten nicht bekannt.

Ein Viertel der Klienten waren zum Untersuchungszeitpunkt Mädchen und junge Frauen. Sie konnten im staatlichen Krankenhaus nur ambulant behandelt werden, da es für sie noch keine spezielle Abteilung im Krankenhaus gab. Stationär besaßen sie lediglich die Möglichkeit, sich in Einzelzimmern von Privatkliniken behandeln zu lassen.

Die Behandlungsprogramme dauerten zwischen 14 und 28 Tage. In den ersten 14 Tagen fand die Entgiftung statt, in den darauffolgenden 14 Tagen Beratung und Therapie.

13 DISKUSSION UND AUSBLICK

Annahme 1

Kultur- und Generationskonflikte unter türkischen Jugendlichen, die durch Binnenmigration innerhalb der Türkei verursacht werden, sind vergleichbar mit Konflikten, die durch die Migration türkischer Jugendlicher nach Deutschland zustande kommen.

Die vorliegende empirische Untersuchung spricht dafür, dass Kultur- und Generationskonflikte in beiden Ländern, in denen die befragten drogenabhängigen Probanden leben, existieren. Kulturkonflikte sind jedoch bei den türkischen Jugendlichen aus Deutschland stärker ausgeprägt als bei den in der Türkei lebenden Jugendlichen. Den Eltern der Probanden aus Deutschland sind die deutsche Sprache, die gesellschaftlichen Normen und Werte, wie auch die Religion fremd, obwohl sie sich bereits über einen langen Zeitraum in Deutschland aufhalten. Den Probanden selbst sind diese Dinge zwar ebenfalls nicht unproblematisch, dieses jedoch in weitaus geringerem Maße als bei deren Eltern. Sie finden manches, so z.B. deutsche Freizeitangebote (Kneipen- und Discobesuche) wie auch die Meinungs- und persönliche Entfaltungsfreiheit interessant und anziehend, wodurch oftmals kultur- und generationsbedingte Konflikte zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern entstehen. Bei den Probanden aus der Türkei schließlich kann ebenfalls von Konflikten gesprochen werden, bei denen generationsbedingte und kulturelle Faktoren aufeinander treffen. Die Eltern, die überwiegend in ländlichen Gebieten und Kleinstädten groß geworden sind, besitzen andere Normen und Werte als ihre in Istanbul aufgewachsenen Kinder. Obwohl seit Jahrzehnten in Istanbul wohnhaft, misst die Elterngeneration den aus der ländlichen türkischen Provinz mitgebrachten traditionellen Werten und Normen einen hohen Stellenwert bei. Diese wollen sie an ihre Kinder weitergeben.

Alle Befragten aus beiden Ländern, die zum Gesprächszeitpunkt weder verheiratet noch verlobt waren, strebten nach eigenen Angaben für die Zukunft den Eintritt in eine liberale und gerechte Ehe an. Es ist jedoch nicht abschätzbar, inwieweit die Jugendlichen sozial erwünscht geantwortet haben oder dies tatsächlich realisieren wollen und werden. Die Jugendlichen wollten, bevor sie heiraten oder sich verloben, zunächst die zukünftige Partnerin kennen lernen. Außerdem verfolgten alle Befragten zum Befragungszeitpunkt

die Absicht, deutlich weniger Kinder auf die Welt zu bringen als dies ihre Eltern taten. Es war ihr erklärtes Ziel, ihre nachwachsenden Kinder gemeinsam mit den weiblichen Ehepartnern gewaltfrei und liebevoll erziehen zu wollen, obwohl eine Vielzahl der Probanden in der Elternfamilie Gewalterfahrungen gemacht hat oder möglicherweise noch macht. Die Probanden wollten – so das zurückliegende Befragungsergebnis vom Frühjahr/Sommer 2004 – anders leben als ihre Eltern. Alte traditionelle Werte und Normen, die ihre Eltern verinnerlicht haben, wurden demnach verneint, was zu Konflikten zwischen den Probanden und deren Eltern führte.

Anhahme 2

Neben den Generations- und Kulturkonflikten bestehen bei den drogenabhängigen Probanden in Deutschland und der Türkei ähnlich negative Lebensbedingungen: Dies spiegelt sich in den Wohnverhältnissen und schulischen Bedingungen ebenso, wie auch in den erschwerten Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen wider sowie der rechtlichen Lage.

Die Untersuchungsergebnisse stützen auch die zweite Vermutung dieser Studie: Nach Angaben der meisten Probanden und Experten besaßen die Eltern wenig Zeit für ihre Kinder. Die so entstehende Fragmentierung der Familie verhindert die soziale Kontrolle der Kinder seitens der Eltern. Hinzu kommt, dass überwiegend beide Elternteile heutzutage mehr und länger arbeiten müssen als in der Vergangenheit und sie damit für Erziehung und Freizeitgestaltung deutlich weniger Zeit mit ihren Kinder verbringen können, als diese andererseits benötigen. Dadurch entstehen vielfältige Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie. Die Großeltern, die den Kindern in der Regel viel Zeit widmeten, bleiben beim Umzug der Familie der Probanden in die Großstadt sehr oft an ihrem ursprünglichen Wohn- bzw. Geburtsort zurück. Dies bedeutete für die Probanden einen spürbaren Verlust, die auf diese Weise ihre langjährigen Bezugspersonen verloren.

Die Befragten aus beiden Ländern sind von den oben genannten widrigen Lebensbedingungen betroffen. Bei den in Deutschland lebenden türkischen Jugendlichen wird dies noch durch die prekäre rechtliche Lage hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus verschärft, die als ein zentraler Angstfaktor unter den Probanden wirkt.

Die für diese Studie befragten Fachleute äußerten die Meinung, dass Migration bzw. Binnenmigration indirekt in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stehe, dies jedoch nicht der einzige Grund für den Drogenkonsum sein könne. Die mit Migration einhergehenden Anpassungsschwierigkeiten an die neue Umwelt, verbunden mit den misslichen Lebensbedingungen, begünstigten jedoch, so die Experten, den Drogenkonsum. Es fällt ins Auge, dass in der wissenschaftlichen Fachwelt der Drogenkonsum unter älteren türkischen Migranten weitgehend unerforscht ist, sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht. Auch Statistiken von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe oder anderer Institutionen, die Aufschluss über das Ausmaß der Drogensucht bei abhängigen Migranten geben könnten, existieren selten bis gar nicht. Vor allem in den letzten Jahren erschienen jedoch eine Reihe von Veröffentlichungen zu diesem Thema und es wurden diverse Fachtagungen abgehalten und Arbeitskreise eingerichtet. Die Zugangsweisen von Migranten zur Suchtkrankenhilfe, die Schwierigkeiten, die sich im Arbeitsalltag für die Mitarbeiter aus dem Suchtbereich mit dieser Klientel ergeben, wurden genauso kritisch reflektiert und dargestellt, wie auch die Probleme, die seitens der Migranten mit Drogensucht und den angebotenen Drogenhilfsprogrammen zu Tage treten. In diesem Zusammenhang wurde auf den erhöhten Bedarf an migrationspezifischen Angeboten bzw. einer interkulturellen Suchthilfe hingewiesen, dem bisher kaum Rechnung getragen wurde.

Salman (1996) stellt fest: *„Die Suchterkrankungen bei Migranten in Deutschland haben sich in den neunziger Jahren zunehmend zu einem gewaltigen sozialen und gesundheitlichen Problem entwickelt und konterkarieren Bemühungen zur Integration der Migranten in Deutschland. (S. 11)* Spezifische Probleme von Migranten im System der Suchtkrankenhilfe werden vor allem in Sprachbarrieren, kulturellen Differenzen zwischen Herkunfts- und deutscher Kultur, Informationsdefiziten, Zugangsbarrieren und im Ausländerrecht gesehen.

Die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit belegen die Notwendigkeit der Einführung einer interkulturellen Suchthilfe. Fachkräfte im Suchtbereich sollten sich interkulturelle Kompetenzen aneignen und können mit dieser Kompetenz in der Therapie abhängiger Migranten effektiver arbeiten. Ferner muss die interkulturelle Qualität der Einrichtungen entwickelt und gesichert werden, wie Pavkovic (1999) dies beschrieben hat: *„(...) wenn die Anzahl der abhängiger Migranten weiter zunimmt, wie einige*

Autoren befürchten, besteht hier dringend Handlungsbedarf, um diesen angemessene Hilfsangebote unterbreiten zu können.“ (S. 61 f.)

Auch in der Türkei existieren bisher keine Forschungen zu diesem Thema. Die in der vorliegenden Arbeit befragten Fachleute äußerten die Befürchtung, dass Drogenabhängigkeit in Zukunft große Probleme verursachen kann, wenn nicht weitere Maßnahmen gegen Drogenkonsum getroffen werden. Es gibt bisher weder genügend Fachleute noch entsprechende Einrichtungen in diesem Bereich.

