

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

03/2003

Christine Ait-Mokhtar, Frankfurt a.M.

im April 2003

Alles hat einen Anfang – nur welchen?

Die Initialphase von Gruppen bei der stationären Rehabilitation
von Drogenabhängigen verschiedener soziokultureller Zugehörig-
keit

Graduierungsarbeit für den Weiterbildungszweig Integrative Psychotherapie mit
Vertiefungsschwerpunkt Gestaltpsychotherapie

und für
das Ergänzungscurriculum
Soziotherapie/ Suchttherapie (SSGE-3)

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für
psychosoziale Gesundheit von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr. Waldemar Schuch,
MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Redaktion: Prof.Dr.phil. Johanna Sieper, Achenbachstrasse 42, Düsseldorf

e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbeson-
dere das der Uebersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der
Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Gliederung

Einleitung.....	3
1. Die Migration und ihre Folgen	4
1.1. Phasen des Migrationsprozesses.....	
1.2. Erklärungsmodelle psychosozialer Störungen bei MigrantInnen.....	
1.3. Besonderheiten der Migrationsproblematik bei Drogenabhängigen unterschiedlicher soziokultureller Zugehörigkeit.....	
1.3.1. Drogenabhängige türkisch-islamischer Zugehörigkeit.....	
1.3.2. Drogenabhängige AussiedlerInnen	
1.3.3. Drogenabhängige aus bikulturellen Familien	
2. Theorie der Gruppenarbeit	11
2.1. Das mehrperspektivische Gruppenmodell der Integrativen Therapie.....	
2.2. Die Bedeutung der Initialphase im Gruppenprozess und Therapieziele...	
3. Stationäre Rehabilitation im Rahmen des Konzeptes „Der Dritte Weg“	19
3.1. Das Konzept „Der Dritte Weg“	
3.1.1 Das Menschenbild	
3.1.2 Die sozialtherapeutischen Säulen	
3.2. Die Therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“	
3.2.1. Verortung innerhalb des Drogenhilfesystems.....	
3.2.2. Charakteristika der Einrichtung	
3.2.3. Die sozialtherapeutischen Angebote	
3.2.4. Verteilung der soziokulturellen Zugehörigkeit über den Zeitraum von 1997 – 2002.....	
3.3. Die Analyse der verschiedenen Gruppensettings unter besonderer Berücksichtigung der Initialphase	
3.3.1. Therapeutische Beziehung und die Wege der Heilung	
3.3.2. Die Gruppensettings, angewandte Modalitäten und Stile.....	
3.3.2.1 Großgruppe	
3.3.2.2 Thematische Kleingruppe.....	
3.3.2.3 Kleingruppe	
3.3.2.4 Frauen-/Männergruppe.....	
3.3.2.5 Gruppe mit Freizeitaktivitäten.....	
4. Praxeologische Überlegungen für die Initialphase	21
4.1. Fördernde konzeptionelle Charakteristika	
4.2. Kombination und Bedeutung der verschiedenen Gruppensettings	
4.3. Zu verändernde und/ oder zu erweiternde Aspekte.....	
5. Literaturverzeichnis	27

Einleitung

Die Gründe der Migration sind so vielfältig wie deren Auswirkungen. Genauso wenig wie es „den Drogenabhängigen“ oder „den Eingewanderten“ gibt, existieren gar die „drogenabhängigen MigrantInnen“. Hinter dem Begriff „Migrant/ Migrantin“ verbergen sich stets die unterschiedlichsten Lebenslagen und –bedingungen: Menschen, die durch politische Verfolgung, kriegerische Auseinandersetzung oder wirtschaftliche Not zur Flucht oder Migration gezwungen wurden. Personen mit Migrationshintergrund, die in der zweiten oder dritten Generation in Deutschland leben, oder Menschen, die mittelbar von den Migrationsfolgen betroffen sind, da ein Elternteil nichtdeutscher Herkunft ist. Dazu kommt zunehmend die Gruppe der AussiedlerInnen aus den osteuropäischen Staaten.

Das Verbundsystem der Drogenhilfe versucht auch diese Menschen mit ihren Angeboten zu erreichen. Gleichwohl stellt sich die Frage, inwieweit die bestehenden Konzepte – sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene – die entstehenden Anforderungen ausreichend reflektieren und damit den Bedürfnissen dieses in sich höchst heterogenen Personenkreises gerecht werden.

Hier setzt die vorliegende Arbeit an. Ihr Ziel ist es, am Beispiel einer therapeutischen (Nachsorge-)Einrichtung die Bedeutung und die jeweiligen Besonderheiten der Anfangsphase von Gruppenprozessen bei der stationären Rehabilitation von drogenabhängigen Menschen unterschiedlicher soziokultureller Zugehörigkeit zu untersuchen.

Zu diesem Zweck wird zunächst ein theoretischer Input über den Migrationsprozess, seine psychologischen und psychosozialen Folgeprobleme sowie verschiedene Erklärungsmodelle migrationsspezifischer Störungen gegeben. Im Anschluss daran wird exemplarisch auf die soziokulturellen Besonderheiten von drei unterschiedlichen Gruppierungen eingegangen.

Im Mittelpunkt des zweiten Themenkomplexes steht die Darstellung der Gruppenarbeit nach integrativ-therapeutischen Gesichtspunkten. Nach der Präsentation des mehrperspektivischen Gruppenmodells wird auf die Bedeutung der Initialphase im Gesamtgruppenprozess unter besonderer Berücksichtigung der zu formulierenden Therapieziele eingegangen.

Das nachfolgende Kapitel beschäftigt sich mit den konzeptuellen Grundlagen des „Dritten Weges“ sowie deren praktische Umsetzung in den Therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“ in Frankfurt a. M. Dabei nimmt die Analyse des Gruppenkonzeptes mit seinen unterschiedlichen Nähe-Distanz-Modalitäten einen besonderen Raum ein. Die einzelnen Gruppenangebote werden anhand verschiedener integrativ-therapeutischer Faktoren differenziert dargestellt. Dazu zählen u.a. die vier Wege der Heilung, die 14 Heilfaktoren, die vier Ebenen der Tiefung, der Einsatz von unterschiedlichen Modalitäten und Stilen.

Im Anschluss daran werden die Erkenntnisse über die vorgestellten soziokulturellen Gruppen sowie ihre jeweils spezifischen Bedürfnisse mit der praktischen Gruppenarbeit in den Therapeutischen Wohngemeinschaften verknüpft. Speziell für die Anfangsphase wird überlegt, welche Faktoren des Gruppensettings für welche Zielgruppe wie und wann wirksam sind. In einem zweiten Schritt wird über notwendige Modifikationen der Gruppenangebote für die Anfangsphase nachgedacht, um eine höhere Effektivität als bisher in der Arbeit mit dieser Klientel erzielen zu können.

1. Die Migration und ihre Folgen

Entschließt sich ein Mensch – aus welchen Gründen auch immer – zur Migration, so umfasst dieser Akt wesentlich mehr als „nur“ einen physischen und geographischen Wohnortwechsel. Kein Bereich des Individuums und seiner Identität¹ bleibt unangetastet, da von einem Beziehungsgefüge mit spezifischen Wert- und Normvorstellungen, Verhaltensgewohnheiten, Wir-Bildern und -Idealen in einen neuen Lebenszusammenhang mit eigenen Komponenten gewechselt wird. Dieser unterscheidet sich zumeist von dem alten Kontext. In dieser Umbruchphase wie auch danach ist die Integrität des Selbst häufig bedroht.

Um diesen Prozess der Veränderung mit seinen spezifischen Anforderungen und Risiken anschaulicher zu gestalten, wird das von Carlos Sluzki² (1979) entwickelte Phasenmodell vorgestellt. Seine Sichtweise begreift Migration als prozessuales Geschehen mit spezifischen Charakteristika und ermöglicht – übertragen auf den therapeutischen Kontext – eine individuumorientierte und differenzierte Herangehensweise. Der Klient ist nicht mehr nur „der“ Migrant, sondern ein Mensch, der im Rahmen seines Migrationsprozesses an einem bestimmten Punkt steht. Diese Menschen erwarten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit spezifische Anforderungen ebenso wie noch bestimmte Phasen der Bewältigung vor ihm liegen. Carlos Sluzki teilt den Prozess der Migration in fünf Phasen ein.

1.1 Die Phasen des Migrationsprozesses

1. Vorbereitung/ Aufbruch

Migration wird als Wechsel von einem Orientierungssystem in ein anderes verstanden, wobei es keinerlei Sicherheit gibt, zurückkehren zu können bzw. gut anzukommen. Zunächst entscheidet sich der Einzelne/ die Gruppe aufgrund spezifischer Umstände zu einer Emigration. Die Gründe hierfür sind vielfältig: unerträgliche wirtschaftliche oder politische Lebensumstände, Faszination des Fremden, Mitgehen, da die Familie emigriert, etc.

2. Der Migrationsakt

Obwohl die Entscheidung eher individuell getroffen wird, vollzieht sich der Akt der Migration meist in Gruppen. Weiterhin suchen Neuimmigrierte die räumlich-zeitliche Nähe zu Mitgliedern ihrer Herkunftsgruppe, indem sie z.B. in Stadtteile ziehen, die bereits von Angehörigen ihres Kulturkreises oder ihres Herkunftsortes besiedelt sind. Dadurch kann ein Gefühl der Zugehörigkeit und in der Folge eine eigene Subkultur entstehen.

Neben diesen eher als positiv bewerteten Folgen umfasst der Akt der Migration ebenso Phasen, die zunächst oder dauerhaft als belastend bzw. negativ erlebt werden. So stellt der Prozess der Migration zum Beispiel zugleich eine Bedrohung des Identitätsgefühls dar. Es kommt in der Folge zu Trennungs- und Trauergefühlen, zum Verlust von Kommunikations- und Handlungskompetenz und gegebenenfalls zum Entstehen von sozialer Angst (Kürsat-Ahlers, 2000).

¹ Vgl. Die fünf Säulen der Identität als zentrale Identitätsbereiche

² Carlos Sluzki ist Argentinier und hat v.a. die in die USA migrierten Latinos untersucht.

3. Phase der Überkompensation

In dieser Phase wird versucht, die Trauer über den Verlust der Heimat zu verdrängen. Der/ die Betroffene stürzt sich (nahezu) in die unbekannte Welt, um dieselbe zu entdecken und zu erobern. Bestehende Gefahren werden verkannt. Häufig dient die (übersteigerte) Aktivität funktional der Abwehr der Depression.

4. Phase der Dekompensation

Nach dieser manischen Hektik kommt es zu einem Erschöpfungszustand. Er/ sie nimmt nun wahr, was bisher nicht wahrgenommen wurde (oder werden wollte): Marginalisierung, Diskriminierung und das Gefühl, abgelehnt zu werden. Es entsteht das Gefühl, nicht dazu gehören zu dürfen. Dies führt zu einer Veränderung der situativen Bewertung: Die neue Heimat wird abgelehnt, die alte Heimat wird idealisiert. In der weiteren Folge versucht der Betroffene die innerpsychische Stabilität wiederzuerlangen.

5. Phase der Integration

Voraussetzung und Grundlage für eine gelungene Integration ist die Positionierung innerhalb der neuen Gesellschaft dergestalt, dass sie einem sozialen und beruflichen Status entspricht wie sie im Herkunftsland erreicht hätte werden können. Bestehen bleibt jedoch die Ambivalenz der Zugehörigkeit und der Loyalität. Diese wird zwar durch einen gelungenen Integrationsprozess abgeschwächt, jedoch löst sie sich niemals ganz auf.

Weitere Formen der Bewältigung

Neben der Integration in die bestehende Gesellschaft können auch andere Bewältigungsstrategien gewählt und gelebt werden. Diese können sich so ausdrücken, dass die Betroffenen z. B. eine Form des sozialen Todes erleiden, an ihrem momentanen Provisorium klammern oder eine Pseudo-Bewältigung durch übersteigerte Anpassung und Leistung stattfindet (Kürsat- Ahlers, 2000).

Ebenso können psychosoziale Störungen als eine Folgeerscheinung auftreten oder bereits bestehende Schwierigkeiten verstärken.

1.2 Erklärungsmodelle psychosozialer Störungen bei MigrantInnen

Die psychologischen und psychosozialen Migrationsprobleme, deren Bedingungen und Folgen waren lange Zeit kaum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung. Während traditionelle Sichtweisen den Fokus hauptsächlich auf starre personalistische und/ oder situative Faktoren lenkten, versuchen neuere Entwicklungen, komplexere Modelle zu generieren (Nestmann & Niepel, 1993).

