

Migration und Sucht

Professor Jutta Lindert

Hochschule Emden /Leer, Deutschland

Brandeis Universität, USA

Überblick

- Substanzgebrauch
- Migration/Flucht und Sucht
- Herausforderungen
- Handlungsmöglichkeiten
- Zusammenfassung und Ausblick

Substanzgebrauch

Substanzen

Substanzen sind Medikamente, Alkohol oder illegal Drogen (zum Beispiel Cannabis, Kokain, Opiate, Ecstasy, Amphetamines, und Hallucinogene), Steroide, oder Inhalantien.

Substanzgebrauchsstörung (DSM-5)

Schwer
6+ Kriterien

Moderat
4-5 Kriterien

Mild
2-3 Kriterien



1. Eingeschränkte Kontrolle

(Craving, hoher Zeitaufwand für die Beschaffung)

2. Soziale Beeinträchtigung

(Aufgabe anderer Aktivitäten)

3. Riskanter Konsum

(Fortgesetzter Gebrauch trotz der Kenntnis körperlicher /psychischer Probleme)

4. Pharmakologische Kriterien

(Toleranzentwicklung, Entzugssymptome)

Substanzgebrauchsstörung (DSM-5)

Psychische Abhängigkeit

Physische Abhängigkeit

Konsequenz des Absenkens der diagnostischen Schwelle

- Menschen mit problematischem Konsum finden leichter Zugang zum Hilfesystem.
- Grenzen zwischen dem Auftreten sozialer Probleme im Umgang mit Substanzen wie Alkohol und einer eigentlichen Abhängigkeit werden vermischt.

Neue Kategorie in der DSM-5: Glücksspiel

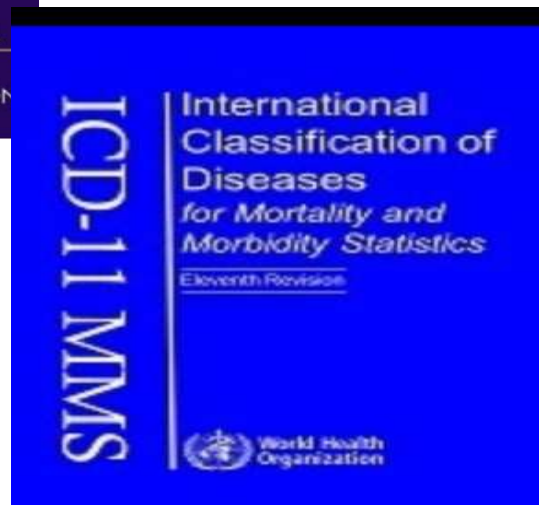
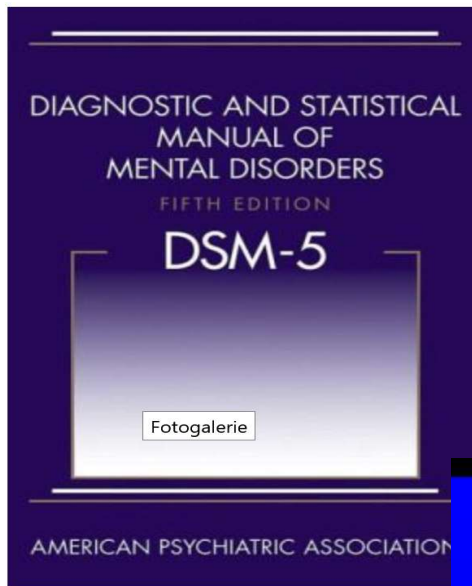
„Gestörtes Spielen“ früher
„pathologisches Spielen“

9 Diagnosekriterien

Mindestens fünf Kriterien während der letzten 12 Monate

- *Starke Eingenommenheit*
- *Steigerung der Einsätze*
- *Wiederholte Versuche, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken, aufzugeben*
- *Unruhe und Gereiztheit beim Versuch das Spielen einzuschränken*
- *Spielen als Flucht vor Problemen*

(Reilly 2013)