In der Literatur und nach Ansicht der befragten Fachleute wird inzwischen auch in der Türkei Drogenabhängigkeit als Krankheit angesehen. In der türkischen Gesellschaft ist dies jedoch noch ein Tabuthema. Als gesichert kann gelten, dass nur die hier befragten Probanden und deren Angehörige, die über die Drogensuchtproblematik hinreichende Aufklärung erfahren haben, Drogenabhängigkeit als Krankheit akzeptieren. Im Gegensatz dazu wird Drogenabhängigkeit meist statt als Krankheit als schlechte Gewohnheit angesehen.

An dieser Stelle soll betont werden, dass die abhängigen Klienten, die in Deutschland leben, auch hier behandelt werden müssen. Es ist wenig effektiv, wenn die Klienten für eine kurze Zeit zur Therapiebehandlung in die Türkei gehen. Wenn sie nach Ende der Behandlung in ihre alte Umgebung zurückkehren, ist die Gefahr eines Rückfalls sehr groß. Der Drogenkonsum hat in der letzten Zeit unter den Türken, die in Deutschland und in der Türkei leben, allgemein zugenommen.

Nach Abschluss ihrer Forschungsarbeit ist die Autorin zu dem Ergebnis gekommen, dass im Bereich der Drogenabhängigkeit bei türkischen Migranten weiterer Forschungsbedarf besteht.

- Wie hoch ist die Zahl der Drogenabhängigen unter in Deutschland lebenden türkischen Migranten?
- Welche Drogensorten werden je nach Alter und Geschlecht konsumiert?
Existieren weibliche türkische Drogenabhängige in Deutschland?
- Wie leben die Drogenabhängigen nach der Behandlung und wie hoch ist die Risikorate der Rückfälligkeit?
- Wie stellt sich die Lebenssituation der abgeschobenen Drogenabhängigen dar?
- Was sind die Risikofaktoren, die das Entstehen der Drogenabhängigkeit in beiden

Länder begünstigen?

- Wie sollte der differenzierte lebenspraktische Umgang mit Drogenabhängigen aussehen?

14 PRAKTISCHE KONSEQUENZEN FÜR DIE DROGENHILFE

Aus Furcht vor den Konsequenzen, die aus den Gesetzesregelungen des Ausländerrechts für die drogenabhängige Migranten erwachsen können, wie auch aus Angst vor der Stigmatisierung der Drogenabhängigen in der Gesellschaft, verheimlichen die abhängigen türkischen Migranten ihre Abhängigkeit meist so lange, bis die Situation für sie gesundheitlich nicht mehr auszuhalten ist oder aber sie straffällig geworden sind. Die Abschiebung aus Deutschland löst die Probleme für abhängigen Migranten nicht. Das Problem der Drogenabhängigkeit sollte in dem Aufenthaltsland der betreffenden drogenabhängigen Person gelöst werden. Die Abschiebung verlagert das Problem lediglich in ein anderes Land. Die Probanden, die zum Befragungszeitpunkt in Deutschland lebten und sich in der Therapie befanden, hatten mit den deutschen Therapeuten auf sprachlicher Ebene keine Verständigungsschwierigkeiten. Für deren Eltern mit Sprachdefiziten innerhalb der deutschen Sprache sind muttersprachliche Therapeuten jedoch notwendig. Da die Einbeziehung der Familien in die Therapie türkischer Migranten von entscheidender Relevanz ist, sollten muttersprachliche Therapeuten in den Einrichtungen eingestellt werden.

Nicht nur der überwiegende Teil der in Deutschland lebenden türkischen Migranten, sondern auch die in der Türkei lebende Bevölkerung besitzen geringe Kenntnisse über die Wirkung von Drogen. Daher sollten sie durch Medien, Bildung und Öffentlichkeitsarbeit verstärkt darüber aufgeklärt werden. Die betroffenen abhängigen Jugendlichen in Deutschland erfahren von den für sie in Frage kommenden speziellen Therapieeinrichtungen meist erst dann, wenn sie den Gang zur Therapie antreten müssen. Solche Einrichtungen sind nicht zahlreich und nur in vereinzelt Großstädten (z. B. Berlin oder auch Nürnberg) vorhanden und es können bei der Therapieplatzvergabe lange Wartezeiten auftreten. Obwohl die hier befragten 20 Probanden über diese speziellen, für Migranten vorgesehenen Therapieeinrichtungen informiert waren, zogen sie es vor, in der unmittelbaren Nähe ihres Wohnortes sich einer Therapiebehandlung zu unterziehen. Für sie war nur wichtig, überhaupt einen Therapieplatz zu erhalten, mit dem Fachpersonal der Einrichtung ein positives zwischenmenschliches Verhältnis zu entwickeln und so ihren Aufenthaltsstatus nicht weiter zu gefährden. Diese Probanden wiesen keine Sprachdefizite innerhalb der deutschen Sprache auf. Das Ausländergesetz mit seiner latenten Bedrohungswirkung gegenüber den Probanden hinsichtlich ihres

Aufenthaltsstatus' im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit wurde von den meisten befragten Probanden als Anlass zur Sorge betrachtet. Diesbezügliche Problemlagen entwickeln sich in der Realität häufig, wie in Kapitel 5 des Theorieteils dargestellt wurde.

Problemlösungsstrategien der Migranten, wie in dem sich anschließenden Kapitel 6 dargestellt wurde, stimmen zum Großteil mit den empirischen Befunden dieser Arbeit überein. Die meisten Angehörigen der Drogenabhängigen in Deutschland versuchen, die Probleme zunächst zu verheimlichen oder alleine zu lösen. Beispielsweise lassen sie die betroffene Person in der Heimat fachmedizinisch therapieren bzw. vertrauen zunächst auf traditionelle Heilmethoden, wie der Gang zum Hoca zeigt. Erst wenn letztere Methode keinen Erfolg erbringt, nehmen sie professionelle Hilfe in Deutschland in Anspruch. Dasselbe Verhaltensmuster gilt allerdings auch für die Probandenfamilien in der Türkei. Die Probanden, die dort in therapeutischer Behandlung sind, bestätigten dies. So konsultierten beispielsweise 5 der 20 Probanden aus Deutschland, bevor sie sich einer fachmedizinischen Behandlung unterzogen, gemeinsam mit ihren Eltern den Hoca.

Gemäß den Ausführungen der Fachliteratur ziehen die abhängigen Migranten nur geringen Nutzen aus dem Suchthilfesystem. Die befragten abhängigen Personen bestätigten dies. Aus Angst, aus Unwissenheit oder aus dem Gefühl heraus, eine Suchttherapie sei in ihrem Fall nicht erforderlich, kamen sie erst dann mit dem Suchthilfesystem in Kontakt, nachdem ihre Drogensucht bereits weit fortgeschritten war.

Aus Sicht der Autorin leidet die wissenschaftliche Fachwelt unter dem schwerwiegenden Wahrnehmungsdefizit, dass hinsichtlich des Problemkomplexes „Abhängige Migranten in der Therapie“, die Teilproblematik der in den Familien der Abhängigen stark ausgeprägten Co-Abhängigkeit nicht thematisiert wird. Merkmale der Co-Abhängigkeit sind die beobachtete Tendenz zur Abgrenzung der Familie nach außen, die damit verbundene Ablehnung der Hilfe von außen, die Verheimlichung der Sucht den Verwandten gegenüber sowie schließlich die Tabuisierung von Drogenkonsum und Abhängigkeit. Das Vorhandensein von co-abhängigen Verhaltensweisen in der Familie der Jugendlichen macht deutlich, wie wichtig es ist, diese in die Therapie verstärkt einzubeziehen. Hier ergeben sich jedoch auch Probleme in der Praxis. Wenn die Familie sich, wie beschrieben, nach außen abgrenzt und dazu neigt, Probleme intern zu regeln, sind sie für Therapieangebote nur schwer zugänglich.

Positiv ist zu vermerken, dass der Migrationshintergrund der abhängigen Klienten in der Therapie thematisiert wird, da dieser sicherlich zu den suchtfördernden Bedingungen zählt, wie in Kapitel 3 gezeigt wurde. Die hier befragten Probanden gaben häufig an, den Kulturkonflikt und die Identitätskrise als Auslöser des Drogenkonsums erkannt zu haben. Diese Konflikte dürfen jedoch nicht überbewertet werden und so den Blick auf andere Bedingungsfaktoren verstellen, so, wie in der Literaturanalyse bereits ausgeführt wurde, Generationskonflikte, die Schul- und Wohnsituation, oder auch sich entwickelnden Zustände von Diskriminierung.

In der Türkei existieren lediglich in Istanbul, Ankara, Adana, Manisa, Samsun sowie Elazig Kliniken, in denen Drogenabhängige behandelt werden können. Abgesehen vom großen Klinik-Komplex Amatem in Istanbul handelt es sich bei diesen Therapieeinrichtungen um kleine Spezialabteilungen der Krankenhäuser. Das Methadonprogramm wird in der Türkei noch nicht praktiziert, sondern befindet sich noch in der Diskussion.