Zu diesen zählt die **Kulturwandeltheorie**, welche die interkulturellen Austauschprozesse betont. Diese erfordern vom Migrierenden, aber auch von den nachfolgenden Generationen permanente Anpassungsleistungen an die neuen kulturellen Anforderungen. Diese Adaptionsleistungen sind konfliktvoll, da sie zum einen tiefgreifende persönliche und soziale Veränderungsprozesse in Gang setzen. Zum anderen befindet sich der/ die Betroffene stets im Spannungsfeld zwischen zwei Kulturen.

Ein weiteres Erklärungsmodell ist das sogenannte **Goal-Striving-Stress-Modell**. Dieser Ansatz betont neben der belastenden Veränderung durch den Wechsel in ein anderes Land die Veränderung der statusbezogenen Dimension. Neben dem zumeist niedrigen Status von MigrantInnen wird vor allem der Diskrepanz zwischen positiver Erwartung auf Statusverbesserung (qua Migration) und der negativen Erfahrung einer misslingenden

Realisierung derselben eine wesentliche Rolle bei der Bedrohung von psychischer Gesundheit zugeschrieben (Nestmann & Niepel, 1993).

Psychologische Stresskonzepte fokussieren die Interaktion zwischen sozialer Umwelt/ Lebensumständen im fremden Land und den individuellen und kollektiven Bewältigungskapazitäten. Dabei wird Migration als ein sozialer Stressor mit hoher multipler Belastung für den Menschen verstanden, dem – im schlechtesten Falle - geringe individuelle und kollektive Bewältigungsressourcen und inadäquate individuelle Copingstrategien gegenüberstehen (Nestmann & Niepel, 1993; Salman, 1998). Neben den individuellen Stresserfahrungen und Bewältigungsressourcen bzw. -leistungen spielt das persönliche soziale Netzwerk, welches auch als „soziales Immunsystem“ (Nestmann & Niepel, 1993, S. 33) gesehen wird, als protektiver Faktor eine zentrale Rolle.

Mögliche Folgen von Migrationsprozessen können innere und äußere Spannungszustände mit mannigfachen Begleitumständen sein:

- Fragliche Zukunftsorientierung, aktuelle Orientierungslosigkeit,
- Ohnmachts-Anomie-Lebensgefühle, Hilflosigkeit,
- Eingeschränktes politisches Mitbestimmungsrecht (zum Beispiel Wahlrecht),
- Identitätskrisen, Rollenverluste- und -diffusionen,
- Entwurzelungs-, Trennungs- und Enttäuschungsgefühle,
- Generationskonflikte, innerfamiliäre Zerreißproben,
- erzwungene Remigration oder Remigrationsdruck bzw. Ausweisungsdrohung,
- unsichere, toxische und gefährliche Arbeitsbedingungen,
- Diskriminierung und Gewaltandrohung,
- Finanzielle Krisen
- Problematische Wohnsituationen,
- Behördenwillkür,
- Verständigungsprobleme sprachlicher und kultureller Art (Salman, 1998).

Die Massivität der Belastungssituation im Zusammenspiel mit den möglichen Handlungsspielräumen und den einsetzbaren Bewältigungsstrategien beeinflusst die Wahrscheinlichkeit einer psychischen, psychosomatischen oder einer Suchterkrankung. Eine Suchterkrankung z.B. kann als Reaktion entwickelt oder intensiviert werden (Czycholl, 1998).

1.3 Besonderheiten der Migrationsproblematik bei Drogenabhängigen unterschiedlicher soziokultureller Zugehörigkeit

Im folgenden werden exemplarisch die Lebens- und Wertzusammenhänge von drei unterschiedlichen soziokulturellen Gruppen³ vorgestellt, um die Besonderheiten, die sich daraus für die stationäre Rehabilitation im allgemeinen und für die Gestaltung von Initialgruppenprozessen im besonderen ergeben, verständlich machen zu können. Die Auswahl der unterschiedlichen Kulturkreise orientierte sich an der Zusammensetzung der Klientel in den Therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“, da diese Einrichtung der Bezugspunkt für die praxeologischen Überlegungen in der stationären Rehabilitation suchtkranker MigrantInnen ist.

³ Es gibt nicht „die“ Türken oder „die“ AussiedlerInnen, da es innerhalb jeder soziokulturellen Gruppe beträchtliche Unterschiede gibt. Dennoch soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit nach Gemeinsamkeiten gesucht werden, um daraus für den praktischen Teil Handlungsstrategien ableiten zu können.

1.3.1 Drogenabhängige türkisch-islamischer Zugehörigkeit

Prinzipiell ist in orientalischen Gesellschaften die Akzeptanz von Drogen und Rausch gering⁴. Dennoch wird der Konsum von Drogen solange toleriert wie er sich nicht negativ auf die wichtigsten Regeln des Zusammenlebens auswirkt (z.B. unangemessenes Benehmen in der Öffentlichkeit oder aggressives Verhalten). Dabei findet der Gebrauch von Rauschmitteln üblicherweise unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt (Yüksel, T., 1999). Meiner Erfahrung nach wird gerade der Gebrauch von Cannabis von dieser Klientel häufig nicht als Problem bzw. zur Suchtproblematik gehörend bewertet. Auch potentiell drogennahe Rituale wie das Rauchen einer Wasserpfeife werden oft widerstrebend aufgegeben, da hiermit ein spezieller - kulturell getönter - Kontext verknüpft ist. Des Weiteren haben traditionsgebundene Aspekte des Miteinanders im familiären und sozialen Kontext bei dieser Personengruppe eine hohe Bedeutung. Da diese je nach Kulturkreis variieren, werden im folgenden ausschließlich die Facetten der türkischen Kultur aufgegriffen.

Hier wird das soziale Miteinander durch die Variablen Ehre, Ansehen, Respekt gegenüber dem Älteren und Liebe zu den Jüngeren gestaltet (Yüksel, 1999).

Die **Ehre der Familie** ist heilig und dessen Inhalt sind die Frauen des Hauses, welche vom Mann zu beschützen sind.

Aufgabe der Familienmitglieder ist es, das **Ansehen der Familie** in der Gesellschaft zu stärken, indem z.B. Tugendhaftigkeit gelebt oder Bildung und Reichtum erworben werden. Wird das Ansehen der Familie beschädigt, greift diese aktiv ein. Aus diesem Grund verheimlicht der das Ansehen schädigende Betroffene oft sein Tun (z.B. seine Drogenabhängigkeit). Eine nicht selten ergriffene Maßnahme zur Wiederherstellung des Ansehens ist es, das drogenabhängige Familienmitglied nach Hause, sprich in die Türkei, zu schicken. Dadurch erhofft sich der Familienverbund die Rehabilitation des Betroffenen und somit eine Wiederherstellung ihres Ansehens.

Von den Kindern wird respektvolles, **gehorsames Verhalten gegenüber den Älteren** erwartet. Den Älteren soll nicht widersprochen werden und der jüngere Mensch soll sich bemühen, die Anweisungen zu befolgen. Probleme werden kaum diskutiert und oft laufen die Gespräche über die Mutter, welche dann die Anliegen der Familienmitglieder dem Vater vorträgt (Baran & Kalaclar, 1993). Dadurch sind die Väter oft lange über wichtige Bereiche im Leben ihrer Kinder uninformiert.

Die **Liebe zu den Jüngeren** kann als eine Art Verantwortungsgefühl verstanden werden. Den Jüngeren wird somit auch bei wiederholtem Fehlverhalten immer wieder geholfen, solange sie Respekt gegenüber den Älteren zeigen. Diese Dynamik wiederholt sich auch im Umgang von Familien mit ihrem drogenabhängigen Kind. Dadurch kann die Familie in die Rolle eines co-abhängigen Gegenüber geraten, welche durch ihre permanente Fürsorgepflicht die Drogenabhängigkeit stützt anstelle ihre Grenzen deutlich zu signalisieren und den Betroffenen auf professionelle Hilfesysteme zu verweisen.

Durch die kontinuierliche Fürsorge soll der jüngere Mensch gestärkt werden, die Ideale der Familie und der Gesellschaft zu verwirklichen. Die wichtigste Lebensperspektive ist hierbei die Gründung einer eigenen Familie. Deshalb ist ein weiterer Versuch türkischer Familien, die Drogenabhängigkeit des Betroffenen zu heilen, indem sie ihn/ sie verheiraten. Die Rolle als Ehemann/ Ehefrau soll den Abhängigen dazu bringen, Verantwortung zu übernehmen, die Traditionen einzuhalten und somit zurück auf „den rechten Weg“ zu kommen. Voraussetzung für eine Familiengründung ist weder die materielle Ei-

⁴ So kam es bereits zu Zeiten des Propheten Muhammed (570-632 n.Chr.) zu einem schrittweise immer strikteren Verbot von Wein, der zu jener Zeit das verbreitetste Rauschmittel war. Einen äußerst informativen und komprimierten Abriss über die weitere historische Entwicklung ist bei Yüksel, T. (1999) nachzulesen.

genständigkeit noch die erfolgte innerpsychische Ablösung. Auch sind Autonomiebestrebungen eher negativ besetzt und haben in der individuellen Sozialisation einen anderen Stellenwert (Krick, 1998). Die türkische Erziehung fokussiert weniger die Entwicklung von Selbständigkeit, Individualismus und Persönlichkeitsentfaltung. Ihre Ziele sind vielmehr, aus dem Einzelnen ein gutes Mitglied der Gesellschaft zu machen, ihm ein Gefühl der Zugehörigkeit zu vermitteln und einen starken Familienzusammenhalt aufzubauen (Baran & Kalaclar, 1993). Probleme werden zumeist innerhalb der eigenen Bezugsgruppe gelöst und nicht mit Hilfe von externen Stellen (Yüksel, 1999).

Zusammenfassend können folgende Merkmale festgehalten werden, die bei der stationären Rehabilitation berücksichtigt werden sollten:

- Thematisierung der Haltung zu Cannabis, da Cannabis häufig nicht als eine Droge gewertet wird und der Konsum desselben nicht als zur Sucht gehörig erlebt wird,
- Das die Person umgebende Familiensystem, da eine hohe Familienorientierung vorherrscht. Hierbei muss die Rolle und Bedeutung der Familie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtstrukturen reflektiert werden. Die Angehörigen sollten zeit- und teilweise in die Rehabilitationsmaßnahme einbezogen werden,
- Thematisierung des kulturellen Kontextes drogennaher Verhaltensweisen,
- Förderung von Angeboten mit Gruppenaktivitäten.

1.3.2 Drogenabhängige AussiedlerInnen

Seit Anfang der 90er Jahre führen verstärkt ökonomische Motive bei den AussiedlerInnen aus osteuropäischen Ländern zu einer Migration in den Westen. Hinzu kommt der Wunsch, in einem gesellschaftlichen System leben zu können, welches einen gesetzlich geschützten Rahmen aufweist. Ein weiterer Migrationsgrund ist in der sogenannten Sogwirkung zu sehen: „Alle gehen, dann gehe ich auch“ (Heidebrecht, 1998). Junge AussiedlerInnen hingegen kommen häufig gegen ihren Willen in die BRD, da sich ihre Familie, aber nicht sie, zur Migration entschlossen hat. In Deutschland grenzen sie sich dann bewusst als „Russen“ ab (Afanasiev, 2000).

AussiedlerInnen kommen aus einem grundsätzlich anderen politischen System. Sie haben andere Sozialisationserfahrungen und Wertesysteme. Bei Ankunft in der BRD sind sie bereits gezeichnet von den Folgen der chaotischen politischen, sozialen und wirtschaftlichen Situation in den GUS-Staaten (Giest-Warsewa, 1998). Gleichzeitig treffen sie nun in Deutschland auf völlig andere Lebensbedingungen, die häufig zu einem Kulturschock führen. Zusätzlich haben viele AussiedlerInnen ein Deutschlandbild und eine Kultur bewahrt, die es nicht mehr gibt (Afanasiev, 2000). Daraus resultieren vielfältige Schwierigkeiten im intrapsychischen, familiären, zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Bereich.

Die materielle Situation der Familien ist oft erdrückend, da die Chancen für einen beruflichen Wiedereinstieg aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse gering sind, obwohl sie in ihrem Herkunftsland oft hohe Qualifikationen aufwiesen.