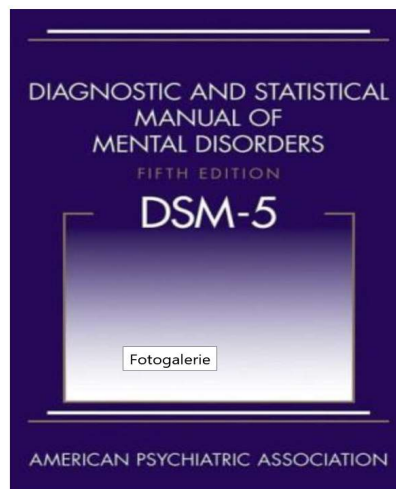


“Addiction is a primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social, and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviors.”

Substanzkonsumstörung

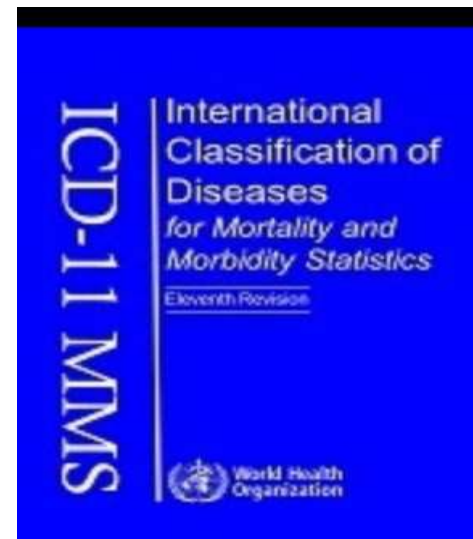
DSM-5

Dimensionale Erfassung



ICD-11, WHO 2019

Dichotomie Abhängigkeit vs. schädlicher Gebrauch



Epidemiologie - Substanzen

Substanzen - Epidemiologie

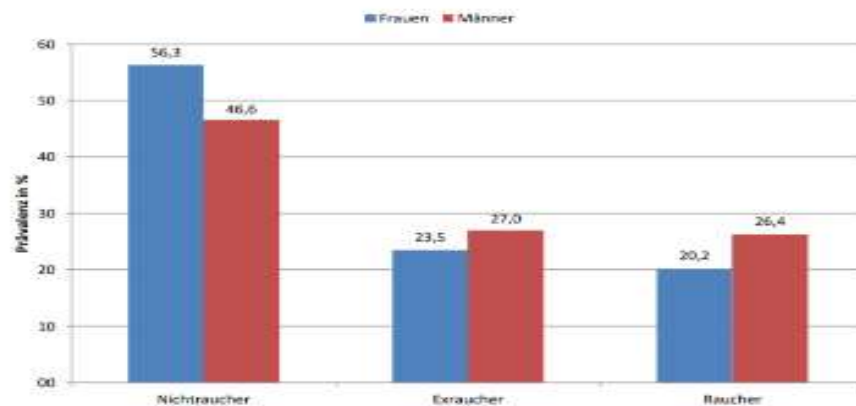
- Tabak
- Alkohol
- Cannabis
- Illegale Substanzen außer Cannabis