Ein Drittel der Abhängigen in der Türkei sind weiblich, in Deutschland jedoch sind weibliche Abhängige unter türkischen Migrantinnen so gut wie unbekannt. Nach Ansicht einiger Experten ist es schwierig, genaue Zahlenangaben über den Bestand weiblicher türkischer Drogenabhängiger zu machen. Seit fünf Jahren tauchen diese zunehmend in den Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen, bei Hausärzten oder in Gefängnissen auf, was davor nur sehr vereinzelt der Fall war. Im Vergleich zum Kreis männlicher Drogenabhängiger ist die Zahl der weiblichen Konsumierenden offenbar weitaus geringer. Nach Aussagen weiblicher Drogenkonsumenten gelangten sie zum Großteil über ihre männlichen Freunde in Kontakt mit Drogen. Es existieren auch einige Fälle, in denen die Kontrollmechanismen seitens der Familien und der Gesellschaft nicht mehr greifen, und die Frauen so von allein mit Drogen in Kontakt kommen. Sie lassen sich dabei die Drogenstoffe zumeist durch ihre männlichen Freunde oder Bekannte besorgen, um nicht in direkten Kontakt mit der Drogenszene treten müssen. Darüber hinaus gibt es auch Frauen, die kontrolliert durch männliche Drogenabhängige oder Zuhälter der Prostitution nachgehen oder aber Diebstahlsdelikte verüben, und sich über diesen Umweg Drogenstoffe beschaffen zu können.

Weibliche Drogenkonsumierende suchen äußerst selten Therapieeinrichtungen der Drogenhilfe auf. Dies wird zu einem überwiegenden Maß – in Fällen von Prostitution –

durch Zuhälterkontrollen, ansonsten üblicherweise durch den männlichen Freund oder Bekannten verhindert. Der Gang in die Drogenberatung geschieht bei weiblichen Drogenabhängigen entweder in Begleitung der Eltern, oder aber deren Eltern suchen die Beratungsstelle alleine auf, um von Seiten des Beratungspersonals gezielten externen Rat im Umgang mit ihren drogenabhängigen Töchtern zu erhalten.

In der wissenschaftlichen Fachliteratur beschränken sich die seltenen Forschungsberichte zum Konsum und der Drogenabhängigkeit unter der ersten Generation türkischer Migranten in Deutschland ganz überwiegend nur auf Fälle des Konsums der „weichen“ Drogenstoffe Haschisch und Marihuana. Nur vereinzelt wurde sich auch mit Delikten des „harten“ Drogenstoffs Heroin befasst. Damit ist die Frage aufgeworfen, ob sich die Schärfe des Drogenproblems in Form der merklichen Zunahme des Konsums sowohl „weicher“ wie aber auch „harter“ Drogen erst innerhalb der zweiten oder dritten Migrantengeneration bemerkbar gemacht hat.

15 LITERATURVERZEICHNIS

- Akbayik, O. (1991). Drogenarbeit mit Ausländern. In: Heckmann, Wolfgang (Hrsg.), Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Akbulut, I. (1997). Das Rauschgiftproblem in der Türkei (Ülkemizde uyusturucu Maddeler Sorunu) Intanbul Üniversitesi hukuk fakultesi mecmuasi.
- Akcal, A. G. (1998). Türkiye`de uyusturucu bagimlilik kavram ve boyutlari Istanbul.
- Akgün, L. (1991): Strukturelle Familientherapie bei türkischen Familien. Familiendynamik, 16.
- Akgün, L. (1998). Therapie im interkulturellen Kontext unter Berücksichtigung unterschiedlicher Selbstkonzepte. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau., S. 44-53.
- Aksoy, N. (1996). Lebensfeldorientierte Präventionsarbeit mit immigrierten Familien zur vorbeugenden Erziehung gegen Drogenmissbrauch und Suchtverhalten: Ein Erfahrungsbericht/Konzeptentwurf, Stuttgart.
- Alev, T. (1998). Dazwischen, in: Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Freiburg: Lambertus.
- Ametem (1996). Bakirköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde Arastırma ve Tedavi Merkezi 1996 yıllık faaliyet raporu, Istanbul.
- Aslan, A. (1998). Religiöse Erziehung der muslimischen Kinder in Deutschland und Österreich. Stuttgart: Verlag Islamisches Sozialdienst- und Informationszentrum.
- Assion, H. J. (2004). Traditionelle Heilpraktiken türkischer Migranten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Assion, H. J. (2001). Tradition und Volksglaube bei psychiatrischen Patienten türkischer Herkunft, Univ. Bochum, Habilitationsarbeit.
- Atabay, I. (1994). Ist dies mein Land? Identitätsentwicklung türkischer Migrantenkinder und -jugendlicher in der Bundesrepublik. Pfaffenweiler: Centaurus Verlag.
- Atabay, I. (1995). Die Identitätsentwicklung türkischer Migrantengrundlicher in Deutschland. In: Koch, Eckhard: Psychologie und Pathologie der Migration. Freiburg: Lambertus –Verlag.
- Atteslander, P. (2003). Methoden der empirischen Sozialforschung, 10 Auflage Berlin: Walter de Gruyter Verlag.
- Ausländergesetz vom 09.07.1990 (BGB1. I. S. 2584) in der Fassung vom 29.10. 1997 (BGB1. I. S. 2584).

- Auernheimer, G. (1988). Der sogenannte Kulturkonflikt: Orientierungsprobleme ausländischer Jugendlicher. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- Bainski, C. (1999). Situation inhaftierter Drogengebraucher, in: Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW (Hrsg.): Drogenhilfe und Justiz: Die Normalität des Unnormalen; Die Justiz als Standbein der Drogenhilfe; Tagungsbericht- Niederkrüchten.
- Baudis, R. (1997). Gastarbeiterkinder. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden- Württemberg (Hrsg.) und Verlag: Sucht und Migration. Stuttgart, S. 54-64.
- Blahusch, F. (1992). Zuwanderer und Fremde in Deutschland: eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Basoglu, O. (2000). Rechtliche Lage von drogenabhängigen und straffälligen Nichtdeutschen, in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.). „Partydrogen“: Anforderungen an die Beratung und Therapie. Kiel.
- Bätz, B. (1998). Qualifizierte stationäre Akutbehandlung drogenabhängiger Migranten, erste Erfahrungen und Daten über ein neues bedarfsorientiertes Behandlungsangebot in: BINAD-Info 12, Juli-Sept.
- Bätz, B. (2002). Praxis der Behandlung abhängigkeitskranker Migranten in der WKPP Warstein: Qualifizierter Drogenentzug, in Pittrich, W. (Hrsg.): Sucht und Migration – Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren, Fachtagung „on tour“, 26./27.Juni 2001 Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht.
- Bätz, B. (2003). Sucht und Migration, in: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.) „Rede nicht - Trauer nicht - Fühle nicht“ (Claudia Black), Kinder Suchtkranker und junge Suchtkranke in verschiedenen Hilfesystemen: Drogenkonferenz 2002, Mainz.
- Bätz, B. (2002). Drogenabhängige Migranten in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein, in: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.): Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten; Dokumentation der Tagung am 09. Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg Solingen. Solingen 2002.
- Beer, M./Kintzinger, M. (1997). Migration und Integration. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Beger, K. U. (2000). Migration und Integration. Opladen: Leske/Budrich Verlag.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration 2003.
- Beverungen-Gojdka, E. (1998). Angebotsvernetzung und türkisches Drogentelefon in Hattingen: Angebotsvernetzung im interkulturellen Bereich am Beispiel von Hattingen, in: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Suchtprävention mit Migrantinnen: Dokumentation, Köln.

- Bischoff, D./Teubner, W. (1992). Zwischen Einbürgerung und Rückkehr: Ausländerpolitik und Ausländerrecht in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Hitit Verlag.
- Bostan A. (1997). In der Türkei leben? Nie!, Die Zeit Magazin (Hrsg.), Hamburg.
- Boos-Nünning, U. (1998). Sozialisation von Jugendlichen ausländische Herkunft. Bedingungen für die Förderung oder Verhinderung von Drogenabhängigkeit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus Verlag, S.11-32.
- Boss-Nünning, U. (1995). Abweichendes Verhalten von Jugendlichen ausländischer Herkunft: Jugend- und ausländer-spezifische Erklärungsansätze. In: Jugendkriminalität, Dokumentation der 2. Veranstaltung in der Reihe: Migration und Justiz. Essen.
- Boss-Nünning, U. (2002). Expertise: Migration und Sucht. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Böker, W. (1975). Psychiatrie der Gastarbeiter. In K. P. Kisker, J.-E. Meyer, /C. Müller, /E. Strömgen (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart-Forschung und Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Böker, W./Schwarz, R. (1977). Über Entstehung und Verlauf akuter paranoider Reaktionen im Zusammenhang mit Kulturwandel und Migration. Nervenarzt, 48.
- Blankenburg, W. (1984). Ethnopsychiatrie im Inland. Norm-Probleme im Hinblick auf die Kultur- und Subkultur-Bezogenheit psychiatrischer Patienten. In: Curare, G. Devereux zum 75 Geburtstag. Hrsg. E. Schröder und D. H. Frießem. Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg Verlag.
- Brakhoff J./Schmidtobreck B. (1982). Suchtkranke Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. In: Suchtgefahren 28.
- Braun, A. (2002). Erfahrungen mit einer spezialisierten Konzeption zur stationären Behandlung alkohol- und drogenabhängiger Migranten in: Pittrich, W. (Hrsg.): Sucht und Migration – Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren, Fachtagung „on tour“, 26./27. Juni 2001 Münster: Landschaftsverband Westfalen- Lippe, Koordinationsstelle Sucht.
- Buchholz, P./Knief, M. (1979). Drogenproblematik, Berlin: Verlag pädagogisches Zentrum.
- Bundeskriminalamt (2001). Zur Situation des illegalen Drogenmarktes in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2000. Bericht des Bundeskriminalamtes. In: Caspers-Merk, M.: Sucht-und Drogenbericht 2000, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)(2000). Familien ausländischer Herkunft in Deutschland, Sechster Familienbericht, Berlin.
- Büsse, C. (2001). Jugendhilfe und drogenabhängige Migranten und Migrantinnen: Projekt Perspektive, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Migration: Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepte für junge

Drogenkonsumierende aus Osteuropa; Dokumentation der Jahresfachtagung vom 21. November 2000, Hannover: NLS.