Es wird in großen Familien über mehrere Generationen hinweg zusammengelebt. Dabei besteht eine klare Rollenverteilung: Die Großmutter ist für die Erziehung der Kinder verantwortlich, der Vater für die Existenzsicherung. Dem Vater wird eine unerschütterliche Autorität zugesprochen. Diese Autorität ist allerdings häufig aufgeweicht, da der Vater in Deutschland nicht mehr die Rolle des Ernährers ausfüllen kann. Des Weiteren haben AussiedlerInnen ein anderes Verhältnis zu Geld und Besitz. Sparen hatte in ihrem Her-

kunftsland keinen Sinn, da es nichts zu kaufen gab. Sich Geld borgen, um bei Feierlichkeiten ein „anständiges“ Geschenk machen zu können, war eine übliche Verhaltensweise. Gleichzeitig sind sie äußerst sparsam was z.B. Vergnügungen wie Restaurantbesuch oder Urlaub anbelangt. Da in den sozialistisch regierten Ländern alles gehörte, empfinden sich AussiedlerInnen nicht als Diebe, wenn sie etwas mitnehmen. Sie nehmen eben, was sowieso allen gehört (Heidebrecht, 1998).

AussiedlerInnen gelten als kontaktscheu. Sie möchten lieber in ihrem eigenen Kulturkreis bleiben. Dahinter steht zum einen der Wunsch, sich vor psychischen Verletzungen zu schützen. Zum anderen muss man dann sich und eigene Unsicherheiten wie z.B. mangelhaftes Deutsch oder Unkenntnis der hiesigen Gepflogenheiten nicht zeigen (Heidebrecht, 1998).

Weiterhin werden sie als autoritätsabhängig und konfliktscheu wahrgenommen. Diese Verhaltensweisen sind im Zusammenhang mit ihrem Herkunftsland zu sehen und zu verstehen. Sie kommen aus einem totalitären Gesellschaftssystem, in dem Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit weder erwünscht noch die dazu notwendigen Kompetenzen der Konfliktregulation vermittelt worden sind. Kollektive Werte waren im sozialistischen System wichtiger als individuelle Werte. Im zwischenmenschlichen Kontakt fällt der besondere Ehrebegriff auf: Man verrät einander nicht und wendet sich auch nicht an Dritte. Verrat wird hart sanktioniert. Körperliche Gewalt als Mittel der Konfliktlösung und Selbstbehauptung ist eine akzeptable Verhaltensweise (Giest-Warsewa, 1998).

Bereits in Aufnahmelagern machen viele Jugendliche erste Erfahrungen mit harten Drogen und werden zumeist – bei entsprechender Gruppenzugehörigkeit – abhängig (Miretski & Schmidt, 2000). Bei diesem Personenkreis bestehen mafiaähnliche Beziehungsstrukturen, die im Drogenhandel eine besondere Rolle spielen. Konsumiert werden überwiegend harte Drogen, vor allem Heroin. Polyvalente Konsummuster sind eher selten (Miretski & Schmidt, 2000). Dabei vermischt sich diese neue Drogenszene nicht oder kaum mit der vorgefundenen deutschen Szene. Spezifisch für die russischsprachige Szene ist ein ausgeprägtes Gruppenverhalten, starke Solidarität untereinander und absolute Verschwiegenheit nach außen (Osterloh, 2001).

Im allgemeinen haben Personen aus dem russischen Kulturkreis ein anderes Verständnis von Sucht. Der (gerade auch exzessive) Konsum von Alkohol hat Statuscharakter und ausschweifendes Trinken wird häufig als Zeichen von Stärke (und Männlichkeit) gesehen. Weiterhin weisen Menschen aus den GUS-Staaten eine deutlich höhere Alkohol-Toleranzschwelle als Deutsche auf. Darüber hinaus wird der Konsum von Haschisch und Opium deutlich verharmlost (Deutscher Orden, 2000; Heidebrecht, 1998). Alkohol und Haschisch gelten nicht als Suchtmittel.

Wie dargestellt zeichnet sich das Klientel der AussiedlerInnen aus den GUS-Staaten durch eine Reihe von Besonderheiten aus, die im Rahmen einer Suchttherapie berücksichtigt werden müssen:

- Anderes Verständnis von Sucht,
- Stark passive Erwartungshaltung gegenüber der Therapie und fehlende Motivation, welche mit vorgetäuschter Compliance, Autoritätshörigkeit und Überanpassung überspielt wird,
- Co-abhängiges Familiensystem,
- Sprachliche Schwierigkeiten,
- Kulturell bedingte Hemmung, persönliche Gefühle oder die eigene Lebens –und Familiengeschichte zu reflektieren und mitzuteilen (Afanasiev, 2000; Deutscher Orden, 2000).

1.3.3 Drogenabhängige aus binationalen Familien

Die Anzahl bikultureller Paare und Familien wuchs in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren stetig. Auch dieser Personenkreis weist keine einheitliche Typologie auf, da es nicht „die“ binationale Familie gibt. Die Art und Weise, wie diese Paare/ Familien mit Chancen und Belastungen eines bikulturellen Zusammenlebens umgehen, sind äußerst verschieden. Dennoch sind Tendenzen zu erkennen:

Ist der Betroffene erst als Erwachsener/ junger Erwachsener immigriert, fällt bei der Analyse der Paardynamik auf, dass anfänglich ein großes Gefälle in der Machtverteilung besteht. Dies ist zum Teil auf typische Schwierigkeiten der ersten Jahre in der Migration zurückzuführen wie z.B. sprachliche und Orientierungsprobleme, Statusverlust, mangelnde Anerkennung anderer Werte und Normen. Dieses Gefälle kann sich jedoch bei gelungener Integration ausbalancieren. Einen Großteil der untersuchten Familien belasten migrationsspezifische Schwierigkeiten, bestehend aus Sprach-, Identitäts- und Entwurzelungsproblemen sowie Konflikten, die sich aus kulturell bedingten, unterschiedlichen Normen und Werten für den Alltag und die Kindererziehung ergeben. Die Probleme werden jedoch oft auf „Nebenkriegsschauplätzen“ ausgetragen.

Zwar kann davon ausgegangen werden, dass eine gewisse Offenheit für das Neue und Andere Voraussetzung für die Partnerwahl war; jedoch ändert sich diese offene, tolerante Haltung häufig, wenn es zu massiven Ehekonflikten kommt. Die Kultur des Anderen wird dann in all ihren Ausdrucksformen (Sprache, Bekannte, Esskultur...) auch für die gemeinsamen Kinder abgelehnt und Stereotype wiederbelebt. Dadurch werden die Kinder zu einem Spaltungsmuster gezwungen, indem sie Loyalität entweder für den Vater oder die Mutter beweisen müssen⁵⁶.

Kinder aus deutsch-amerikanischen Verbindungen wachsen häufig ohne den Vater auf, da es sich zumeist um rasch und im jungen Alter geschlossene Ehen handelte. Die Väter sind meistens schwarze amerikanische Soldaten, die zeitlich befristet in der Bundesrepublik stationiert waren und mittlerweile in die USA zurückgekehrt sind. Meistens haben sie keinen Kontakt mehr zu ihren Kindern und vielen ist die Adresse unbekannt. Die Väter werden in der Restfamilie oft tabuisiert oder es fehlen tatsächlich differenzierte Informationen über sie. Damit bleibt den Kindern eine Lücke in der Identitätsentwicklung. In anderen Fällen hören die Kinder nur schlechtes über den Vater; dies und die Erfahrung, vom Vater nicht wahrgenommen zu werden, führt in vielen Fällen zu Verhaltensauffälligkeiten und Störungen des Selbstwertgefühls (Veneto Scheib, 2001).

Das „Sowohl-als-auch“ ist ein wichtiges Leitkonzept im Leben eines Menschen mit einer bikulturellen Identität. Dies wird in der Regel weder von der einen noch von der anderen Kultur verstanden und gewertschätzt, ebenso wenig die komplexe und anstrengende Integrationsarbeit, die dazu notwendig ist. In beiden Kontexten werden Menschen mit einer bikulturellen Identität häufig nicht als die Personen wahrgenommen, als die sie sich definieren, da beim gegenüber die Voraussetzungen für ein Verstehen fehlen. Somit scheinen die Probleme einer bikulturellen Identität weniger in einer immanenten Fragmentierung und Spaltung bei den Betroffenen zu liegen, sondern vielmehr in den Reaktionen der Umwelt, die hierfür keine positive Resonanz und kein Verständnis bietet (Veneto Scheib, 2001).

⁵ Mit Stereotypen sind in diesem Zusammenhang klischeehafte Vorurteile gemeint wie z.B. das Männer aus südlichen Ländern „eh keinen Handstreich im Haushalt mithelfen würden“.

⁶ Diese Ergebnisse stammen aus einer Studie aus dem Rhein-Main-Gebiet. Darin wurden 121 Paare/ Familien, davon 90 bikulturelle Paare, untersucht, die 1998 in zwei psychologische Familien- und Erziehungsberatungsstellen kamen (Veneto-Scheib, 2001).

Abschließend können folgende Besonderheiten festgehalten werden, auf die es zu achten gilt:

- Fragmentierung der Identität
- Entwurzelungsproblematik
- Fehlende und unzureichende positive Resonanz von Seiten der Umwelt.

2. Theorie der Gruppenarbeit

Der integrativtherapeutische Ansatz der Gruppenarbeit basiert auf der anthropologischen Annahme, dass der Mensch genuin ein soziales Wesen (soziales A-priori) ist, dessen Leben sich in Beziehungen und Bezugsgruppen abspielt (Ko-existenz-Axiom). Er ist von seiner Leiblichkeit her auf Kommunikation mit der Welt und den anderen Menschen ausgerichtet (Petzold 1980, S. 226; Petzold & Schneewind, 1986, S. 128). Menschen haben des Weiteren ein natürliches Bestreben, einander im emotionalen Austausch zu begegnen.

Neben aktuellen Geschehen werden sowohl biographische als auch antizipierte Momente und Verarbeitungsaspekte aufgegriffen. Denn der Mensch ist nicht nur beeinflusst von seinen vergangenen Erlebnissen, sondern gleichwohl von seinen antizipierten Möglichkeiten. Vor dem Hintergrund eines Lebensweltkonzeptes wird das gruppentherapeutische Beziehungsgeflecht als Boden verstanden, auf dem die Gruppe als Ganzes wie auch die einzelnen Mitglieder Konzepte von sich und über sich erfahren und entwickeln können (Petzold & Schneewind, 1986, S. 152). Zugangsschlüssel hierzu ist die hermeneutische Herangehensweise. Über den Dialog mit anderen erschließt sich zunehmend die Sinnvielfalt der eigenen Wirklichkeit und es entsteht ein Verstehen des eigenen Lebens. Die Hermeneutik des Subjekts ist intersubjektiv fundiert und geschieht innerhalb von Ko-respondenzprozessen (Petzold & Schneewind, 1986, S. 156).

Da die Wirklichkeit komplex, vielfältig und ihrem Wesen nach mehrperspektivisch ist, bedarf es einer mehrdimensionalen Herangehensweise. Mit Hilfe des mehrperspektivischen Gruppenmodells können Phänomene und Strukturen, vergleichbar Szenen in einem Bühnenstück, abgebildet und balancierend ins Auge gefasst werden. Durch szenisches Verstehen bzw. holographisches Erfassen von Ereignissen können Gruppenprozesse beobachtet und strukturiert werden (Frühmann, 1986, S. 260). Dabei werden fünf Perspektiven erfasst.

2.1 Das mehrperspektivische Gruppenmodell der Integrativen Therapie

Perspektive Gruppe

Die Gruppe ist ein Ort, an und in dem sich zu behandelnde Menschen über einen bestimmten Zeitraum hinweg miteinander erfahren. Die TeilnehmerInnen können sich selbst als auch von anderen als Gesamt und als unterschiedliche Individuen in einer gegebenen Situation wahrgenommen werden. Sie sind durch gemeinsame Geschichte, Ziele und Interessen miteinander verbunden und organisieren sich durch spezifische Normen, Regeln und Interaktionsmuster. Die Gruppe ist durch Verbundenheit und Unterschiedlichkeit zugleich („distinction and unitedness“) gekennzeichnet (Petzold & Schneewind, 1986, S. 132).

