

# JUNG, GEFLÜCHTET, SÜCHTIG...



I. Claesens



K. Hohgen

## IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL



enten zwar zu entlasten, eine intensivere Auseinandersetzung war zum Zeitpunkt der stationären Entwöhnung bei uns kaum möglich. Sozialrechtliche oder Teilhabe Aspekte standen im Vordergrund. Für weitere Helfer im Hilfesystem wie Betreuer oder im weiteren Sinne auch Rechtsanwälte, bot die Diagnose allerdings neue Handlungsmöglichkeiten.

schwer. Berufliche Arbeitsanforderungen würden ihn schnell überfordern. Er kann keine Hobbys benennen.

Die psychotherapeutische Behandlung orientierte sich stark an den Themen Beziehungsaufbau, Vermittlung von Sicherheit und Transparenz und diversen eher pädagogischen Tätigkeiten. Eine tiefgreifende Psychotherapie war

In Zeiten der Pandemie ist die Flüchtlingswelle von 2015 und 2016 kein relevantes Thema in den aktuellen Medien. Im Rahmen der medizinischen Suchtrehabilitation kommen nun jedoch die ersten Betroffenen an.

### Migration in der salus klinik Castrop-Rauxel

#### STATISTIK

Im Jahr 2020 hatten insgesamt 27 % der PatientInnen einen Migrationshintergrund angegeben. Prozentual machten PatientInnen mit türkischer Herkunft mit 8 % die größte Gruppe aus. Von den insgesamt 23 PatientInnen, waren 17 als Kinder von Migranten in Deutschland geboren worden. Der Anteil an Frauen lag bei 13,6 %.

#### MERKMALE DER PATIENTEN

Als uns vorgeschaltete Stelle im Hilfesystem erhielten wir von der Beratungsstelle „Feedback“ aus Dortmund die Information, dass im Jahr 2020 161 geflüchtete, zumeist männliche Personen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren Kontakt zur Beratungsstelle aufnahmen. Meist konsumierten die Betroffenen Amphetamine und Cannabis, oft begann der Konsum erst in Deutschland, ebenso bei unseren Patienten. Laut Landesstelle Sucht NRW beginnt der Konsum in 30% der Fälle erst in Deutschland.

Eine „junge Migrationsgeschichte“ von wenigen Jahren weisen in unserer Klinik im Jahr 2021 3 Patienten auf. Die jungen Männer (19-22 Jahre) kamen aus Pakistan, Syrien bzw. Afghanistan. Alle Patienten flohen als Jugendliche nach Kriegserfahrungen alleine aus ihrem Heimatland und haben, nur selten, telefonischen Kontakt zur Herkunftsfamilie. Jeder der drei Patienten hat die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Das Jugendamt war zum Zeitpunkt der Therapie involviert und teilweise bestand eine gesetzliche Betreuung. Über diese Hilfestellen begann die Kontaktaufnahme zur zuweisenden Suchtberatungsstelle. Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung spielte im therapeutischen Kontakt eine weniger starke Rolle, als zunächst anzunehmen wäre. Die Diagnosestellung schien die Pati-



#### FALL-VIGNETTE

Ein 19-jähriger Patient mit einer Cannabis-, Amphetamin- und Alkoholabhängigkeit. Er lebt in einem Asylbewerberheim, ohne Familie. Diese befindet sich im Heimatland und es besteht nur sporadischer Kontakt. Im Alter von 15 Jahren kam er alleine nach Deutschland. Er hat einige Jahre als Produktionshelfer gearbeitet, ist aktuell jedoch arbeitslos. Aktuell habe er in Deutschland eine Duldung. Für den Alltagsgebrauch liegen ausreichende mündliche Sprachkenntnisse vor. Der Patient kann jedoch weder auf Deutsch lesen noch schreiben.