Castellonuova, D. F/Risso, M. (1986). Emigration und Nostalgia: Sozialgeschichte, Theorie und Mythos psychischer Krankheit von Auswanderern. Frankfurt a. M.: Cooperative-Verlag.

Cenan, E. (2002). Drogenberatung für inhaftierte Migrantinnen und Migranten in: Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.): Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten; Dokumentation der Tagung am 09.Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg Solingen.

Comer, R. J. (1995-2001). Klinische Psychologie. Heidelberg: Spektrum Akad. Verlag.

Conzen, P. (1996). Erik H. Erikson: Leben und Werk. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Czycholl, D. (1998). Sucht und Migration. Berlin: Verlag VWB.

Czycholl, D. (1998). Entwicklungen einer spezialisierten Konzeption für die stationäre Therapie suchtkranker Migranten. In: Czycholl, Dietmar (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und gefährdeter Migranten. Hohenrodter Studien Band 1. Berlin:Verlag VWB, S. 91-105.

Czycholl, D./Hügel, C. M. (1994). Rehabilitation nicht-deutschsprachiger Abhängigkeitskranker: Erfahrungen und aktuelle Tendenzen. In: Schuntermann, M.F. (Hrsg.): Befundung, Diagnostik, Intervention: 4. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV Schriften Bd.3. Frankfurt/Main.

Czycholl, D. (1997). Abhängigkeitserkrankung bei Migranten und ihre Behandlung. In: Weiser, E. (Hrsg.): Migration und Sucht. Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Stuttgart.

Czycholl, D. (1998). Entwicklungen einer spezialisierten Konzeption für die stationäre Therapie suchtkranker Migranten. In. Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration. Hohenrodter Studien Band 1. Berlin: VWB Verlag.

Czycholl, D. (1998). Selbsthilfe suchtkranker Migranten und Migrantinnen: Bedeutung und besondere Probleme. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg in Breisgau: Lambertus-Verlag S.116-126.

Czycholl, D. (1999). Stationäre Entwöhnungsbehandlung suchtkranker Arbeitsmigranten und Aussiedler. In: Salman, R. u.a. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe: Modelle, Konzeption und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Czycholl, D. (1998). Stationäre Therapie für abhängigkeitskranke Migranten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg in Breisgau: Lambertus-Verlag.

Czycholl, D. (2001). Entwöhnungsbehandlung suchtkranker Migrantinnen und Migranten in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Sucht und

Migration: Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepte für junge Drogenkonsumierende aus Osteuropa; Dokumentation der Jahresfachtagung vom 21. November 2000, Hannover.

Czycholl, D. (1998). Ohne Chance im gelobten Land, in: Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration – Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten, Berlin (Hohenrodter Studien, Bd. 1): Verlag für Wissen und Bildung.

Czycholl, D. (1996). Muß Fremdsein krank machen? Migration, Rauschmittelsucht und Suchtkrankenhilfe. In: Der Ausländerbeauftragte der Landesregierung des Freistaates Thüringen (Hrsg.): Muss Fremdsein krank machen? Jahrestagung Migration 1996, Erfurt.

Collatz, J. (1995). Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration: Auswirkungen der Migrationsbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und psychiatrischer Versorgung. In E. Koch, M. Özek, W. M. Pfeiffer (Hrsg.), Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven, Freiburg: Lambertus-Verlag, S. 31-45.

Degkwitz, P./Krausz, M. (1995). Epidemiologie und Dokumentation im Drogenentzug. In: K. Behrendt, P. Degkwitz, E. Trüg (Hrsg.): Schnittstelle Drogenentzug. Freiburg: Lambertus-Verlag.

Dill, H./Frick, U. (2002). Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Domberg, H./Djawad N./Angela D. (1997). Suchtpräventive Drogenarbeit mit Jugendlichen ausländischer Herkunft in: Bossong, Horst (Hrsg.) Leitfaden Drogentherapie, Frankfurt a.M.; New York: Campus.

Domenig, D. (2001). Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Verlag Hans Huber.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1995). Drogen und Sucht Hamm.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1996). Jahrbuch Sucht '97, Geesthacht: Neuland.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1998). Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Devereux, G. (1974). Normal und Normal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. Duden (1991).

Duden (1991) Der kleine Duden Fremdwörterbuch. Mannheim: Dudenverlag.

Dündar, E. (1995). Türken der Landbevölkerung in der Migration und illegale Drogen. Diplomarbeit, Zürich.

Erikson, E. H. (1974). Jugend und Krise. Stuttgart, zweite Auflage: Ernst Klett Verlag.

- Erikson, E. H. (1980). Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, sechste Auflage.
- Esser, H. (2001). Integration und das Problem der „multikulturellen Gesellschaft“. In: Mehrländer, Ursula/ Schultze, Günter (Hrsg.): Einwanderungsland Deutschland: Neue Wege nachhaltiger Integration. Bonn: Dietz Verlag.
- Ete, E. (1984). Psychische Störungen von ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland. In: H. Kentenich, P. Reeg, K.H. Wehkamp (Hrsg.): Zwischen zwei Kulturen: Was macht Ausländer krank? Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit, S.148-154.
- Ete, E. (1995). Ethnomedizinische Aspekte der Interaktion mit türkischen Patienten. In E. Koch, M. Özek, W. M. Pfeiffer (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch- türkisch Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Fanai, F. (1972). Die Drogenabhängigkeit der Jugend in: Schwendtke, A./Krapp, F.: Drogen, Gesellschaft, Pädagogik Frankfurt: Dipa Verlag, Frankfurt.
- Farke, W./Graß, H./Hurrelmann, K. (2003). Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Follmann, J. (2001). Probleme bei der Integration junger Migranten und ihrer Familien im Hinblick auf Suchtverhalten. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg: Sucht und Suchtgefährdung bei Migranten, Expertenhearing. Stuttgart.
- Flick, U. (1999). Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Frank, H./Kruse, K./Willeke, S. (1997). Muslimische Jugendliche in Deutschland. In: Heitmeyer, Wilhelm/Müller, Joachim/Schröder, Helmut: Verlockender Fundamentalismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Freud, S. (1952). Die gesammelte Werke (1892-1899), Frankfurt: Frischer Verlag.
- Friese, P. (1991). Psychologische Stresstheorie und Migration. Informationsdienst zur Ausländerarbeit. Nr.1/91, S. 64-66.
- Gaitanides, S. (1998). Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus Verlag, S. 62-76.
- Gaitanides, S. (1992). Probleme der psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt, Gutachten im Auftrag des AMKA, in: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 374, S. 127-145.
- Gassmann, R. (2001). Migrationspezifische Aspekte der Sucht, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Migration: Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepte für junge Drogenkonsumierende aus Osteuropa; Dokumentation der Jahresfachtagung vom 21. November 2000, Hannover.

Gassmann, R. (2000). Präventive Sucht- und Drogenpolitik für Migrantinnen und Migranten in: Schmidt, Bettina; Klaus Hurrelmann (Hrsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik: Ein Handbuch. Opladen: Leske-Budrich.

Geigner, I. (1997) Interkulturelle Gesundheitsförderung. In: Sucht und Migration. Tagungsreader zur Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart.

Genc, S. (1998). Kusatilan Devlet Türkiye Istanbul.

Güngör, S./Konaci, A. (2001). Uyusturucu ve psikotrop Maddelerle ilgili suclar Istanbul.

Gür, M. (1991). Warum sind sie kriminell geworden? Türkische Jugendliche in deutschen Gefängnissen; Verlag Neuer Weg.

Güngör, A. (1999). Türkiye`de uyusturucu sorunu ve Halkla iliskiler acisindan çözüm önerileri, Ankara.

Goldmann, W. (1996). Erschreckend hoch. In: Psychosozialer Arbeitskreis Migration im Projekt Gesunde Stadt Essen (Hrsg.): Drogenkonsum – Fakten, Hintergründe, Prävention, Ausblicke – 3. Veranstaltung der Reihe Migration und Justiz. Essen S.7.