Perspektive Individuum

Darunter werden sämtliche der Gruppenleitung verfügbaren Erkenntnisse über die einzelnen Personen verstanden. Hinzu kommt die Reflexion persönlichkeits-theoretischer und entwicklungspsychologischer Ansätze wie auch der Einbezug von Modellvorstellungen

gen über die Entstehung von Krankheiten und die Wiederherstellung von Gesundheit⁷. Ebenso sind Kenntnisse über Übertragungs-, Gegenübertragungs-, Abwehr- und Widerstandsphänomene innerhalb der individuumszentrierten Perspektive unverzichtbar.

Perspektive Szene

Der Mensch befindet sich stets in einer ihn umgebenden Um- und Mitwelt, welche auf das Individuum wirkt und auf welches er wiederum einwirkt. Auf diesen circumplexen Prozess wirken auch ökologische und ökonomische Determinanten. Demnach muss jede/r GruppentherapeutIn über breite Kenntnisse der ökologischen und ökonomischen Gegebenheiten des eigenen Kulturkreises verfügen. Des Weiteren ist es notwendig, sich über den Herkunftsrahmen von KlientInnen anderer soziokultureller Zugehörigkeit zu informieren. Es kann sonst zu Schäden für die betroffenen Personen kommen, zu verzerrenden Perspektiven, welche das Verhalten des einzelnen Menschen unnötig diskriminieren oder pathologisieren (Frühmann, 1986, S. 264).

Perspektive Zeit

Zeit wird als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, welches nicht losgelöst von ihrem soziokulturellen Kontext unter gleichzeitiger Berücksichtigung ihrer historischen Komponente verstanden werden darf.

Neben der weltweiten Zeitordnung („governmental time“) sowie der physikalischen Zeit (Atomzeit) gilt es auch das subjektive Zeiterleben des Einzelnen („personal time“) und die psychologische Zeit in der Gruppe verstehen zu lernen. Diese ist wiederum durch das Zeiterleben des umgebenden Kulturraumes bzw. der sozialen Umwelt („social time“) und ihrer Wirtschaftsstruktur (ökonomische Zeit“) beeinflusst (Frühmann, 1986, S. 266).

Perspektive Beobachter

Die therapeutische Rolle kann als „In-Out-Phänomen“ verstanden werden. Die Gruppenleitung ist Teil des Ganzen und dennoch außenstehend, da sie über die Fähigkeit des inneren Abstandnehmens und des „partiellen Engagements“ (Frühmann, 1986; Petzold, 1980) eine exzentrische Position auf sich, die Gruppenmitglieder und die stattfindenden Prozesse einnimmt⁸.

2.2 Die Bedeutung der Initialphase im Gruppenprozess und die Therapieziele

2.2.1 Die Bedeutung der Initialphase im Prozessverlauf

Der Prozessverlauf einer Gruppe kann mit Hilfe des tetradischen Modells in vier Phasen unterteilt werden: Die Initial-, die Aktions-, die Integrations- sowie die Neuorientierungs-/Konsolidierungsphase⁹.

⁷ Pathogenese und Salutogenese wird im Rahmen des integrativen Ansatzes immer multifaktoriell und lebenslaufbezogen gesehen, wobei neben aktuellen und vergangenen Faktoren auch antizipierte Ereignisse relevant sind. Ob eine Erkrankung entsteht ist im Wesentlichen von der Konstellation dreier Faktoren abhängig: Überwiegen Risikofaktoren und Defiziterfahrungen bei gleichzeitigem Fehlen von protektiven Faktoren, so ist das Entstehen einer Erkrankung wahrscheinlich. Psychische Erkrankung kann als Folge von Entwicklungsschädigungen (Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen), als Folge ständiger Be- bzw. Überlastung (Pathogenesemodell zeitextendierter, multifaktorieller Be- und Überlastung) oder als Folge der Unterdrückung organismischer Impulse (Modell der Repression emotionaler und expressiver Impulse) entstehen (Petzold 1993, 570ff).

⁸ Allerdings nimmt nicht nur die Gruppenleitung eine exzentrische Position ein, sondern potentiell immer auch das einzelne Gruppenmitglied.

⁹ Auf eine detaillierte Darstellung der weiteren Phasen des tetradischen Modells wird an dieser Stelle verzichtet.

Initialsituationen in Gruppen mobilisieren aufgrund des meist hohen Fremdheitsgrades der Situation einen hohen Grad an Unsicherheit. Um diese Unsicherheit zu beheben, greift das Mitglied auf gut eingeübtes Rollenverhalten zurück und mobilisiert alte Szenen (Petzold, 1986, S. 177). Die Gruppe ist somit immer auch Schauplatz der Ur-Gruppe sowie des Dramas der Primärfamilie (Petzold, 1986, S. 172). Aus einer entwicklungstheoretischen Perspektive heraus soll die Gruppe anstelle destruktiver Familienmuster heile familiäre Beziehungen bereitstellen und ein nachsozialisierendes Wachstum ermöglichen (Petzold 1986, S. 126). Dabei findet ein horizontales wie auch vertikales Entwicklungsgeschehen statt.

Inhalte und Rahmenbedingungen müssen in der Initialphase diese Ausgangslage aufgreifen und die Gruppenmitglieder zunächst da „abholen, wo sie gerade stehen.“ Ziel dieser Phase ist, ein möglichst tragfähiges Arbeitsbündnis zur Leitung hin sowie zwischen den Gruppenmitgliedern aufzubauen. Für die Leitung sind nachfolgende Zwischenziele zu verfolgen (Rahm et al., 1993, S. 473; Gäde et al., 1997, S. 127):

- Kontakt der Anwesenden mit sich selbst, untereinander und zum Umfeld herstellen,
- Schaffen von Sicherheit innerhalb der Gruppe
- Aufbau von Vertrauen und einem nährendem Klima,
- Kohäsion innerhalb der Gruppe fördern,
- Prozessuale Diagnostik zur Erarbeitung gruppen- und individuumsspezifischer Grob- und Feinziele.

2.2.2 Therapieziele

An dieser Stelle soll kurz auf die Zieltaxonomie der Integrativen Therapie eingegangen werden. Denn nur aus der Kenntnis der anzustrebenden Fernziele können die unmittelbaren Interventionen in der Anfangsphase indikations- und situationsadäquat erfolgen. In der integrativtherapeutischen Arbeit wird zwischen Metazielen, Grob- und Feinzielen unterschieden (Petzold, 1986, S. 167; Petzold, 2000, S. 87/215).

Metaziele leiten sich aus den Theorien mit großer Reichweite ab (im „tree of science“ die Metatheorien). Sie bestimmen therapeutisches Handeln stets implizit und/ oder explizit mit. Metaziele können z.B. die Entwicklung und Förderung selbstbestimmter Lebens- und Verhaltensweisen sowie der Aufbau und Erhalt von unabhängigen (auch von Drogen), befriedigenden Lebensweisen, die Entwicklung einer vielfältigen und chancenreichen Lebenslage oder der Aufbau von psychophysischer und sozialer Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit sein. Ebenso zählt hierzu die Gewährleistung und Wiederherstellung von Intersubjektivität, Ko-responzenzfähigkeit, Empathiefähigkeit, Konsens- und Kooperationsfähigkeit, komplexer Reflexionsfähigkeit oder die Konstituierung von persönlichem Lebenssinn und persönlicher Souveränität und Kreativität wie auch die Reduzierung von Entfremdung sowie Engagement *gegen* Entfremdung, prekäre und destruktive Lebenslagen (vgl. Petzold, 2000, S. 216/ 88f).

Aus den realexplikativen Theorien leiten sich die **Grobziele** ab. Diese erfassen das Individuum in ihrem spezifischen Kontext und Kontinuum. Grobziele werden nochmals in persönlichkeitsbestimmte Ziele, krankheits- und störungsbildbezogene Ziele, kontextbezogene Ziele und kontinuumsbezogene Ziele unterteilt.

Feinziele sind instrumentell für das Erreichen von Grobzielen. Feinziele umfassen praxeologische Überlegungen wie Grobziele umgesetzt werden können. Diese können die Förderung eines Copingstils oder die Förderung eines spezifischen Stils schöpferischen Handelns umfassen (vg. Petzold, 2000).

3. Stationäre Rehabilitation im Rahmen des Konzeptes „Der Dritte Weg“

3.1 Das Konzept „Der Dritte Weg“ (Vae, 2002) ¹⁰

Der „Dritte Weg“ ist ein eigenständiger und neuartiger Ansatz im Angebotsspektrum der Drogenhilfe. Das Konzept umfasst akzeptierende Elemente, die im Bereich der Überlebenshilfe wiederzufinden sind. Dazu zählt, die KlientInnen in ihrer Persönlichkeit zu akzeptieren. Des Weiteren werden die Betroffenen nicht primär als defizitäre und psychisch kranke Menschen betrachtet. Vorrangig ist eine ressourcenorientierte Haltung, welche die Förderung gesunder Verhaltens- und Lebensweisen zum Ziel hat. Eine weitere Parallele zu niedrigschwelligen Angeboten besteht in dem hohen Maß an Selbstbestimmung, welches den KlientInnen bei dem zeitlichen und inhaltlichen Ablauf des Gesundungsprozesses gelassen wird.

Im Unterschied zu akzeptierenden Ansätzen besteht jedoch ein Cleananspruch sowie das klare Ziel, dass die KlientInnen ein drogenunabhängiges Leben führen. Voraussetzung hierfür ist die Bereitschaft, sich mit den eigenen Suchtstrukturen auseinanderzusetzen.

Die Klammer für diese dichotomen Haltungen ist eine beziehungsorientierte Herangehensweise. Jedoch ist die Integration der beiden Herangehensweisen mehr als eine einfache Summation der Einzelansätze. Es tritt ein Synergieeffekt ein.

3.1.1 Das Menschenbild

Dem „Dritten Weg“ liegen folgende anthropologischen Axiome zugrunde:

- Die menschliche Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess, wobei es in allen Lebensphasen zu Störungen und Schädigungen kommen kann (life-span-development-approach),
- Die Sozialisation findet im und durch den gesellschaftlichen Kontext statt, welcher geschlechtsspezifisch und soziokulturell strukturiert ist (Kontext-Kontinuumperspektive, ökologische Perspektive),
- Drogenabhängigkeit ist multifaktoriell bedingt, wobei sich die verschiedenen Faktoren wechselseitig beeinflussen,
- Es besteht eine Subjekt-Subjekt-Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der asymmetrischen Rollenverhältnisse. Denn „... für die soziale Dimension der Erkenntnis ist die entscheidende Voraussetzung, dass beide PartnerInnen sich als menschlich gleichwertig verstehen. *Habermas* (1988) bezeichnet dies als ‚herrschaftsfreien Diskurs‘“ (Rahm, 1995).
- Die KlientInnen sind ExpertInnen ihrer selbst, die über die gemeinsame Auseinandersetzung und in der Beziehung mit den MitarbeiterInnen zunehmend lernen, ihre eigene Problematik und ihre eigenen Lösungswege zu finden (Korrespondenzorientierung, hermeneutisches Vorgehen, Prozessorientierung).

3.1.2 Die sozialtherapeutischen Säulen

1. Prozessorientiert ¹¹

Zu Beginn werden gemeinsam mit den KlientInnen die zu verändernden Problemstellungen herausgefunden (Initialphase des tetradischen Prozesses). In einem

¹⁰ Das Konzept „Der Dritte Weg“ wurde 1996 entwickelt und erstmals schriftlich veröffentlicht. Seitdem wurde es kontinuierlich weiterentwickelt.

¹¹ Die „heraklitische Spirale“ des Erkenntnisgewinns variiert leicht zwischen therapeutischen und agogischen Prozessen. Dennoch haben sie ähnliche Abläufe (Petzold, 1993, S. 625).

zweiten Schritt wird der Hintergrund derselben auf allen Ebenen¹² des persönlichen Erlebens thematisiert und aufgearbeitet (Aktionsphase). Oft finden die KlientInnen nach Abschluss dieser Phase spontan eigene Lösungswege, die mit ihrer intrapsychischen Realität übereinstimmen. Nicht nur das Erreichen des Behandlungszieles ist hierbei wichtig, sondern auch das bewusste Erkennen des Weges (Integrationsphase). Dies ermöglicht einen Transfer der erlernten Strategien auf andere Problemsituationen. Dabei werden diese auf ihre Umsetzbarkeit überprüft und gegebenenfalls modifiziert (Neuorientierung).