Rauchen in Deutschland

Epidemiologischer Suchtsurvey 2018

Tabak: Raucher, Exraucher, Nichtraucher

IFT
Institut für
Therapieforschung
München

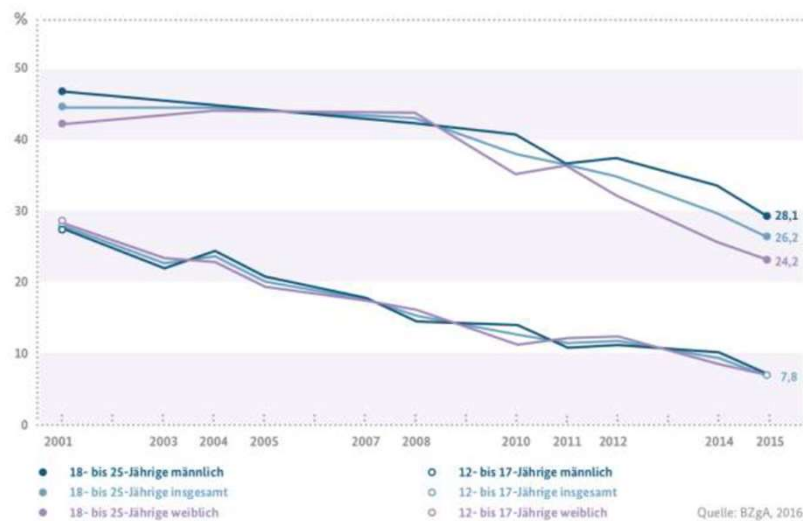


Nichtraucher: insgesamt höchstens 100 Zigaretten geraucht
Exraucher: mehr als 100 Zigaretten geraucht, nicht in den letzten 30 Tagen
Raucher: in den letzten 30 Tagen geraucht

Rauchen im Jahr 2019

- 7,2% der 12 – 17-jährigen
- Mehr junge Männer als Frauen
- Weniger verbreitet unter Jugendlichen, die das Gymnasium besuchen

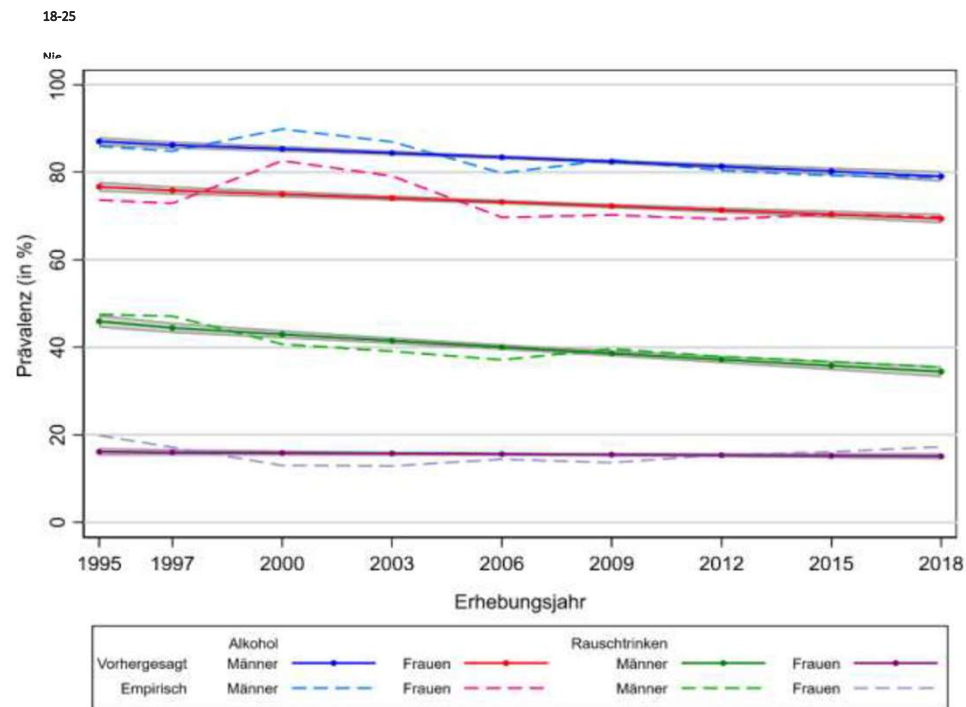
Verbreitung des Rauchens in Deutschland, 2001 - 2015



Alkohol

- häufigste Substanz weltweit
- pro Kopf Verbrauch an Alkohol ist seit 40 Jahren kontinuierlich zurückgegangen
- höherer Sozialstatus bei Frauen