Graebisch, C. (1998). Ausweisung als Strafe oder: geteilte Dealerarbeit des Rechts in: Paul, Bettina; Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.): Drogendealer: Ansichten eines verurteilten Gewerbes. Freiburg: Lambertus.

Grottian, G. (1991). Gesundheit und Kranksein in der Migration. Frankfurt: Verlag für interkulturelle Kommunikation.

Gruber, A. (1997). Eindrücke und Erfahrungen aus der Arbeit mit drogenabhängigen jugendlichen Migranten. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.) : Sucht und Migration. Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart.

Haasen, C. (1997). Migration und Sucht: Empirische Ergebnisse und Zukunftsperspektive. In: L. Schäfer, E. S. Schmalfuß. (Hrsg.): Euro TC 1996 Strasburg: Europe unlimited! Drugs unlimited? Deutsche Ausgabe Berlin: Föderation der Drogenhilfen in Europa e.V.

Hansen, R. (1989). Türkische Jugendliche, deutsche Türken oder „ein bisschen von da und ein bisschen von da“: Re-Migration und Identitätskonflikte türkischer Jugendlicher aus Izmir. Saarbrücken: Breitenbach Verlag.

Hegemann, T./Salman, R. (2001). Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.

Hinz, H. (1998). Behandlung migrierter Patienten in einer Suchtfachklinik – Schwierigkeiten und Chancen für Therapeuten und Patient/in, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Hoff, T. (2002). Akkulturation und Alkohol. Deutscher Instituts-Verlag GmbH, Köln.

- Hoffmann, K./Wielant, M. (1997). *Psychiatrie im Kulturvergleich*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Holzmann, T./Volk, S./Georgi, K./Pflug, B.: *Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer Psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag*. *Psychiatrische Praxis*, 21,1994, S. 106-108.
- Höhn, R./Stork, C. (1990). *Drogenproblematik junger Ausländer*. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 3, S. 46-48.
- Huber, B. (1998). *Ausländerrechtliche Probleme suchtkranker Migrantinnen und Migranten*, in: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg im Breisgau, S. 201-210.
- Huck, W. (1996) *Besonderheiten und Probleme in der Behandlung ausländischer jugendlicher Drogenabhängiger*; in: *Psychosozial Heft 1 (Nr. 63)*, 19.Jg.
- Hurrelmann, K./Heidrun, B. (1997). *Drogengebrauch Drogenmissbrauch*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hüllinghorst, R./Holz, A. (1998). *Vorwort*, in: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 9-10.
- Informationsmaterial über Anadolu Klinikleri (Balikli Rum Hastanesi) aus Istanbul 15.05.2004.
- Ibrahim, S. (1997). *Die „Ausländerfrage“ in Deutschland*. Frankfurt-Bockenheim: Vas Verlag.
- Jamin, M. (1999). *Fremde Heimat*. In: *Motte, Jan/Ohlger, Rainer/Von Oswald, Anne (Hrsg.): 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Kavasoglu, R. (2002). *Das Projekt NOKTA: Interkulturelle Sozialtherapieeinrichtung für drogenabhängige Migrantinnen*, in: *Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.): Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten; Dokumentation der Tagung am 09. Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg Solingen*.
- Kavasoglu, R. (1998). *Stationäre Therapie für drogenabhängige Migranntinnen – das Angebot von Nokta in Berlin*, in: *Binad-Info 12, Juli – Sept.*
- Kavasoglu, R. (1994). *Beratung und Behandlung/Therapie suchtmittelabhängiger ausländischer Mitbürger*. In: *Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen (Hrsg.): Sucht kennt keine Ausländer. 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung am 08. Dezember 1993. Dokumentation*. Münster, S. 47-59.
- Kaya, D. (2002). *Dönüs* in: *Landeszentrum für Zuwanderung NRW (Hrsg.): Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und*

Migranten; Dokumentation der Tagung am 09. Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg Solingen.

Kaya, D. (1996). Türkische Drogenabhängige in einem deutschen Drogenhilfeprogramm am Beispiel: Therapiezentrum „Dönüs“ in Birnthon bei Nürnberg, in: Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung Ahlen (Hrsg.): Türkische Drogenkonsumenten: Ihre Situation/Unsere Angebote; Fachdokumentation zur Tagung am 07. März 1996 im Bürgerzentrum Ahlen, Ahlen.

Kaya, D. (1996). Dönüs eine Therapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft oder Abstammung – ein Erfahrungsbericht, in: siehe oben.

Kaya, D. (1998). Dönüs - Therapieeinrichtung für drogenabhängige Migranten. In: Mudra - Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V., Jahresbericht 1997. Nürnberg, S. 55-65.

Kaya-Heinlein, D. (2001). Interkulturelle Aspekte von Drogenkonsum und Therapie. In: Mir geht` s doch gut – Jugend, Kultur und Salutogenese 2000. Tagungsreader zur Fachtagung. München.

Kaya-Heinlein, D. (1999). Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für Drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft. In: Salman R./Tuna, S. T/Lessing, A: Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Kaya-Heinlein, D. (1997). Ein Haus für ausländische Drogenabhängige; in: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (3-4), S. 79-95.

Kaya-Heinlein, D. (2002). Langzeitentwöhnungstherapie mit Drogenabhängigen aus dem türkisch-arabischen Sprach- und Kulturraum, in: Böllinger, Lorenz; Heino Stöver (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik: Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater Ärzte und Juristen. 5. vollst. überarb. Aufl. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Keup, W. (1978). Folgen der Sucht, 3. wissenschaftliches Symposium Tutzing, Georg Stuttgart/New York: Thieme Verlag.

Kielhorn, R. (1996). Krank in der Fremde, in: Psychosozial Heft 1 (Nr. 63), 19.Jg., S. 15-28.

Kielholz, P./Ladewig, D. (1972). Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen, J. F. München: Lehmanns Verlag.

Kindermann, W. (1989). Drogenabhängigkeit bei jungen Menschen, Freiburg: Lambertus Verlag.

Köknel, Ö. (1972). Uyusturucu maddeler sorununa toplu bakis. Uyusturucu maddeler sorunu, Istanbul.

Kommunale Ausländerinnen-und Ausländervertretung (KAV) der Stadt Frankfurt am Main (1996): Dokumentation zur Anhörung „Migration und Sucht“ vom 4.3.1996, Bonn: Forum Verlag Godesberg.

- Knoll, A. (2002). Sucht was ist das? Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.
- Krick, E. (1998). Therapeutinnen in der Arbeit mit Männern aus anderen Kulturkreisen. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren: Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kriz Dergisi 4 (2) (1996). Uyusturucu bagimlilikinin nedenleri, gelismisi ve korunma calismalari.
- Kruse, K./Oehmichen, M. (1997). Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Lübeck: Hansisches Verlagskontor.
- Ladewig, D./Hobi, V./Dubacker, H./Faust, V. (1972). Drogen unter uns, medizinische, psychologische und juristische Aspekte. München: Karger Verlag.
- Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung, Band 1: Methodologie, 3. korr. Auflage, Weinheim: Psychologie -Verlag -Union.
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.) (1997). Sucht und Migration, Stuttgart.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (1994). 13. Jahrestagung, Sucht kennt keine Ausländer. Dokumentation, Münster.
- Leippe, P. (1997). Gegenwelt Rauschgift. Kulturen und ihre Drogen. Köln: Vgs Verlagsgesellschaft.
- Leistungs- und Qualitätsbericht (2001). Hamburger Suchthilfeeinrichtungen 1999/2000. Hamburg.
- Loviscach, P. (1996). Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht: Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Macek, M. (1994). Sucht kennt keine Ausländer. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen (Hrsg.): Sucht kennt keine Ausländer. 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung am 08. Dezember 1993. Dokumentation. Münster.
- Marinovic, P. (1997). Streetwork in der offenen Drogenszene mit nichtdeutschen KonsumentInnen. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Sucht und Migration, Stuttgart.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mehrländer, U./Schultze, G. (2001): Einwanderungsland Deutschland: Neue Wege nachhaltiger Integration Bonn: Dietz Verlag.
- Mudra Jahresbericht 2000. Nürnberg 2001.