2. Netzwerkorientiert

Jeder Mensch lebt im Kontext seines persönlichen Netzwerkes und entwickelt sich in seinem ganzen Leben innerhalb eines sozialen Umfeldes. Ein Netzwerk setzt sich aus den verschiedensten Lebensbereichen zusammen (Arbeit, Familie, Freunde etc.) und besteht aus den spezifischen Webmustern der alltäglichen sozialen Beziehungen untereinander (Keupp & Röhrle, 1987). Der Austausch kann sowohl soziale Unterstützung als auch Belastungen umfassen.

Die Therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“ z.B. befinden sich mitten in Frankfurt und somit in Szenenähe. Durch das Eingebundensein in Schule, berufliche Tätigkeit/ Ausbildung leben die KlientInnen im Gegensatz zu herkömmlichen Entwöhnungsbehandlungen nicht künstlich, vom „richtigen Lebens draußen“ isoliert. Dies führt zu einer andersartigen Konfrontation und Auseinandersetzung mit Risikofaktoren und eigenen Suchtmechanismen als sie in einer räumlich und zeitlich geschützten Einrichtung möglich sind. So wird die Umsetzung von drogenunabhängigen Bewältigungsstrategien auf eine unmittelbare Probe gestellt.

3. Ressourcenorientiert

Neben vorhandenen Schwierigkeiten und Schädigungen verfügen Menschen immer auch über Potentiale und Ressourcen. Diese gilt es zu erkennen und zu fördern bzw. neue Ressourcen zu erschließen. Die Einrichtungen des Dritten Weges stellen an ihr Klientel keine Vorbedingungen bezüglich ihres Verhaltens und ihrer Einstellungen (mit Ausnahme der Abstinenzorientierung). Die KlientInnen werden in ihrer (Drogen-)Persönlichkeit akzeptiert.

4. Beziehungsorientiert

Die individuelle Entwicklung findet im sozialen Kontext statt und ist beeinflusst von den aktuellen Möglichkeiten, den vergangenen Erfahrungen und den antizipierten Erwartungen. Dabei können soziokulturell divergente Erfahrungsräume bestehen und zu Bruchstellen führen. Jede/r Abhängige erwirbt sehr individuelle (geschlechts- und kulturspezifische) Suchtstrukturen. Ebenso wie die Gründe für diese Erkrankung interindividuell sehr unterschiedlich sein können, kann das manifeste suchtspezifische Verhalten der Betroffenen sehr variieren. Weiterhin wurden ein Großteil der Persönlichkeitsstörungen, die einer Suchtstruktur zugrunde liegen, im zwischenmenschlichen Kontakt erworben und werden innerhalb derselben (wieder) deutlich.

3.2 Die therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“

3.2.1 Verortung innerhalb des Drogenhilfesystems

Die Therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfsgangstraße“ zählen formal gesehen zu den Einrichtungen der stationären Nachsorge. Im Rahmen ihres Arbeitsauftrages ha-

¹² Diese umfassen die kognitive, emotionale sowie die behaviorale Ebene.

ben sie deshalb Angebote bereitzustellen, die den Bereich der psychosozialen Rehabilitation abdecken. Gleichwohl überschreitet die Einrichtung aufgrund ihrer spezifischen Handlungskonzepte diese formale Verortung: In der Realität ist sie unmittelbares Bindeglied zu niedrigschwelligen Angeboten. Ebenso wie in stationären Entwöhnungsbehandlungen werden KlientInnen auch ohne Therapieerfahrung und/ oder direkt nach einer Entgiftungs- und kurzen Abstinenzphase aufgenommen. Weiterhin wird die Einrichtung von einem Teil des Klientels als Alternative zu einer herkömmlichen stationären Entwöhnungsbehandlung genutzt. Dieser Personenkreis möchte versuchen drogenfrei zu leben, hat aber zugleich viele unspezifische Ängste¹³ gegenüber dem regulären Therapieangebot stationärer Entwöhnungsbehandlungen.

3.2.2 Charakteristika der Einrichtung

Die Aufenthaltsdauer richtet sich nach den Fortschritten der KlientInnen im Rehabilitationsprozess. Die maximale Aufenthaltsdauer beträgt zwei Jahre.

Träger der Rehabilitationsmaßnahme ist der überörtliche Sozialhilfeträger. Bei jungen Erwachsenen ist es das Jugendamt. Des Weiteren werden KlientInnen, die nach § 35 BtmG verurteilt wurden (Therapie statt Strafe), aufgenommen.

3.2.3 Die sozialtherapeutischen Angebote

Die sozialtherapeutischen Angebote umfassen neben den verschiedenen Gruppenangeboten und therapeutischen Einzelgesprächen optional auch Paargespräche, Elterngruppe, Familiengespräche, Kriseninterventionen, Rückfallbearbeitung und indikative Gruppen. Darüber hinaus gibt es Hilfestellungen bei der Alltagsbewältigung sowie der schulischen/ beruflichen Rehabilitation, Gesundheitsberatung, Erziehungsberatung, SchuldnerInnenberatung.

3.2.4 Verteilung der soziokulturellen Zugehörigkeit über den Zeitraum 1997 - 2002

Die KlientInnen in den Therapeutischen Wohngemeinschaften setzten sich in dem Zeitraum 1997 bis 2002 wie folgt zusammen:

- 1997: 32 % MigrantInnen (7 Pers.)
68 % Deutsche (15 Pers.)
- 1998: 31,25 % MigrantInnen (5 Pers.)
68,75 % Deutsche (11 Pers.)
- 1999: 24,00 % MigrantInnen (6 Pers.)
12,00 % KlientInnen aus binationalen Familien (3 Pers.)
64,00 % Deutsche (16 Pers.)
- 2000: 24,00 % MigrantInnen (6 Pers.)
5,00 % KlientInnen aus osteuropäischen Staaten (1 Pers.)
24,00 % KlientInnen aus binationalen Familien (5 Pers.)
47,00 % Deutsche (13 Pers.)
- 2001: 10,00 % KlientInnen aus osteuropäischen Staaten (3 Pers.)
13,00 % KlientInnen aus binationalen Familien (4 Pers.)
16,00 % MigrantInnen (5 Pers.)
61,00 % Deutsche (18 Pers.)
- 2002: 76,00 % Deutsche (24 Pers.)
6,00 % KlientInnen aus binationalen Familien (2 Pers.)
6,00 % KlientInnen aus osteuropäischen Staaten (2 Pers.)
12,00 % MigrantInnen (4 Pers.)

¹³ Diese Ängste haben häufig Inhalte wie die Angst, einer Gehirnwäsche unterzogen zu werden, in der eigenen (Drogen-)Persönlichkeit nicht akzeptiert zu werden, PartnerInnenbeziehungen aufgeben zu müssen oder in der Einrichtung so reglementiert und fremdbestimmt wie zuvor im Knast leben zu müssen.

Für den 6-jährigen Erhebungszeitraum beträgt der Anteil an KlientInnen mit einem nicht-deutschen Erfahrungshintergrund durchschnittlich 36,00 % für die untersuchte Einrichtung.

3.3 Die Analyse der verschiedenen Gruppensettings unter besonderer Berücksichtigung der Initialphase

3.3.1 Die therapeutische Beziehung und der Einsatz der vier Wege der Heilung

Psychosoziale Rehabilitation umfasst neben der beruflichen/ schulischen Integration ebenso die Förderung multipler Heilungs- und Entwicklungsprozesse auf der individuellen Ebene.

Die therapeutische Beziehung

Ausgehend von einem Menschenbild, welches die KlientInnen als eigenverantwortliche Subjekte begreift, bedarf es einer situations- und indikationsspezifischen Beziehungsgestaltung, die die KlientInnen in ihrer persönlichen Souveränität und Eigenverantwortlichkeit anerkennt und fördert. Die Ansprache der KlientInnen findet somit auf der Erwachsenen-ebene durch die Nutzung gesunder Ich-Funktionen und Ressourcen statt. Die Sitzungen sind strukturiert und sowohl methodisch als auch inhaltlich verständlich gestaltet. Die Leitung kooperiert mit der Gruppe, in dem sie bei Dissens das gemeinsame Vorgehen mit der Gruppe aushandelt bzw. den KlientInnen bei bestimmten Entscheidungen Mitspracherecht einräumt. Indikations- und situationsspezifisch kann es des Weiteren zu selektiver Offenheit oder partiellem Engagement der Leitung kommen. Durch einen eindeutigen und transparenten Interaktionsstil sowie die Bereitschaft, geäußerte Kritik und Konflikte mit den Leitungspersonen auszuhandeln, sollen Übertragungen reduziert und die Erfahrung von Intersubjektivität ermöglicht werden. Die in der Gruppe erfahrene intersubjektive Haltung kann Modell sein für den Bereich der alltäglichen sozialen Kontakte und die Basis für die Etablierung fürsorglich-wertschätzender Haltung sich selbst gegenüber. Die Verinnerlichung guter Szenen, die Erfahrung von *exchange learning/ exchange helping* (Petzold & Heintz, 1985) und heilenden Atmosphären sind wichtige Schritte im Prozess der Nachsozialisation.

Der Einsatz der vier Wege der Heilung

Aus integrativtherapeutischer Sicht kommen die vier Wege der Heilung zur Anwendung¹⁴

:

Die Wohnform der therapeutischen Wohngemeinschaften ermöglicht bereits ein breites Spektrum an Solidaritätserfahrungen, welche durch die Gruppenangebote verstärkt werden. Der Einzelne erlebt sich als zugehörig und in ein supportives System eingebunden (Vierter Weg der Heilung).

Mit Hilfe wöchentlich stattfindender Freizeitangebote wie auch der jährlich stattfindenden Ferienfreizeit werden kreative Fähigkeiten aktiviert und somit das Spektrum der Ausdrucksmöglichkeiten gefördert. Durch die erlebnis- und übungszentrierten Modalitäten werden Ressourcen und persönliche Souveränität durch alternative Erfahrungen gestärkt bzw. entwickelt (Dritter Weg der Heilung).

Der Zweite Weg der Heilung zielt auf die Nachsozialisation der KlientInnen mit der Förderung von Grundvertrauen sowie den Erwerb von alternativen emotionalen und kognitiven Erfahrungen (Petzold, 1993, S. 1171f; Schuch, 2000, S. 186/ 58). Zum einen fördert die Wohnform auf struktureller Ebene das Erleben einer „als-ob-Familie“, in der durch

¹⁴ Siehe hierzu auch den Artikel von Petzold, Scheiblich und Thomas (2000).

verschiedenste Angebote des Miteinander-Seins korrektive, substitutive und alternative Erfahrungen ermöglicht werden. Durch ein klar geregeltes BezugstherapeutInnen-System wird dem/ der KlientIn die Möglichkeit eröffnet, die/ den TherapeutIn im dyadischen Setting als (als-ob) „gute Mutter“ oder „guten Vater“ zu erleben.

Im Ersten Weg der Heilung geht es um Bewusstseinsarbeit. Die Arbeit an unbewussten Störungen und Konflikten soll Klärung und mehrperspektivische Einsicht gewähren mit dem Ziel, Narrative aufzulösen und starre kognitive Muster zu verändern (Schuch, 2000, S. 186/ 58).

3.3.2 Die Gruppensettings, angewandte Modalitäten und Stile

Es finden verschiedene Gruppenformen Anwendung, welche neben ihrer Struktur auch in ihren Modalitäten wie Stilen variieren.

Die Einrichtung stellt ein differenziertes Gruppenangebot bereit, welches unterschiedliche Grade der Nähe-Distanz-Regulation zulässt: von einem Gruppenangebot mit einem eher lockerem Zusammensein und Miteinandererleben über ein Gruppensetting mit mehr Nähe bis hin zu Gruppen, die therapeutische Arbeit und Tiefung ermöglichen. Dies ermöglicht den KlientInnen die unterschiedlichsten Erfahrungen mit Nähe und Distanz zu sammeln. Sie können sich des Weiteren aus verschiedenen Perspektiven erleben. Dies soll die Klientinnen motivieren, sich auf Veränderungsprozesse einzulassen.

3.3.2.1 Großgruppe:

Die Großgruppe umfasst alle BewohnerInnen (12 KlientInnen) und ist verpflichtend. Davon sind im Durchschnitt 40 % Frauen und 60 % Männer. Die Gruppe ist „halboffen“, d.h. bei Einzug eines neuen Klienten/ einer neuen Klientin kommt diese dazu, ausgezogene KlientInnen nehmen nicht mehr daran teil. Die von einem Leitungspaar geführte zweistündige Sitzung findet alle zwei Wochen statt.