Alkoholkonsum in Deutschland

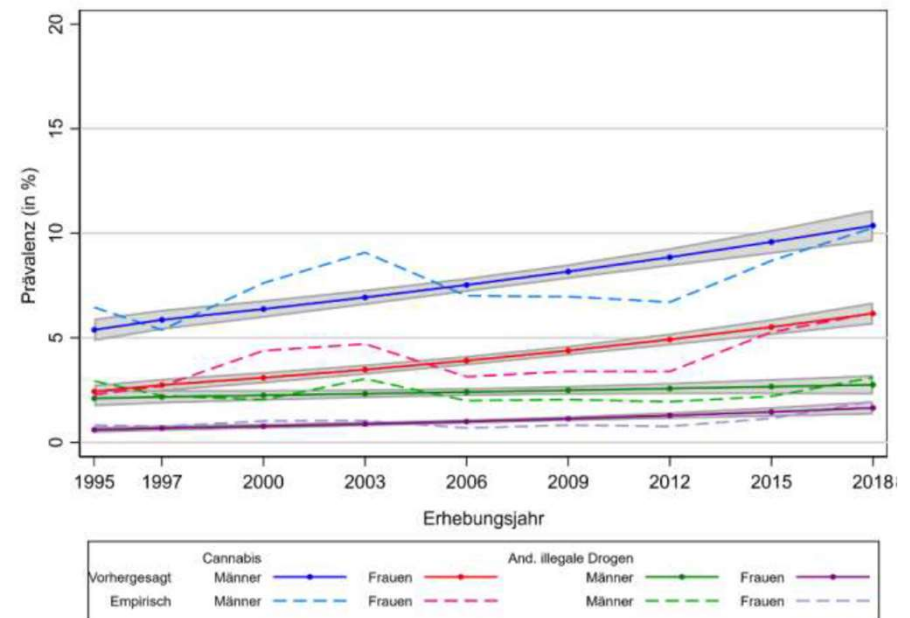


Türkei/Asien

42.0

26.7

Marijuana / Cannabis



Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 1995 bis 2018

Illegale Substanzen ausser Cannabis

Amphetamine

Seit 1989: 8% - 13%

Metamphetamine

Lebenszeitprävalenz

Ecstasy

LSD

Aktuell dieselben Werte wie 1989

Heroin

Kokain/Crack

Pilze

Medikamente

Trend seit 1995: ansteigend

Grösserer Anstieg bei Frauen

Medikamente. Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Anregungsmittel, Appetitzügler

Anstieg des klinisch relevanten Konsums von 3,3 (2000) auf 4,5% (2015)

(Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) 1995 bis 2018)

Einflussfaktoren

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Männliches Geschlecht	Weibliches Geschlecht
Jüngeres Alter	Höheres Alter
Zivilstatus (ledig)	Zivilstatus (verheiratet, feste Beziehung)
Niedriger sozioökonomischer Status	Höherer sozioökonomischer Status
Geringe Bildung	Bildung
Erwerbslosigkeit	Arbeit
Abhängigkeit von Transferleistungen	Arbeit

Migration und Flucht

Migration

Keine allgemeingültige Definition wer ein „Migrant / Migrantin“ ist

Herkunftsland

- potentielle Expositionen: Armut, Gewalt, Konflikte

Migration

- potentielle Expositionen: Gewalt, Ausbeutung

Aufnahmeland

- potentielle Expositionen: Arbeitslosigkeit, Wohnverhältnisse, Sprache, Diskriminierung, Zugangsschwierigkeiten zum Versorgungssystem