- Nauck, B.(1985). „Heimliches Matriarchat“ in Familien türkischer Arbeitsmigranten? Empirische Ergebnisse zu Veränderungen der Entscheidungsmacht und Aufgabenallokation. In: Zeitschrift für Soziologie, 14 (6), S. 450-465.
- Nestmann, F./Niepel T. (Hrsg.) (1993).Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Nickels, C. (1999). Drogen- und Suchtbericht 1998. In: In Sucht 45 (2) 1999.
- Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (2001). Sucht und Migration: Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepte für junge Drogenkonsumierende aus Osteuropa; Dokumentation der Jahresfachtagung vom 21. November 2000, Hannover.
- Okalison, E. (1997). Aufenthaltsbeendende Maßnahmen bei straffällig gewordenen Ausländern. In: Sucht und Migration. Tagungsreader zur Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Ögel, K. (2002). Türkiye`de Madde Bagimlilik: IQ Kultur Sanat Yayıncılık İstanbul.
- Ögel, K. (2001). Madde Bagimlilarina Yaklasim ve Tedavi: IQ Kultur Sanat Yayıncılık. İstanbul 2001.
- Ögel, K. (2001). İnsan Yasam ve Bagimlilik, Tartismalar ve Gercekler: IQ Kultur Sanat Yayıncılık İstanbul.
- Ögel, K./Olçay, L. (2003). Gençlerde Madde Kullanım Yayıncılığı ve Özelliklerinin Değerlendirmesi 2001 Araştırma Sonuçları İstanbul.
- Ögel, K. (1997) Hollanda ve Belçikada`da yaşayan türkler arasında madde kullanımı İstanbul.
- Ögel, K. (1999). Madde kullanıcılarının özellikleri: Türkiye` de çok merkezli bir araştırma. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi Cilt: 7 Ek Sayı 1 Ankara.
- Ögel, K./Tamar, D. (1996). Uyusturucu Maddeler ve bagimlilik Okul eğitim paketi, Öğrenci Anketi bulguları, Amatem/Özel Okullar Derneği.
- Ögel, K./Tamar, D./Çakmak, D. (1998). Madde kullanımı sorununda Türkiye` nin yerine bir bakış. İstanbul.
- Özalp, G. (1996). Straßensozialarbeit und Therapie mit türkischen Drogenkonsumenten in Berlin, in: Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung Ahlen (Hrsg.): Türkische Drogenkonsumenten: Ihre Situation/Unsere Angebote; Fachdokumentation zur Tagung am 07. März 1996 im Bürgerzentrum Ahlen, Ahlen.
- Özelsel, Michaela M. (1996). Sucht und Migration – Eine ethnopsychologische Perspektive, in: Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung e.V. Ahlen (Hrsg.): Türkische Drogenkonsumenten: Ihre Situation/Unsere Angebote; Fachdokumentation zur Tagung am 07. März 1996 im Bürgerzentrum Ahlen. Ahlen, S. 23- 28.

- Özelsel, M. M. (1994). Gesundheit und Migration; Profil, München, 1990 Özelsel, M. M.: Die andere Mentalität; in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 4/94.
- Özdemir, C. (1998). Gestalten statt Leugnen – Realität und Reformbedarf im Einwanderungsland Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Özerkmen, N. (2001). Bunalım Toplumunu gençlik ve uyusturucu bağimlilik Ankara.
- Pavkovic, G. (1999). Interkulturelle Kompetenz und Qualität in der Suchtkrankenhilfe. In: Salman R./Tuna S./Lessing, A.: Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Giesen: Psychosozial-Verlag.
- Penke, S. (2004). Migration und Sucht. Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“ Leipzig: Universitätsverlag GmbH.
- Peterburs, H. (1999). Die Entwicklung interkultureller Drogenarbeit in Regeldiensten – Vom Streetwork zur Drogenberatung. Salman R./ Tuna S./ Lessing A, (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giesen: Psychosozial-Verlag, S. 191-193.
- Philippi, R. (1996). Drogenkriminalität und Gefährdungspotential. In: Kommunale Ausländerinnen- und Ausländervertretung (KAV) der Stadt Frankfurt a.M. (Hrsg.): Drogen und Migration: Dokumentation der Anhörung am 4.März 1996 zur Situation Drogenabhängiger und -gefährdeter junger Menschen ausländischer Herkunft, in: Frankfurt am .Main, Bonn, S. 67 f.
- Polat, Ü. (1998). Soziale und kulturelle Identität türkischer Migranten der zweiten Generation in Deutschland. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Portera, A. (1993). Identitätsentwicklung und interkulturelle Sozialisation. In: W. Jaede, Portera, A. (Hrsg.): Begegnung mit dem Fremden. Interkulturelle Beratung, Therapie und Pädagogik in der Praxis Köln: GwG-Verlag S. 53-70.
- Ramstroem, J. (1984). Drogenabhängigkeit, psycho-soziale Ursachen, Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Rautenberg, M. (1998): Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmissbrauch. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Riedesser, P.(1984). Psychische Gefährdungen und Erkrankungen von Kindern ausländischer Arbeiter. Habilitationsschrift, Med. Fak. der Univ. Freiburg im Breisgau.
- Rist, F. (1999). Psychologischer Ansätze. In: Gastpar, M./Mann, K./ Rommelspacher, H.: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Rommelspacher, H. (1999). Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. In: Gastpar, M./Mann, K./Rommelspacher, H.: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Rosen, R./Stüwe, G. (1985). Ausländische Mädchen in der Bundesrepublik. Opladen: Leske Verlag.

- Salman, R. (1998). Spezifische gesundheitliche Lage und Belastungen der Migration. In: Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten Berlin: Hohenrodter Studien Band 1.: VWB, S. 31-38.
- Salman, R. (1999). Zum Geleit, in: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 7-10.
- Salman, R. (1999). Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe, in: Salman, R./Tuna S./Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 11-28.
- Salman, R. (2002). Migration und Sucht in Deutschland, in: Pittrich, W. (Hrsg.). Sucht und Migration – Konzepte und Praxis vor Ort erleben und erfahren. Fachtagung „on tour“, 26/27. Juni 2001 Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht.
- Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (1999). Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sertkaya, C. E. (1998). Ambulante Beratungsangebote der Fachstelle für Ausländische Drogenabhängige in Frankfurt. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 92-97.
- Stimmer, F. (2000). Suchtlexikon, München: Verlag Oldenbourg.
- Schaef, A. W. (1986). Co-Abhängigkeit. Nicht erkannt und falsch behandelt. Wildberg: Mona Bögner-Kaufmann Verlag.
- Scheerer, S. (1995). Sucht, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Schlebusch, S. (1999). Drogenabhängige Ausländer im Jugendstrafvollzug: Psychosoziale Hintergründe, Therapiechancen und Folgerungen für die Suchtberatung, in: Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, Jg. 48 H1.
- Schmerl, C. (1984). Drogenabhängigkeit, Opladen: Westdeutsche Verlag.
- Schmidt, M. (1998). Ausländische Drogenabhängige und Zugänge zum Hilfesystem. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtgefahren in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus Verlag, S. 77-91.
- Schmidt, L. G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In: Gastpar, M./Mann, K./Rommelspacher, H.: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schwoon, D. R./Krausz, M. (1990). Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke Verlag.
- Schlüter-Müller, S. (1992). Psychische Probleme von jungen Türken in Deutschland. Psychiatrische Auffälligkeiten von ausländischen Jugendlichen in der Adoleszenz. Eschborn: Klotz Verlag.

- Schuler, J. (1997). Krankheit, Heilung und Kultur. Skizzen aus der Ethnomedizin. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schulz, W./Weiß-Lehnhard I. (1988). Entwurzelungsproblematik und Suchtentwicklung. Braunschweig: Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen, Heft 4.
- Schwarzer, W. (1998). Lehrbuch der Sozialmedizin. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Schwendtke, A./Krapp, F. (1972). Drogen, Gesellschaft, Pädagogik. Frankfurt: Dipa Verlag.
- Sen, F./Goldberg, A. (1994). Türken in Deutschland. München: Süddeutscher Verlag.
- Sert, M. (1995). Migration und Drogen, in: Akzept (Hrsg.) Drogen ohne Grenzen: Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland / Niederlande, Berlin: VWB Verlag.
- Seymen, I. (2000). Uyusturucu sorununun Türkiye`deki Boyutlari Ankara.
- Sivrikozoglu, C. (1997). Türkische Jugendliche und illegale Drogen. In: Sucht und Migration. Tagungsreader zur Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg Stuttgart.
- Simon, R./Palazzetti M. (1999). Jahresstatistik 1998 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. SEDOS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998 unter Mitarbeit von I. Helas, A. Holz, R. Walter- Hermann, P. Missel Gamperl und W. Schuler. Sucht 45 1999, S. 59-94.
- Steinbrecher, W./Solms, H. (1975). Sucht und Missbrauch, 2. völlig neubearbeitete Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Stickel, H. (1997). Therapie statt Strafe – auch bei Ausländern? In: Sucht und Migration. Tagungsreader zur Fachtagung 1996 der Landesstelle gegen die Suchtgefahren i. Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Stöbe, A. (1998). Islam – Sozialisation – interkulturelle Erziehung: Die Bedeutung des Islam im Sozialisationsprozesse von Kindern türkische Herkunft. Hamburg: EB Verlag.
- Straube, H. (1987). Türkische Leben in der Bundesrepublik. Frankfurt am Main.
- Täschner, K. L. (1997). Harte Drogen weiche Drogen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Tamar, D./Kültegin, Ö. (1996). Uyusturucu madde kullaniminin aile üstüne etkisi. Basbakanlik Aile Arastirma Kurumu, Bilim Serisi no: 99 Istanbul.
- Trommsdorff, G. (1995). Kindheit und Jugend in verschiedenen Kulturen. Weinheim: Juventa Verlag.
- Tuna, S. (1999). Die Bedeutung der Sprache in der interkulturellen Suchttherapie, in: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 46-55.