In Deutschland habe er mit dem Konsum begonnen. Der Patient gibt an, Cannabis zur Beruhigung konsumiert zu haben, wenn er an den Krieg gedacht habe. Er habe dann besser geschlafen. Zudem habe er die soziale Verbundenheit beim gemeinsamen Konsum genossen. Amphetamine und Alkohol habe er zur Stimmungsaufhellung eingesetzt. Der Patient beschreibt Einschränkungen bei der Haushaltsführung und im Umgang mit Ämtern. Die Beziehungen zu anderen Menschen seien belastet. Vertrauen aufzubauen gelinge ihm nur

nicht möglich. Dies lag zum einen an den Sprachkenntnissen, zum anderen an den vorrangigen Themen des Patienten. Die Beziehung zu beinahe allen Mitarbeitern und Mitpatienten war von Misstrauen geprägt. Ausgenommen einzelne Mitpatienten mit denen er sich verbündete. Er reagierte in Konflikten impulsiv, im Alltag zog er sich häufig zurück. Er bekam intensive männliche Unterstützung bei Lernen der Deutschen Sprachen, diese Hilfe konnte er gut annehmen.

Die Fallvignette beschreibt die Komplexität in der psychotherapeutischen Arbeit mit einem jungen Mann, der erst vor wenigen Jahren als Flüchtling nach Deutschland gekommen ist. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, fehlenden soziale Bindungen, kulturelle Differenzen und sprachlichen Barrieren schränken die Teilhabe an der Gesellschaft und am Arbeitsleben massiv ein. Häufig kann und muss im Behandlungsverlauf die Förderung dieser Teilhabe im Vordergrund stehen, da die Patienten keine Arbeitserlaubnis haben oder ihr Aufenthaltsstatus von ihrem Arbeitsverhältnis abhängt.

### 2 Aspekte des kultursensiblen Arbeitens

#### KRANKHEITSVERSTÄNDNIS

Der in der Fallvignette beschriebene Patient unternahm für die westliche Schulmedizin eine Selbstverletzung, während in seinem Krankheitsverständnis das Ritzen und der damit einhergehende Blutverlust die Vergiftung des Körpers beseitigen sollte. Die Patienten aus dem mittleren Osten haben eher ein somatisches Krankheitsverständnis. Dies macht es schwer ein Verständnis für die eigene stoffgebundene Abhängigkeit zu entwickeln.

Neben Krankheit ist auch das Verständnis von Behandlung kulturell sehr unterschiedlich geprägt. Lernen hiesige Sucht- oder Psychotherapeuten Gesprächstechniken, um den PatientInnen Wege aufzuzeigen eigene Schlüsse ziehen zu können, fordern PatientInnen mit Migrationshintergrund aus dem mittleren Osten Anweisungen, was sie nun tun müssten. Sie empfinden Fragen der TherapeutIn wie z.B. „Was kann ich für sie tun?“ als inkompetent. Dies fordert nicht nur eine enorme Anpassungsleistung der PatientInnen, sondern auch der TherapeutInnen, welche einen Spagat zwischen ihren therapeutischen Grundhaltungen und den Bedürfnissen der PatientInnen vollführen müssen.

#### SPRACHE

Für BezugstherapeutInnen sind Sprache und Beziehung unser Handwerkszeug. Wie kann also eine erfolgreiche Therapie durchgeführt werden, wenn TherapeutIn und PatientIn nicht dieselbe Sprache sprechen? Es scheint profan und doch stolpern wir nicht selten in der Psychotherapie über das fehlende Verständnis von in Deutschland ge-