In der ersten dreiviertel Stunde stellen sich BewerberInnen für einen Wohnplatz vor, da die BewohnerInnen bei der Aufnahmeentscheidung Mitspracherecht haben. Danach gibt es eine Runde, in der die aktuelle Befindlichkeit, organisatorische Belange und zu bearbeitende Themen wie z.B. Konflikte untereinander angesprochen werden. In der verbleibenden Stunde werden die gesammelten Themen bearbeitet. Werden von Seiten der Hausgruppe keine Themen/ Konflikte benannt, wird in die thematische Kleingruppe gewechselt (s.u.).

Die Großgruppe hat vorrangig zum Ziel, eine stockwerksübergreifende¹⁵ Vernetzung und dadurch differenzierte Solidaritätserfahrungen zu ermöglichen. Es geht hierbei hauptsächlich um den Vierten Weg der Heilung, welcher partiell durch den Ersten Weg ergänzt wird. Aus der Perspektive der 14 Heilfaktoren¹⁶ finden die Faktoren „Förderung

¹⁵ Die BewohnerInnen leben in vier Wohngemeinschaften à drei Personen in einem Wohnhaus zusammen. Neben der Kleingruppe (siehe 3.3.2.3), die ausschließlich die BewohnerInnen eines Stockwerkes anspricht, gibt es die Großgruppe, zu der sich alle KlientInnen der Einrichtung zusammenfinden.

¹⁶ Die 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie sind wie folgt:

1. Einführendes Verstehen
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/ Lebenshilfe
4. Förderung emotionalen Ausdrucks
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von kreativen Zukunftsperspektiven

tragfähiger sozialer Netzwerke“ und „Ermöglichung von Solidaritätserfahrung“ ihre Anwendung. Das gemeinsame Aushandeln von Themen und Konflikten stößt die Heilfaktoren „Förderung kommunikativer Kompetenz“ sowie „Förderung emotionalen Ausdrucks“ an.

Der Führungsstil ist direktiv und stützend, aber auch konfliktzentriert, jedoch weniger aufdeckend. Der individuelle Teil bei Konflikten/ Gesamtkonflikten wird in der Großgruppe benannt, jedoch bleibt es in der Regel auf der Ebene der Reflexion, gelegentlich kommt es zu einem Wechsel auf die Ebene des Bilderlebens und der Affekte. Die eigentliche Bearbeitung mit therapeutischer Tiefung erfolgt jedoch – je nach Indikation – in der Kleingruppe und/ oder im therapeutischen Einzelgespräch. Gelegentlich finden auch erlebniszentrierte Modalitäten Anwendung.

3.3.2.2 Thematische Kleingruppe:

Vor Wechsel in diese Gruppe macht die Leitung einen Themenvorschlag und die davon betroffenen KlientInnen bleiben im Raum, während die restlichen BewohnerInnen gehen können. Damit soll wiederum eine stockwerksübergreifende Vernetzung angestoßen werden. Darüber hinaus ist die Motivation zur Mitarbeit höher, wenn sich die KlientInnen von dem Thema direkt und persönlich betroffen fühlen. Mögliche Themen sind z.B. „Ich bin neu eingezogen“, „Ich ziehe im nächsten viertel Jahr aus“, „Ich bin MigrantIn“, „Ich komme aus der ehemaligen DDR“.

Dieses Gruppensetting zielt auf spezifische persönlichkeitsbestimmte und strukturelle Ziele (Petzold, 2001, S. 216/ 88ff) ab. Gemeinsames Element der TeilnehmerInnen können zum einen vergleichbare aktuelle Lebenslagen (z.B. „ich bin neu eingezogen“) mit den damit verbundenen Emotionen, Kognitionen und individuellen Tendenzen der Bewältigung sein. Das Aufgreifen von Themen wie z.B. „Ich komme aus der ehemaligen DDR“ spricht zum anderen identitätsrelevante Bereiche an. Darüber hinaus soll über die Fokussierung identitätsstiftender Aspekte das persönliche Identitätserleben um weitere Facetten erweitert werden. Denn dadurch erleben die KlientInnen schrittweise, dass ihre Persönlichkeit aus wesentlich mehr Facetten als ihrer sog. Drogenpersönlichkeit besteht.

Aus integrativtherapeutischer Sicht kommen v. a. der Vierte Weg und der Erste Weg der Heilung zur Anwendung. Heilend wirken dabei die „Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung“ sowie die „Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserleben“ auf der Basis der „Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen“. Auch hier bleibt es in der Regel auf der Ebene der Reflexion, zeitweise findet ein Wechsel auf die Ebene des Bilderlebens und der Affekte statt. Der Führungsstil ist supportiv, teilweise erlebniszentriert.

3.3.2.3 Kleingruppen:

Die Gruppengröße umfasst jeweils die drei bzw. vier KlientInnen, die in einer Wohneinheit zusammenleben. Die einstündige Sitzung findet einmal wöchentlich statt und wird von der BezugstherapeutIn geleitet. Inhaltlich wird die vergangene Woche bilanziert, die aktuelle Befindlichkeit benannt und aufzugreifende Themen angesprochen. Hierbei geht es häufig um Konflikte untereinander, gemeinsame Organisation des Haushalts/ des Alltags und individuelle Probleme.

-
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezuges
 12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens
 13. Förderung tragfähiger Netzwerke
 14. Förderung von Solidaritätserfahrungen

Ziel der Kleingruppe ist zum einen die „Hilfe bei der realitätsgerichteten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe“ (Heilfaktor 3), indem haushalts- und alltagspraktische Fragen und die sich daraus ergebenden intra- und interindividuellen Konflikte bearbeitet werden. Da der Rahmen persönlicher und somit das wechselseitige Vertrauen größer ist, werden persönliche Probleme und Konflikte häufiger thematisiert. Weiterhin ist die Bereitschaft höher, sich auf mehr Ebenen der Tiefung einzulassen. Außerdem ist die Angst geringer, sich den eigenen Anteil bei Konflikten und dessen biographischen Bezug anzuschauen. Auch eigene Schwierigkeiten wie z.B. Essprobleme, Beziehungsprobleme werden stärker angesprochen. Damit kann in der Kleingruppe von der Modalität her aufdeckender gearbeitet werden als in der Großgruppe, in der Schwierigkeiten eher benannt werden.

Heilend wirkt das Erlebnis „emotionaler Annahme und Stütze“. Weiterhin wirken v.a. folgende Heilfaktoren: „Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung“, „Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit“, „Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens“, „Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke“ sowie „Ermöglichung von Solidaritätserfahrung“. Es kommt neben dem ersten und vierten Weg der Heilung auch der zweite Weg der Heilung zur Anwendung.

Der Leitungsstil ist zugewandt, stützend und konfrontierend.

3.3.2.4 Frauen-/Männergruppe:

Die Frauen bzw. Männergruppe umfasst im Schnitt sechs Frauen bzw. Männer. Neben den BewohnerInnen des Hauses können auch ehemalige KlientInnen daran teilnehmen. Die Sitzungen finden alle zwei Wochen für zwei Stunden statt und werden von einem gleichgeschlechtlichen Leitungspaar geführt.

Über die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Themen soll eine Identitätsstärkung und -differenzierung ermöglicht werden. Ein weiteres Ziel ist die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Aspekten der eigenen Suchterkrankung. Daran anknüpfend werden geschlechtsspezifische Möglichkeiten der Bewältigung erarbeitet.

Sämtliche vier Wege der Heilung findet ihre Anwendung. Neben den Heilfaktoren „Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke“ und „Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen“ kommen verstärkt die Faktoren „Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens“, „Förderung von kreativen Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräften“, „Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung“, „Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit“, „Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung“, „Förderung emotionalen Ausdrucks“ sowie „Emotionale Annahme und Stütze“ zum Tragen.

Die erlebniszentriert-stimulierende Modalität hat Vorrang. Daneben findet das konfliktzentrierte Vorgehen Anwendung. Der Leitungsstil ist zugewandt, stützend und aufdeckend. Bei Defiziten wirkt die ressourcenorientierte Herangehensweise aufbauend.

Ähnlich wie in der Kleingruppe sind die TeilnehmerInnen offener für eine therapeutische Tiefung, die über das Benennen und somit die Ebene der Reflexion hinausgeht, da der intimere Rahmen und die gleichgeschlechtliche Zusammensetzung Hemmungen und Schamblockaden verringert.

3.3.2.5 Gruppen mit Freizeitaktivitäten

Diese Gruppenangebote finden jedes Wochenende statt und werden abwechselnd von einer/ einem BezugstherapeutIn durchgeführt. Freizeitaktivitäten können sowohl kulturelle, kreativitätsfördernde als auch sportliche Angebote sein. Gerade neu aufgenommenen KlientInnen bietet es die Möglichkeit, sich unverfänglich auf neue Kontakte einzulassen – jenseits von therapeutischen Anforderungen. Darüber hinaus soll das Interesse für eine sinnvolle und zum Drogenkonsum alternative Freizeitgestaltung geweckt werden. Damit wird die externe Ressourcenlage (Petzold, 2001, S. 218/ 90) gestärkt.

Primärer Weg der Heilung ist hier der dritte Weg, welcher durch den vierten Weg flankiert wird. Integrativtherapeutisch finden v.a. die Heilfaktoren „Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung“, Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen“, „Förderung von kreativen Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräften“ Anwendung.

4. Praxeologische Überlegungen für die Initialphase

4.1 Fördernde konzeptionelle Charakteristika

Das Konzept „Der Dritte Weg“ umfasst bereits eine Vielzahl an Faktoren, die einen erfolgreichen Behandlungseinstieg bei MigrantInnen unterstützen:

- Dem Konzept liegt eine die Persönlichkeit akzeptierende Haltung zugrunde,
- Es werden geschlechts- und soziokulturelle Aspekte explizit berücksichtigt,
- Die prozess- und beziehungsorientierte Herangehensweise ermöglicht ebenso wie die wenigen Regeln und Pflichten ein einzelfallbezogenes Vorgehen,
- Die explizite Netzwerkorientierung spricht die stärker familienbezogenen MigrantInnen an,
- Der ressourcenorientierte Ansatz greift die Stärken des Einzelnen wie auch der Gruppe auf und fördert so eine erste positive Annäherung der KlientInnen untereinander wie auch dem Team gegenüber,
- In der Gruppe mit Freizeitaktivitäten ist teilweise das Erleben von lockerem Zusammensein und Miteinander möglich. Ebenso kann die Kleingruppe als Setting mit tendenziell familiärem Charakter verstanden werden. Diese Elemente können als „door-opener“ für den gesamten Prozess verstanden werden.

4.2 Kombination und Bedeutung der verschiedenen Gruppensettings

Primäres Ziel der unterschiedlichen Gruppenangebote ist die Schaffung eines Erlebnisfeldes mit unterschiedlichen Graden an Nähe und Distanz, um auf individueller und gruppaler Ebene Veränderungsprozesse anzustoßen.

Drogenabhängige AussiedlerInnen

Drogenabhängige AussiedlerInnen neigen anfangs dazu, sehr verschlossen zu sein und einem therapeutischen Kontakt eher ablehnend gegenüber zu stehen. Aus diesem Grund erwies es sich als hilfreich, den Fokus der gruppalen Aspekte zugunsten individueller *alltagspraktischer Kontakte* zunächst zurückzustellen. Zwar müssen diese KlientInnen genauso an den verschiedenen Gruppen teilnehmen, jedoch wird die eher schweigsame und zurückhaltende Haltung von Seiten der Gruppenleitung in dem Sinne akzeptiert, dass diese in der Initialphase weniger konfrontativ als vielmehr beschreibend von der Leitung angesprochen wird.

Parallel hierzu findet die Anbindung und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses über alltagspraktische Aufgaben statt. Unsere Erfahrung zeigt, dass diese Personen in der Regel Arbeitsaufträge wie z.B. den Garten pflegen, den Hof kehren, kleinere Besorgungen erledigen sehr zuverlässig und ordentlich erledigen. Die Gespräche vor und nach einem Arbeitsauftrag bieten die Möglichkeit, unverfänglich ins Gespräch zu kommen und somit die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zu legen. Zusätzlich erleben sich die KlientInnen als kompetente Personen, denen die Verantwortung für eine Aufgabe übertragen wird (Identifikation). Des Weiteren erleben sie, dass sie auch von anderen als fä-

hige Menschen wahrgenommen werden, denen man durchaus eine Aufgabe anvertrauen kann (Identifizierung). Diese Tätigkeiten, die scheinbar auf einer alltagspraktischen Ebene ablaufen, initiieren auf einer persönlichkeits-theoretischen Ebene identitätsbildende Prozesse. Dies steigert zusätzlich ihr persönliches Souveränitätserleben und minimiert ihre Eigenwahrnehmung als defizitäre, behandlungsbedürftige Drogenabhängige. Zumeist ermöglichen diese „Arbeitsgespräche“ einen ersten Einstieg in biographische Erlebnisse der KlientInnen.