- Tuna, S. (1999). Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten ebd. S. 89-102.
- Tuncer, C./Ersül, C. (1988). Uyusturucu madde bagimlilikinde demografik özellikler. 24 Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Ankara.
- Tuncer, C./Ersül, C. (1988). Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Ankara.
- Türkcan, A. (1998). Türkiye`de Madde Kullananların Profili: Hastane verilerinin incelenmesi İstanbul.
- Türk Psikiyatri Dergisi 9 (4) (1998). Diyarbakir Bölgesinde Esrar ve Eroin Kullanıcılarının Sosyo- demografik Özellikleri.
- Türkiye` de uyusturucu madde sorunları (1997) (Drogenproblematik in der Türkei), İstanbul.
- Ünal, A. (1997). 1. Kölner Fachtagung am 08. Oktober 1997 in Köln. Sucht und Migration. Dokumentation der 2. Fachtagung des Kölner Gesundheitsforums – Projektgruppe „Gesundheitsprobleme ausländische Bürgerinnen und Bürger“, Köln.
- Ünal, A. (1998). Gesundheitsversorgung von MigrantenInnen und Chancen einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste. In: Deutsche AIDS- Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige, Berlin, Deutsche Aidshilfe e.V.
- Umminger, G. (1997). Keiner liebt sie, keiner versteht sie. In: Suchtreport 1 Heft Nr.6, S.13.
- Unger, N. (2000). Alltagswelten und Alltagsbewältigung türkischer Jugendlicher. Opladen: Leske und Budrich Verlag.
- Van Treeck, B. (1999). Drogen- und Sucht – Lexikon. Imprint Verlag.
- Vom Scheidt, J. (1976). Der falsche Weg zum Selbst, Studien zur Drogenkarriere, München: Verlag Kinder.
- Wahring, G. (1985). Fremdwörterlexikon, München: Bertelsmann.
- Wicker, H. R. (1993). Türkei in der Schweiz? Beiträge zur Lebenssituation von türkischen und kurdischen Migranten und Flüchtlingen in der Fremde. Luzern: Caritas-Verlag.
- Weische-Alexa, P. (1982). Sozial-Kulturelle Probleme junger Türkinnen in der Bundesrepublik Deutschland Köln, Diplomarbeit 4. Auflage.
- Wulff, E. (1978). Ethnopsychiatrie. Seelische Krankheit – ein Spiegel der Kultur. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- www.doenues-drogentherapie.de/deutsch/therapie.htm, 05.03.2004.
- www.isoplan.de/aid/2002-2/bildung.htm-15k-22.Apr.2005.
- www.pisa.ipn.uni-kiel.de/Kurzfassung-Pisa-2003 22.Apr.2005.

www.kindergartenpaedagogik.de/570.html-16k 10.05.05.

www.isoplan.de/aid/2002-/bildung.htm-15k-22.Apr.2005.

www.destatis.de/basis/d/biwiku/schultab13.htm, 15.12.2003.

www.destatis.de/basis/d/biwiku/schultab9.htm, 15.12.2003.

www.Datenschutz-berlin.de/gesetze/auslg/auslg.htm, 20.01.2004.

www.doenues-drogentherapie.de/deutsch/therapie.htm05.03.2004.

www.destatis.de 2002 , 20.04.04.

Yildiz, M. (1996). Arbeitsansatz für nichtdeutsche Drogenabhängige am Beispiel Mudra, Nürnberg; in: Wegehaupt; Wieland (Hrsg.): Kinder-Drogen- Jugendliche-Pädagogen: In Kontakt bleiben. Münster: Votum Verlag.

Yildiz, M./Kerstin B. Y. (1998). 10 Jahre ambulante Arbeit mit ausländischen Drogenabhängigen bei MUDRA, Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V., Nürnberg, in: BINAD-Info 12, Juli-Sep.

Yüksel, N./Dereboy, C. (1994). Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımı. Türk Psikiyatri Dergisi 5.

Yüksel, T. (1999). Der kulturelle Aspekt in der Suchthilfe – Türkischislamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem. In: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A.: Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 30-45.

Yüksel, T. (2001). Interkulturelle Suchthilfeansätze kulturspezifischer Prävention, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Sucht und Migration: Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepete für junge Drogenkonsumierende aus Osteuropa; Dokumentation der Jahresfachtagung vom 21. November 2000 Hannover.

16. ANHANG

Leitfaden für die Probandeninterviews in Deutschland und in der Türkei

Der Fragebogen wurde bei beiden Probandengruppen in Deutschland und in der Türkei angewendet. Der Interviewleitfaden beinhaltet folgende Bereiche:

1 Die Emigrationsgeschichte (Binnenmigrationsgeschichte) der Probanden und ihrer Familien (Fragen zum Lebenslauf)

Fragen:

1. Wo sind deine Eltern und wo bist du geboren?
2. Seit wann lebt ihr hier?
3. Wie alt sind deine Eltern und du? Wo arbeiten sie und als was?
4. Wie viele Geschwister seid ihr?
5. Welche Schulabschlüsse habt ihr?
6. Welche Staatsangehörigkeit habt ihr?

Anmerkung: Diese Fragen dienen als Einstieg in das Interview. Auf diese Weise konnte die Autorin bereits einige demographische Daten sammeln und einen Überblick über den Migrations- und Binnenmigrationshintergrund der Probanden gewinnen. Außerdem war der Autorin wichtig, für den Gesprächseinstieg ausschließlich solche Fragen zu wählen, die die Befragten ohne großes Nachdenken beantworten konnten. Damit legte sich die anfängliche Aufgeregtheit angesichts der ungewohnten Situation sehr rasch und das Aufkommen unangenehmer Gesprächspausen zu Interviewbeginn verhinderte, die sich negativ auf den weiteren Gesprächsverlauf ausgewirkt hätten.

2. Kindheit

Fragen:

1. Wie war deine Kindheit?
2. Hast du immer bei deiner Familie gelebt?
3. Warst du zu Hause beliebt?

3. Kindergarten

Fragen:

1. Warst du im Kindergarten, und wenn ja, wie lange?
2. Kannst du dich an deine Kindergartenerzieher und Freunde erinnern?

4. Schule

Fragen:

1. Gehst du gerne zur Schule?
2. In welcher Klasse und Schule bist du?
3. Kommst du mit den Lehrer und Mitschülerinnen zurecht?
4. Mit wem bist du am engsten befreundet?
5. Kommst du mit dem Unterricht klar?
6. Wie verbringst du deine Freizeit nach der Schule?

5. Eltern-Kind-Beziehung und Konflikte

Fragen:

1. Wie war in deiner Kindheit die Beziehung zu deinen Eltern und zu deinen Geschwistern?
2. Wer war in der Familie deine Bezugsperson oder dein Vorbild?
3. Wurdest du zu Hause geliebt?
4. Hast du noch Kontakt zu deiner Familie?
5. Welche Verbote existieren für dich zu Hause?
6. Hast du deine Freunde mit nach Hause bringen dürfen?
7. Wo oder wann gab es Konflikte zu Hause?
8. Wie hast du dich während der Pubertätszeit gefühlt?
9. Hast du in dieser Zeit viele Probleme gehabt?
10. Wie hast du deine Probleme gelöst?
11. Konntest du sie alleine lösen?
12. Wer hat dir dabei geholfen?
13. Wie bist du damit umgegangen?
14. Wie wichtig waren/sind die türkischen Werte und Normen für dich und deine Eltern?
15. Fühlst du dich deutsch oder türkisch?

6. Soziales Umfeld und Wohnsituation

Fragen:

1. In welchem Stadtteil lebst du?
2. Wie groß ist eure Wohnung?
3. Hast du ein eigenes Zimmer?
4. Haben deine Eltern eine Eigentumswohnung?
5. Hast du überwiegend deutsche oder türkische Freunde?

7. Religion

Fragen:

1. Hast du eine religiöse Familie?
2. Ist die Religion für dich wichtig?
3. Beten deine Eltern regelmäßig? Du auch? Wenn ja, bei welchen Gelegenheiten?

8. Risikofaktoren des Drogenkonsums

Fragen:

1. Gibt es Abhängigkeiten in der Familie/ Verwandtschaft?
2. Wie und wann hast du mit Drogen angefangen?
3. Hast du in dieser Zeit besondere Probleme gehabt, die du nicht lösen konntest?
4. Hast du das erste Mal Drogen allein probiert oder mit einer Gruppe?
5. Wie hast du die Drogen besorgt?

9. Umgang mit den Drogenproblemen

Fragen:

1. Wie lange hast du Drogen konsumiert und wie bist du mit diesem Problem in der Familie, Schule und auf der Arbeit umgegangen?
2. Wer hat zuerst in der Familie von deinem Drogenproblem erfahren und wie war die erste Reaktion deiner Eltern?
3. Waren sie in der Lage dir zu helfen und welche Lösungsmethode haben sie für dein Problem ausgesucht?
4. Hast du als Migrant besondere Schwierigkeiten mit einer Suchterkrankung in Deutschland?