nutzten Redensarten. Manchmal bleibt die Frage „Hat mein Patient mich verstanden?“ oder „Habe ich meinen Patienten verstanden?“ offen. Das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes erschwert aktuell das therapeutische Geschehen und die Deutung der Mimik zusätzlich. In der Regel scheitern muttersprachliche Behandlungen an der geringen Anzahl von entsprechenden TherapeutenInnen. Benötigt es aber die Behandlung in der Muttersprache? Sicherlich schafft diese Nähe und verhindert Fehlkommunikation, sie ist aber nicht der Garant für gleiche identitätsstiftende Werte. Wichtiger scheint ein kultursensibles Arbeiten, das vor allem in einer reflektierten, selbstkritischen und unvoreingenommenen Haltung besteht. Somatisierung, das Phänomen des „Einverständnis im Missverständnis“ (es besteht ein Einverständnis in der Beseitigung der Symptome, aber ein Missverständnis in der Behandlungserwartung) und unnötige (medikamentöse) Behandlungen könnten durch kultursensible Behandlungen reduziert werden.

#### FAZIT

Die Kombination aus einer kurzen Migrationsgeschichte, einer kurzen Suchtgeschichte und einem jungen Alter stellt uns als BehandlerInnen in der medizinischen Suchtrehabilitation vor große Herausforderungen. Der „Königsweg“ der Suchtrehabilitation Umfeldwechsel, Aufbau von zufriedenstellender Freizeitgestaltung und Entwicklung einer beruflichen Perspektive greift hier nicht. Besteht ein Arbeitsverhältnis kann dies zur Sicherung des Aufenthaltstitels zwingend nötig sein. Ist der Arbeitsplatz jedoch ein Risikofaktor für einen Rückfall sind TherapeutIn und PatientIn in einem Dilemma. Ebenso kann die Wohnsituation nicht ohne weiteres verändert werden, lebt der/die PatientIn in einem Wohnheim für Asylsuchende. Die Freizeitgestaltung ist noch am ehesten zu verbessern. Finanzielle Grenzen kennen wir Behandler schließlich nicht nur von Patienten mit jungem Migrationshintergrund und sind hier geübt und kreativ.

Vermutlich werden in Zukunft mehr Menschen aus der „Flüchtlingswelle“ seit 2015 in die stationäre Suchtrehabilitation gelangen. Die Anpassung der Behandlung und die Überprüfung unserer eigenen kultursensiblen Haltung ist nun unsere Aufgabe. Anfangen sollten wir mit der stetigen Überprüfung hinsichtlich diskriminierender, fremdenfeindlicher und projektiver Tendenzen. Dies sollte beispielsweise in Teamsitzungen, Supervisionen oder Fortbildungsmaßnahmen explizit anvisiert werden. Zugangsbarrieren aller Art sollten identifiziert und nach Möglichkeit ausgeräumt werden (Czycholl, 2018).

## VORSTELLUNG

Im Sommer 2009 fuhr ich mit meinem gerade erworbenen ersten eigenen Auto, einem VW Vox, zu meinem Vorstellungsgespräch für die salus klinik Hürth. Das Treffen fand im Privathaus von Frau Domma statt, da die Klinik in Hürth noch nicht fertig gestellt war. Ein Hund, Herr Schneider und die hochschwangere Frau Domma begrüßten mich sehr freundlich. Bereits in diesem Moment hatte ich das Gefühl, das könnte zu mir passen und dieses Gefühl ist geblieben.

In den letzten 12 Jahren habe ich meine Approbation als psychologische Psychotherapeutin, ebenso die Zusatzqualifizierung zur Kinder- und Jugendtherapeutin erworben, mich im Bereich der Schematherapie und bei der Behandlung von ADHS weitergebildet und die Ausbildung zur Supervisorin absolviert. Heirat und die Geburt meiner beiden Kinder waren weitere Highlights in dieser Zeit. Nachdem ich in der salus klinik Hürth Bezugstherapeutin von 8 unterschiedlichen Bezugsgruppen gewesen bin, in allen Abteilungen gearbeitet und so viele unterschiedliche Indikativgruppen geleitet habe, dass ich langsam den Überblick verlor, entwickelte ich den Wunsch nach einer neuen Herausforderung.