Ein zweiter Eckpfeiler in der Initialphase ist die Konzentration auf die *Gruppe mit Freizeitaktivitäten*. Hier können die AussiedlerInnen unverfänglich neue Kontakte aufbauen ohne dass dabei die Gefahr besteht, (offensichtlichen) therapeutischen Anforderungen ausgesetzt zu sein. Indem darauf geachtet wird, dass die Interessen dieser Personen-gruppe bei der Aktivitätenplanung berücksichtigt werden, kann die Motivation und Begeisterung zusätzlich gesteigert werden. Als auffällig erwies sich, dass es diesen KlientInnen weniger auf das Konsumieren möglichst kostspieliger oder besonderer Aktivitäten ankommt (z.B. Erlebnis-park besuchen). Ansprechender sind in der Regel Aktivitäten, die auf ein gemeinsames Tun und Erleben zielen (z.B. grillen, schwimmen gehen, gemeinsam kochen).

Ein drittes zentrales Modul für einen erfolgreichen Einstieg ist die *Zusammensetzung auf den Stockwerken wie auch im Haus insgesamt*. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen sollten maximal zwei AussiedlerInnen in der Einrichtung wohnen. Diese sollten weiterhin nicht auf einem Stockwerk untergebracht werden, da ansonsten die Gefahr des Kolabrierens und Sich-Abschottens zu hoch ist.

Fallbeispiel: Ein polnischer Aussiedler, der bereits länger in der Einrichtung lebte, äußerte bei der Neuaufnahme eines russischen Aussiedlers vehement den Wunsch, dass dieser nicht auf sein Stockwerk zu komme, da er ansonsten für sich die Gefahr sehe „automatisch in diese mafiösen Strukturen zurückzuverfallen. Dieses Zusammenglucken und Sich-Decken. Dieses Nicht-mehr-ehrlich-Sein.“

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Initialphase eher der Vorbereitung auf therapeutische Kontakte im Gruppenprozess dient. Im Mittelpunkt steht der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses auf gruppaler und teambezogener Ebene bei gleichzeitiger Reduzierung abwehrender und blockierender Elemente von Seiten der AussiedlerInnen.

Türkisch-islamische KlientInnen

KlientInnen türkisch-islamischer Zugehörigkeit weisen in der Regel eine hohe Gruppenorientierung und soziale Kompetenz für Gruppenintegration auf. Wird dieser Personenkreis erfolgreich in die Gesamtgruppe integriert, übernehmen diese KlientInnen zumeist in einer späteren Phase die Aufgabe, die Gruppe zusammenzuhalten und auch neue BewohnerInnen „in das Boot zu holen.“

Befinden sich Drogenabhängige türkisch-islamischer Zugehörigkeit am Anfang ihres Rehabilitationsprozesses in der Einrichtung, so muss gezielt darauf geachtet werden, diese KlientInnen bei ihren Bedürfnissen nach gruppaler Zugehörigkeit und gemeinsamen Erleben abzuholen. Um die häufig vorhandene Angst, zwangsweise therapeutisch behandelt zu werden, zu minimieren, sollte auch hier zu Beginn ein wesentlicher Augenmerk auf die „Gruppe mit Freizeitaktivitäten“ gelegt werden. Dabei gelten die gleichen Merkmale wie bereits oben bei den AussiedlerInnen erwähnt.

Da die KlientInnen türkisch-islamischer Zugehörigkeit in der Regel weniger verschlossen und therapeutischen Angeboten früher zugänglich sind, können therapeutische Elemente bereits in die Initialphase eingebunden werden. Als günstiges Gruppensetting erwies sich hierbei die Kleingruppe, da der Personenkreis mit drei bis vier TeilnehmerInnen für die KlientInnen überschaubar und das wechselseitige Vertrauen früher erreicht ist als in der Großgruppe. Das Kleingruppen-Setting positiv unterstützend sind Maßnahmen, die auf die Schaffung eines gemütlichen, familiären Klimas zielen.

Fallbeispiel: Auf einem Stockwerk lebten drei Klientinnen zusammen, von denen zwei türkisch-islamischer Zugehörigkeit waren und eine Klientin aus einer bikulturellen Familie kam. Zu Beginn achtete ich darauf, dass Tee und Kaffee gekocht war und die Getränke auch in ansprechender Form serviert wurden. Dies gefiel den Klientinnen sehr gut. Sie fühlten sich angenommen und es war „irgendwie wie früher.“ Schon nach wenigen Sitzungen übernahmen sie aus eigener Motivation dieses Ritual und sorgten zudem eigenständig dafür, dass der Raum aufgeräumt war und ansprechend wirkte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bereits in die Initialphase therapeutische Elemente einfließen können. Günstig ist hierbei die Konzentration auf die Kleingruppe. Zentrales Augenmerk sollte auf der Schaffung einer „familiären Atmosphäre“ liegen. Wird dies erzielt und fühlen sich die KlientInnen türkisch-islamischer Zugehörigkeit heimisch, so lassen sie sich auch auf die anderen Gruppenangebote ein und übernehmen dort gruppenintegrative Aufgaben.

Binationale KlientInnen

Bei diesem Personenkreis hängt die Kombination und die Bedeutung der verschiedenen Gruppensettings in der Initialphase von mehreren Faktoren ab:

- Wie lange lebt die Person bereits in Deutschland?
- Ist sie/er mit beiden Elternteilen und beiden Kulturen aufgewachsen?
- Ist sie/er überwiegend bei dem deutschen Elternteil in Deutschland groß geworden und kennt ihren/seinen anderen Elternteil kaum und/ oder nicht persönlich?

Für KlientInnen aus bikulturellen Familien, die erst spät¹⁷ nach Deutschland umgesiedelt sind und zuvor in einer „südländischen“¹⁸ Kultur gelebt haben, gelten die gleichen Kriterien wie bei den KlientInnen türkisch-islamischer Zugehörigkeit.

Bei KlientInnen, die mit beiden Kulturen in Deutschland groß geworden sind bzw. nur bei dem deutschen Elternteil aufwuchsen, können ebenso die Kleingruppe und die Freizeitgruppe als die zentralen Orte für anfängliche Gruppenerfahrung bezeichnet werden. Im Gegensatz zu KlientInnen mit türkisch-islamischer Zugehörigkeit tritt jedoch die Bedeutung von familiär erlebten Ritualen etwas in den Hintergrund. Diese Rituale werden zwar durchaus geschätzt, lösen jedoch nicht ein solches Maß an Wohlbefinden und eigenverantwortlicher Übernahme dieser Tätigkeiten aus. Auch die Gestaltung der gemeinsamen Freizeitaktivitäten erfährt eine leichte Verschiebung. KlientInnen binationaler Herkunft mit stärker deutschem Einfluß neigen stärker zur Vereinzelung und dem Wahrnehmen von eher konsumorientierten Aktivitäten. Einfaches Zusammensitzen, sich unterhalten, dabei Tee trinken und ein Spiel spielen wird schnell als langweilig erlebt.

¹⁷ Als „spät“ bezeichne ich in der vorliegenden Arbeit einen Migrationszeitpunkt, der erst dann eintritt, wenn die Pubertät bereits fortgeschritten bzw. weitgehend abgeschlossen ist.

¹⁸ Den Begriff „südländische Kultur“ verwende ich in diesem Zusammenhang als Sammelbegriff, um damit Nationalitäten zu beschreiben, die sich durch ein höheres Maß an Gruppenorientierung und sozialer Identität auszeichnen als die „deutsche Kultur“, die meines Erachtens stark von Individualisierung und ichbezogenen Identitäten bestimmt ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gruppe mit Freizeitaktivitäten eine geringere Rolle spielt als bei den zuvor thematisierten KlientInnengruppen, aber dennoch in der Initialphase von Bedeutung ist. Der Fokus für Interventionen auf gruppaler Ebene sollte zunächst auf der Kleingruppe liegen.

4.3 Zu verändernde und zu erweiternde Aspekte

Aus der Analyse der vorliegenden Literatur wie auch aus den praktischen Erfahrungen in der Arbeit mit Drogenabhängigen verschiedener soziokultureller Zugehörigkeit ergeben sich mehrere Aspekte, die es in Zukunft in die konzeptionelle und praktische Arbeit zu integrieren gilt, um den Anteil an erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen erhöhen zu können.

Zunächst erscheint es mir unabdingbar, dass die Mitglieder des Teams **Kenntnisse über die Besonderheiten der jeweiligen Kultur** haben. Dieses Wissen sollte bereits bei der Aufnahme eines Drogenabhängigen aus einem bestimmten kulturellen Zusammenhang vorhanden sein, um gerade auch Anfangsfehler zu vermeiden.

Fallbeispiel: Für gläubige KlientInnen türkisch-islamischer Zugehörigkeit spielt die Einhaltung des Ramadam eine große Rolle. Wird eine Gruppe während dieser Zeit genau auf das Ende der täglichen Fastenzeit gelegt, produziert dies immer wieder Ärger und das Gefühl, dass sie sowie ihre kulturellen und religiösen Gebräuche nicht gesehen und respektiert werden. Eine einfache Lösung hierfür ist die Verlegung der Gruppe auf etwas später/ früher, damit die KlientInnen erst eine Kleinigkeit essen können.

Auch **migrationsspezifische Inhalte** müssen in die verschiedenen Gruppenangebote integriert werden. Ein Aspekt ist die Berücksichtigung der *sprachlichen Kompetenz*. Sind unzureichende oder eingeschränkte Sprachkenntnisse vorhanden, so muss die Gruppensprache so gestaltet werden, dass es alle verstehen. Für die Gruppenleitung bedeutet dies, eine einfache, alltagsnahe Sprache zu verwenden und auf fachlich-therapeutische Termini weitgehend zu verzichten. Da häufig eine hohe Barriere und massives Schamgefühl vorhanden ist, im Beisein von Anderen um die Erklärung von unbekanntem Worten zu bitten, sollte die Leitung während (und auch nach der Gruppensitzung) gezielt nachfragen, ob alles verstanden wurde.

Ein weiteres migrationsspezifisches Thema ist häufig der *unklare und/oder befristete Aufenthaltstatus* in der Bundesrepublik. Der befristete Aufenthalt ist zumeist Anlass für massive Ängste und verhindert das innerliche Sich-Einlassen auf einen therapeutischen Prozess. Deshalb ist zu Beginn mit der Person zu klären, wie ihr Aufenthaltstatus ist und wie gefährdet der weitere Verbleib in Deutschland z.B. aufgrund von Straftaten ist. Es sollte so früh wie möglich eine Klärung und Absicherung der Aufenthaltsgenehmigung erzielt werden. Ansonsten ist diese Variable ein permanenter, auf den therapeutischen Prozess kontraproduktiv wirkender Störfaktor.

Fallbeispiel: Eine Klientin türkischer Zugehörigkeit, die in Deutschland geboren und aufgewachsen war, erhielt aufgrund vorliegender Straftaten eines Tages ein Anschreiben, dass sie zum Datum XY in die Türkei ausgewiesen würde. Aufgrund massiver Anstrengungen konnte eine zeitweilige Zurückstellung erwirkt werden. Allerdings war die Klientin in dieser unklaren Zeit so absorbiert von ihren existenziellen Ängsten, dass sie massiv in ihrer drogenabstinenten Haltung labilisiert war und zudem kaum mehr in der Lage war, sich den Nöten und Sorgen ihrer MitklientInnen zu widmen. Dies löste bei diesen wiederum nach einer gewissen Zeit großen Unmut aus und die Gruppenatmosphäre wie auch die anfängliche positive Integration der Klientin in die Gruppe war zutiefst erschüttert.