10. Nutzung der Therapieangebote

Fragen:

1. Wie bist du auf die Idee gekommen mit dem Konsum aufzuhören und hat jemand dich dazu bewegt?
2. Wie hast du mit der Suchtkrankenhilfe Kontakt aufgenommen?
3. Warst du darüber informiert, dass es Einrichtungen gibt, die speziell mit Migranten arbeiten?
4. Hättest du eine solche Einrichtung bevorzugt? Warum bzw. warum nicht?
5. Wie steht deine Familie zur Sucht und zur Therapie?
6. In welcher Sprache findet die Therapie statt?
7. Hast du einen türkisch sprechenden Therapeuten?
8. Inwiefern wird deine Familie in die Therapie einbezogen und ist das überhaupt von dir erwünscht?
9. Hast du dich bei der Einrichtung als Migrant empfunden?
10. Wenn ja, in welchen Situationen?
11. Gab es bei der Therapie besondere Hindernisse oder Schwierigkeiten?
12. Welche Regeln sind für dich besonders schwierig einzuhalten?
13. Siehst du Unterschiede zwischen deiner Therapie und der Therapie von deutschen Patienten?
14. Hast du durch deine Familie, außer Therapie und ärztlicher Untersuchung auch andere Therapiealternativen / Heilungsalternativen bekommen?

11. Zukunftsvorstellungen

Fragen:

1. Wie stellst du dir deine Zukunft vor?
2. Wo möchtest du nach der Therapie am liebsten leben?
3. Glaubst du, dass du in Zukunft nicht rückfällig wirst?
4. Möchtest du selber eine Familie gründen?
5. Machst du dir Sorgen um deinen Aufenthaltsstatus?

Leitfaden für die Experteninterviews in Deutschland

1. Fragen zum Personal (Anzahl, Berufsprofile, Nationalität)

1. In welcher Einrichtung/ Krankenhaus/Anstalt sind Sie tätig und in welcher Funktion?
2. Wie viele Mitarbeiter gibt es in dieser Einrichtung und wie viele sind aus der Türkei?

2. Fragen zu den Patienten (Einzugsgebiet, Anzahl, Nationalitäten, Altersgruppen, Geschlecht)

1. Aus welchem Einzugsgebiet kommen die Klienten?
2. Wie viele sind davon aus der Türkei?
3. Wo sind die meisten türkischen Klienten geboren?
4. Welches Alter haben die Klienten?
5. Welche Schul- und Ausbildungsabschlüsse besitzen sie?
6. Sind die Klienten in der Mehrzahl weiblich oder männlich?
7. Gibt es weibliche Klienten? Wenn ja, werden sie getrennt oder gemischt behandelt?

3. Fragen zum Thema “Migranten in der Therapie bzw. Abhängige Klienten“ (Kontaktaufnahme, Schwierigkeiten mit Klienten, Angehörigen und Risikofaktoren des Drogenkonsums)

1. Wie nehmen die abhängigen Klienten Kontakt mit der Einrichtung auf?
2. Sind die Klienten über Angebote der Suchtkrankenhilfe, insbesondere über spezialisierte Angebote für Migranten, informiert?
3. Wie hat sich die Anzahl der Migranten in der Einrichtung entwickelt?
4. Gibt es ausländerrechtliche Probleme? Werden Jugendlichen wegen Drogenproblematik in die Türkei abgeschoben?
5. Werden die türkischen Drogenabhängigen bei Institutionen ungerechter behandelt als die deutschen Abhängigen?
6. Ist der Drogenkonsum unter den türkischen Migranten angestiegen? Aus welchen Gründen konsumieren die Jugendlichen Drogen?
7. Welche Drogen konsumieren die türkischen Abhängigen und wie lange?
8. Konsumierten oder konsumieren die Angehörigen irgendwelche Drogen?
9. Sind die türkischen Familien über Drogenmittel und Wirkung der Mittel informiert?
10. Waren die Abhängigen zu Beginn ihrer Drogenkarriere über die Wirkungen und

Konsequenzen des Drogenkonsums aufgeklärt?

11. Ist Migration ein Grund um Drogen zu konsumieren?
12. Glauben Sie an den Zusammenhang, dass das Leben zwischen zwei Kulturen Abhängigkeit fördert?
13. Führen die türkischen Drogenabhängigen oft ein Doppelleben?
14. Wie reagieren die türkischen Familien, wenn sie von der Drogenabhängigkeit der Kinder erfahren?
15. Welche Besonderheiten sehen Sie in der Behandlung türkischer Migranten?
16. Haben türkische Migranten in der Therapie Anpassungs- und Sprachschwierigkeiten?
17. Wollten die Abhängigen von sich aus therapiert werden oder um ihre Abschiebung zu verhindern?
18. Suchen die abhängigen Klienten eher muttersprachliche Therapeuten oder deutsche aus?
19. Welche Konflikte tauchen in der Therapie wegen des Kulturunterschieds zwischen Therapeut und Klient auf?
20. Werden die Angehörigen in die Therapie einbezogen?
21. Unterstützen die Angehörigen während der Behandlung die Klienten und wenn ja, wie?
22. Dürfen die Klienten während der Behandlung besucht werden?
23. Wird Abhängigkeit von den türkischen Klienten und ihren Angehörigen als Krankheit akzeptiert oder ist es noch ein Tabu-Thema?
24. Haben die Klienten außer der Abhängigkeit andere zusätzliche Krankheiten oder Verhaltensstörungen?
25. Wie ist die Rückfälligkeit bei türkischen Drogenabhängigen?
26. Werden von den Familien der Klienten noch alte traditionelle Methoden angewendet, damit diese mit dem Konsum aufhören?
27. Sind im Konzept besondere Angebote für Migranten vorhanden?
28. Was kann in den Einrichtungen verbessert werden, um die türkischen Abhängigen früh genug zu erreichen?

Leitfaden für Experteninterview in der Türkei

1. Fragen zum Personal (Anzahl, Berufsprofile, Nationalität)

1. In welcher Einrichtung/Krankenhaus sind Sie tätig und in welcher Funktion?
2. Wie viele Mitarbeiter gibt es in dieser Einrichtung?
3. Gibt es hier auch ausländische Fachkräfte und wenn ja, wie viele?
4. Ist diese Einrichtung in privater oder in staatlicher Hand?
5. Wie groß ist die stationäre Kapazität der Einrichtung?

2. Fragen zu den Patienten (Einzugsgebiet, Anzahl, Nationalitäten, Altersgruppen, Geschlecht, Schule, Ausbildung)

1. Woher kommen die Klienten in ihre Einrichtung?
2. Wie viele sind aus Istanbul oder aus anderen Städten der Türkei?
3. Wie alt sind sie und sind sie in der Mehrzahl männlich oder weiblich?
4. Welche Schul- und Berufsabschlüsse haben sie?
5. Gibt es in der Einrichtung Klienten mit anderen Nationalitäten?
6. Bestehen für diese gesetzlichen Hindernisse?

3. Fragen zum Thema „Abhängige Klienten in der Therapie“ (Kontaktaufnahme, Schwierigkeiten mit Klienten, Angehörigen und Ursachen des Drogenkonsums)

1. Wie nehmen die Klienten Kontakt mit der Einrichtung auf?
2. Kommen die Klienten von sich aus zur Behandlung oder von wem werden sie hierher gebracht?
3. Werden abhängige Frauen und Männer zusammen behandelt oder gibt es spezielle Einrichtungen (Abteilungen) für abhängige Frauen?
4. Wer übernimmt die Kosten der Behandlung und wie lange dauert sie?
5. Dürfen die Patienten während der Behandlung besucht werden?
6. Welche Schwierigkeiten haben die Klienten während der Behandlung?
7. Wie oft wird unter den Familien der Klienten Drogen oder Alkohol konsumiert?
8. Ist der Drogenkonsum in der Türkei gestiegen und was sind die Risikofaktoren des Drogenkonsums bei den Jugendlichen?
9. Ist Binnenmigration ein Grund, um Drogen zu konsumieren?
10. Welche Drogen werden am meisten konsumiert?

11. Sind die Familien über Drogen und Wirkung des Mittels informiert?
12. Wie reagieren die Familien, wenn sie von der Drogenabhängigkeit der Kinder erfahren?
13. Werden die Abhängigen bei der Therapie von den Angehörigen unterstützt?
14. Wird die Abhängigkeit als Krankheit in der Gesellschaft und in den betroffenen Familien akzeptiert?
15. Wie oft werden die Patienten nach der Behandlung rückfällig und kommen erneut zu Ihnen?
16. Haben Sie auch Klienten aus dem Ausland? Wenn ja, aus welchen Ländern und wie ist das Alter/Geschlecht und die Schulbildung bei diesen Klienten?
17. Mit welchen Schwierigkeiten konfrontieren diese Klienten während der Behandlung?
18. Haben die Klienten außer der Abhängigkeit andere zusätzliche Krankheiten oder Verhaltensstörungen?
20. Werden unter den Klienten, außer der ärztlichen Behandlung die alten traditionellen Heilungsmethoden angewendet, z.B. zu einem Prediger zu gehen?
21. Haben die alten Normen, Werte und Religion eine schützende Rolle gegenüber dem Drogenkonsum? Wenn ja, in welcher Hinsicht?
22. Gibt es aktuelle Statistiken über spezielle abhängige Klienten?