Und dieser Herausforderung begegne ich nun Tag für Tag als Direktorin der salus klinik castrop rauxel. Mein Ziel ist es, dass wir langfristig viele Vorteile, die bisher den größeren Kliniken vorbehalten waren, auch für unsere Klinik umsetzen können, ohne den Charme einer kleineren Klinik

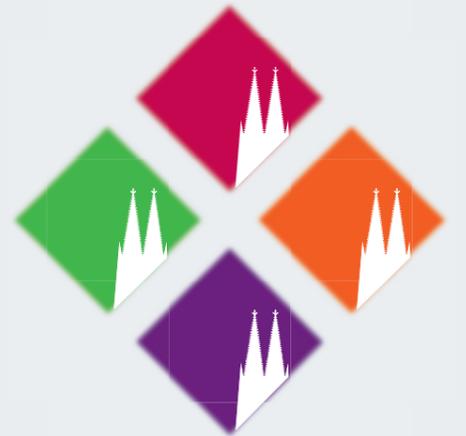


zu verlieren. Wir konnten bereits die Präsenz der medizinischen Mitarbeiter deutlich erhöhen und die ärztlich-therapeutischen Strukturen weiter ausbauen. Zum Beispiel werden spezielle Trauma- und ADHS-Sprechstunden angeboten. Das bereits große Indikativgruppenangebot konnten wir durch eine Trauma-Gruppe und eine Skillsgruppe weiter ergänzen. Für eine verbesserte und abgesicherte Diagnosestellung haben wir auch die testpsychologischen Prozesse erweitert und spezifiziert. Neben diesen fachspezifischen Veränderungen streben wir auch ein schönes Ambiente an, da ich überzeugt bin, dass Therapie an einem Wohlfühlort am besten gelingen kann. Das Wichtigste für ein gutes Ambiente liegt aber bereits vor – ein großartiges Team. Ein kompetentes Team, das sich sehr um unsere Rehabilitanden/-innen bemüht und offen ist für neue Entwicklungen. Vielen Dank dafür!



## ENDSPURT NEUE ADAPTION IN HÜRTH

In Kürze wird ein dunkles Lavendel in die Hürther salus Raute einziehen. Gekonnt wird es sich neben die bereits bestehenden Farben einfügen:



Dahinter steht die neue salus adaption Hürth.

Die Geschichte der salus adaption Hürth beginnt 2014. Unter der Leitung von Frauke Wulf konnten seitdem 90% aller Rehabilitand\*innen die Adaptionenmaßnahme mit einer vollen Arbeitsfähigkeit und 76% aller Rehabilitand\*innen die Adaptionenmaßnahme regulär beenden. Ein Resultat, auf das wir durchaus sehr zufrieden blicken!

2017 haben wir uns wegweisend konzeptionell neu aufgestellt! Seitdem bietet unsere Adaption auch Plätze für Mütter, Väter und Paare mit / ohne Kind (Kinder ab dem 3. Lebensmonat bis 10 Jahre) sowie für gleichgeschlechtlich orientierte Frauen und Männer.

Auch durch die Eröffnung der Frauenklinik 2017 konnten wir umfangreiche Erfahrungen in der familienorientierten Arbeit mit Mutter / Vater / Eltern und Kind Adaption sammeln.

Um eine optimale Adaptionenbehandlung und Unterstützung in der Eltern-Kind-Interaktion zu gewährleisten, können wir auf folgende Elemente in der Behandlung zugreifen:

- Interne Kita
- Familientherapie
- Motopädie
- Interne Beschulung

Mutter- und Vaterschaft sind Lebensphasen, in denen die Notwendigkeit eines Entwurfs für das eigene Leben durch die Sorge und die Pflicht für ein weiteres Leben erweitert wird. Dies stellt in der Phase der Adaption für die Bewohner eine zusätzliche Herausforderung dar, da diese die Phase des Übergangs von der Entwöhnungsbehandlung zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung ist.