Auch die Erfahrung von *Diskriminierung und Rassismus* zählt zu typischen migrations-spezifischen Erfahrungen. Dabei scheint mir die Berücksichtigung von zumindest drei Foki von Bedeutung zu sein:

1. Thematisierung der Ereignisse aus dem Blickwinkel des Betroffenen: Menschen mit Migrationshintergrund wie auch andersfarbige Deutsche erleben immer wieder, dass sie diskriminiert werden und/ oder rassistischen Anfeindungen ausgesetzt sind. Dies gilt es auf gruppaler Ebene zu thematisieren, um den Einzelnen ein Gefühl von Gruppensolidarität zu vermitteln und darüber die Entwicklung von Handlungsstrategien zu initiieren.

2. Thematisierung der Selbstwahrnehmung der Betroffenen: Gelegentlich erleben sich KlientInnen mit Migrationserfahrung diskriminierenden Aktivitäten ausgesetzt. Dabei nehmen sie eine Situation primär über die Brille „nur weil ich Ausländer bin, werde ich so behandelt. Einem Deutschen würde das nicht passieren“ wahr und vermeiden darüber die Auseinandersetzung, dass die Situation eventuell durch andere Faktoren gesteuert wird als den Faktor „Ausländer.“

Fallbeispiel: Ein Klient türkischer Zugehörigkeit beklagte sich, dass der Lehrer so hohe Anforderungen an ihn stelle. Er als Türke müsse das doppelte leisten wie ein Deutscher. Er fühle sich sehr unfair in der Schule behandelt. Auf Nachfragen stellte sich heraus, dass der Klient durch sein Auftreten stark daran mitwirkt, dass der Lehrer ihn als sehr kompetent wahrnimmt und dachte, man könne ihm einiges zutrauen. Konfrontiert mit seinem Anteil an der Dynamik fiel es ihm über lange Zeit sichtlich schwer, diesen wahrzunehmen. Ihm war es lieber in der „Opfer-Rolle“ zu bleiben und sich zu beklagen anstatt die Verantwortung für seinen Anteil zu übernehmen und an seinem Auftreten zu arbeiten.

3. Thematisierung der Erfahrung, dass sich Täter-Opfer-Relationen umdrehen: Das Repertoire der Freizeitaktivitäten umfasst jedes Jahr auch ein bis zwei mehrtägige Ferienfreizeiten. Dabei kam es schon mehrmals zu Fahrten ins Ausland (z.B. Spanien, Paris). Im Rahmen der Ferienfreizeiten erleben sich nicht nur die deutschen KlientInnen als „AusländerInnen“, sondern auch die Migrantinnen. Dies bewirkt für beide Personengruppen vielfältige Erfahrungen. Darüber hinaus kam es wiederholt dazu, dass sich auch die MigrantInnen der Einrichtung im Ausland als rassistisch und diskriminierend den Einheimischen gegenüber oder MigrantInnen, die im Urlaubsland offensichtlich lebten, aufführten. Somit kam es zu einer Verdrehung der Täter-Opfer-Dynamik. Begriffen sie sich in Deutschland als Opfer, so gebärdeten sie sich im Ausland plötzlich als Täter. Das Aufgreifen und die Auseinandersetzung darüber bringt in der Regel sehr fruchtbare individuelle und gruppale Effekte in Gange.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema an sich wie auch seinen unterschiedlichen Facetten sollte auf der Team-Ebene aufgegriffen und diskutiert werden, um dann wiederum in Form von gezielten Interventionen in die verschiedenen Gruppensettings zurückzufließen.

Letztendlich muss ein **kollektiv getragenes Wissen um Handlungsstrategien** im Team entwickelt werden, um für die verschiedenen Personengruppen die jeweils spezifischen Einstiegswege in einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess planen zu können. Erste Ansätze hierfür wurden für die Therapeutischen Wohngemeinschaften „Wolfgangstraße“ bereits unter dem Punkt 5.2 formuliert.

Generell müssen derartige Zugangsstrategien in regelmäßigen Abständen überprüft und modifiziert werden. Hilfreich für die individuumsnahe Zupassung ist dabei der Einbezug derjenigen Klientinnen, die bereits länger in der Einrichtung leben bzw. diese bereits verlassen haben. Aus der Analyse der Beiträge, was für diese KlientInnen zu Beginn in Bezug auf Gruppenprozesse unterstützend war, lassen sich zusätzliche Anregungen für die weitere Ausgestaltung des Handlungswissen ableiten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass Personen mit Migrationshintergrund eine Reihe an Besonderheiten aufweisen, die es bei einer stationären Rehabilitation explizit zu berücksichtigen gilt. Ansonsten besteht die Gefahr eigene blinde Flecken in den therapeutischen Prozess einfließen zu lassen und das Gegenüber mit seinen je spezifischen Besonderheiten und Bedürfnissen verkürzt wahrzunehmen. Um auch dieser Klientel ein möglichst adäquates Angebot zur Verfügung stellen zu können, müssen deshalb permanent Reflexions- und Modifikationsprozesse sowohl auf konzeptioneller als auch praxeologischer Ebene stattfinden gemäß dem heraklitischen Prinzip „Alles fließt“ sowie dem Ansatz „Der Weg ist das Ziel.“

5. Literaturverzeichnis

- Afanasiev, V.** (2000, November). Der interkulturelle Ansatz in der Arbeit mit russischsprachigen Aussiedlern. Vorgeselltes Papier auf der Fachtagung „Arbeit mit Aussiedlern und Aussiedlerinnen“ im Fachbereich Drogenhilfe des vae am 29.11.2000.
- Akgün, L.** (1998). Therapie im interkulturellen Kontext unter Berücksichtigung unterschiedlicher Selbstkonzepte. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft (S. 44-53). Freiburg i.B.: Lambertus.
- Baran, K. & Kalaclar** (1993). Kulturorientierung in der psychosozialen Beratung von türkischen Migrantinnen. In F. Nestmann & T. Niepel (Hrsg.), Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung (S. 62-71). Berlin: VWB.
- Boos-Nünning, U.** (1998). Sozialisation von Jugendlichen ausländischer Herkunft. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft (S. 11-32). Freiburg i.B.: Lambertus.
- Brakhoff, J. & Schmidtbreick, B.** (1982). Suchtkranke Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Suchtgefahren, 1, 38ff.
- Braun, A.** (1998). Methodische Gesichtspunkte der Diagnostik und Therapie bei rauschmittelabhängigen Aussiedlern. In D. Czycholl (Hrsg.), Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten (S. 106-112). Berlin: VWB (Hohenrodter Studien, Bd. I).
- Czycholl, D.** (1998). Entwicklungen einer spezialisierten Konzeption für die stationäre Therapie suchtkranker Menschen. In D. Czycholl (Hrsg.), Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten (S. 91-105). Berlin, VWB (Hohenrodter Studien, Bd. I).
- Deutscher Orden** (Hrsg.). (2000). Deutscher Orden-Suchthilfe-Haus Hohenlinden. Konzept. Remagen: Eigenpublikation.
- Ermer-Externbrink, M.** (1998). Erfahrungen aus der stationären Entwöhnungsbehandlung mit Aussiedlern. In D. Czycholl (Hrsg.): Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten (S. 136-141). Berlin: VWB (Hohenrodter Studien, Bd. I).
- Frühmann, R.** (1986). Das mehrperspektivische Gruppenmodell im „Integrativen Ansatz“ der Gestalttherapie. In H.G. Petzold & R. Frühmann (Hrsg.), Modelle der Gruppe in der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit (S. 255-284). Paderborn: Junfermann.
- Gäde, G. & Listing, T.** (1997). Gruppen erfolgreich leiten. Empfehlungen für die Zusammenarbeit mit Erwachsenen. Mainz: Grünewald-Verlag.
- Giest-Warsewa, R.** (1998). Junge Aussiedler. Problemlagen in der BRD und Sozialisationserfahrungen in der GUS. In D. Czycholl (Hrsg.), Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten (S. 74-90). Berlin: VWB (Hohenrodter Studien, Bd. I).

- Heidebrecht, H.** (1998). Deutsche aus Russland. Lebens- und Migrationserfahrungen. In D. Czycholl (Hrsg.), Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten (S. 49-73). Berlin: VWB (Hohenrodter Studien, Bd. I).
- Keupp, H. & Röhrle, B.** (Hrsg.).(1987). Soziale Netzwerke. Frankfurt/ Main: Campus-Verlag.
- Krick, E.** (1998). Therapeutinnen in der Arbeit mit Männern aus anderen Kulturkreisen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft (S. 142-157). Freiburg i.B.: Lambertus.
- Kürsat-Ahlers, E.** (2000). Migration als psychischer Prozeß. In D. Matthias (Hrsg.), Migration-Frauen-Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext (S. 45-56). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kulinski, K.** (1998). Migration und die Folgen. In D. Czycholl (Hrsg.) (1998), Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten (S. 113-118). Berlin, VWB (Hohenrodter Studien, Bd. I).
- Macek, M.** (2000): Suchtentwicklung – Eine Form von Migration? Manuskript eingereicht zur Publikation.
- Miretski, B. & Schmidt, L.** (2000). Drogenabhängigkeit: Eine andere Mentalität. Deutsches Ärzteblatt, 38, A2440.
- Nestmann, F. & Niepel, T.** (1993). Psychosoziale Störungen in der Migration. Erklärungs- und Bearbeitungsversuche. In F. Nestmann & T. Niepel (Hrsg.), Beratung von Migranten. Neue Wege der psychosozialen Versorgung (S. 21-42). Berlin: VWB.
- Osterloh, K.** (2001). Arbeit mit illegale Suchtmittel konsumierende MigrantInnen aus der GUS. IZA Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, 3-4, 86-92.
- Petzold, H.** (1980). Ablösung und Trauerarbeit im Four-Steps-Modell der gestalttherapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige. In H. Petzold & G. Vormann (Hrsg.). Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision (S. 208-228). München: Pfeiffer.
- Petzold, H.** (Hrsg.).(1983). Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen. Frankfurt: Klotz.
- Petzold, H.** (1993). Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Heini, H.** (1985). Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Orth, I.** (o.A.): Gruppenprozessanalyse – ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. Düsseldorf: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.

- Petzold, H., Scheiblich, W. & Thomas, G.** (2000). Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), Suchtmedizin (S. 322-341). München und Jena, Urban & Schwarzenberg.
- Petzold, H. & Schneewind, U.** (1986). Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie. In H. Petzold & R. Frühmann, R. (Hrsg.), Modelle der Gruppe in der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit (S. 109-233). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Steffan, A.** (2001). Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“. In H. Petzold (Hrsg.), Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“ (S. 203-230). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Vormann, G.** (Hrsg.). (1980). Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.
- Rahm, D.; Otte, H.; Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H.** (Hrsg.). (1993). Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Salman, R.** (1998). Spezifische gesundheitliche Lage und Belastungen der Migranten. In D. Czycholl (Hrsg.). (1998), Sucht und Migration: Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und –gefährdeter Migranten (S. 31-38). Berlin: VVB (Hohenrodter Studien, Bd. I).
- Schütz, A. & Wiesner, C.** (2001). Selbstkomplexität, Identität, seelische Gesundheit und Selbstwertgefühl bei Migranten der zweiten Generation. Report Psychologie, 3, 154-161.
- Schuch, H.** (2001). Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie. In H. Petzold (Hrsg.), Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“ (S. 203-230). Paderborn: Junfermann.
- Tuna, S.** (1998). Die Berücksichtigung kultureller Hintergründe in der Suchtkrankenarbeit mit Migranten. In **xx**, Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft (S. 54-61). Freiburg i.B.: **XX**.
- Tuna, S.** (1999). Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In R. Salman (Hrsg.), Handbuch Interkulturelle Suchthilfe: Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie (S. 89-103). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Vae** (2002). Der „Dritte Weg“: Jenseits von Dualismen. Therapeutische Wohngemeinschaften für drogenabhängige Frauen, Männer und deren Kinder. Frankfurt a.M.: Eigenpublikation.
- Veneto Scheib, V.** (2001). Italienisch-deutsche und andere bikulturelle Familien im Vergleich mit monokulturellen, italienischen Familien. IZA Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, 3-4, 72-77.

- Weber, S.** (2000, November). Erfahrungen in der Arbeit mit Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion in der Evangelischen Beratungsstelle „Help-Center“ im Hunsrück. Vorgestellter Beitrag bei der Fachtagung „Arbeit mit Aussiedlern und Aussiedlerinnen“ im Fachbereich Drogenhilfe des vae am 29.11.2000.
- Yüksel, T.** (1999). Der kulturelle Aspekt in der Drogenhilfe – Türkisch-islamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem. In R. Salman (Hrsg.), Handbuch interkulturelle Suchttherapie: Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie (S. 30-45). Giessen: Psychosozial-Verlag.