Arbeitsmigranten / Arbeitsmigrantinnen

Studierende

Geflüchtete

Unbegleitet Minderjährige

Aussiedler

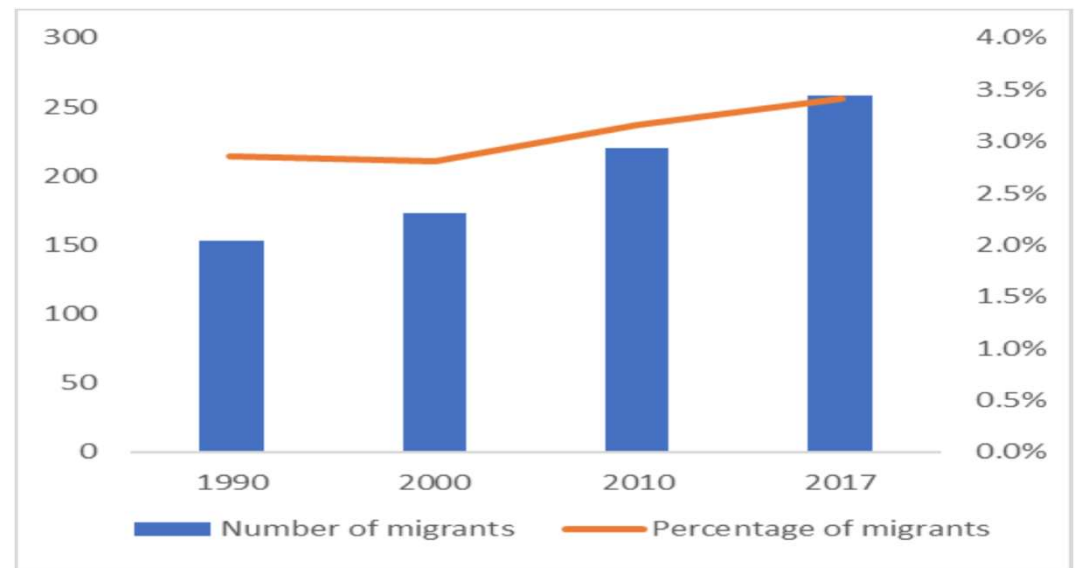
Menschen ohne Papiere

Definition

„Migrant ist jede Person, die mindestens ein Jahr außerhalb des Landes lebt in dem sie /er geboren wurde“

Ursachen

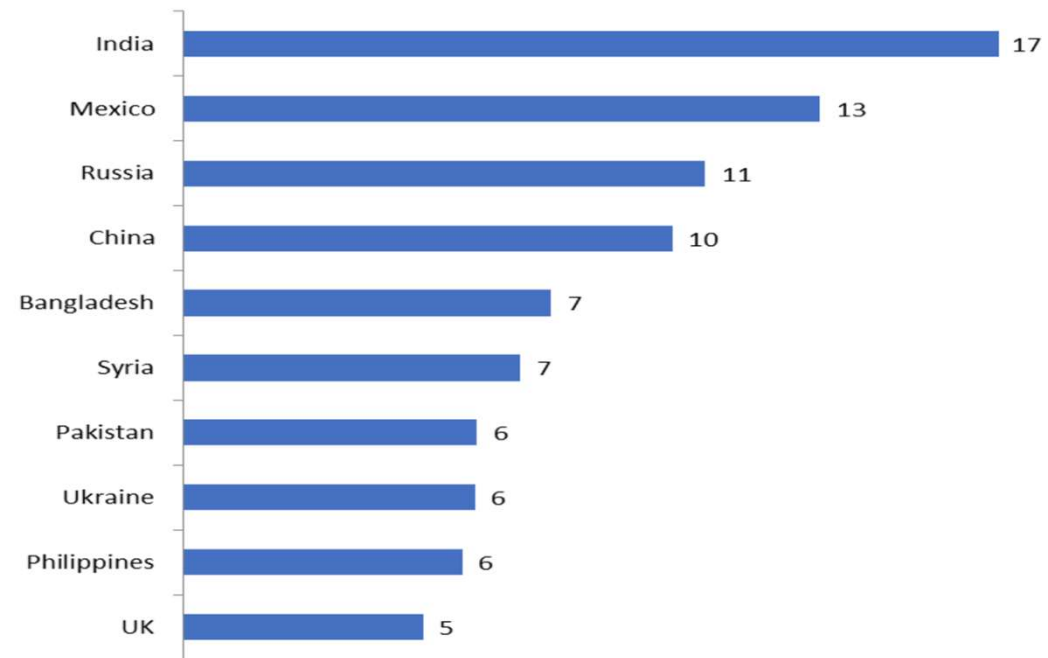
- Studium
- Arbeit
- Familie
- Suche nach persönliche Freiheit
- Sicherheit vor Verfolgung



(United Nations Population Division 2017)

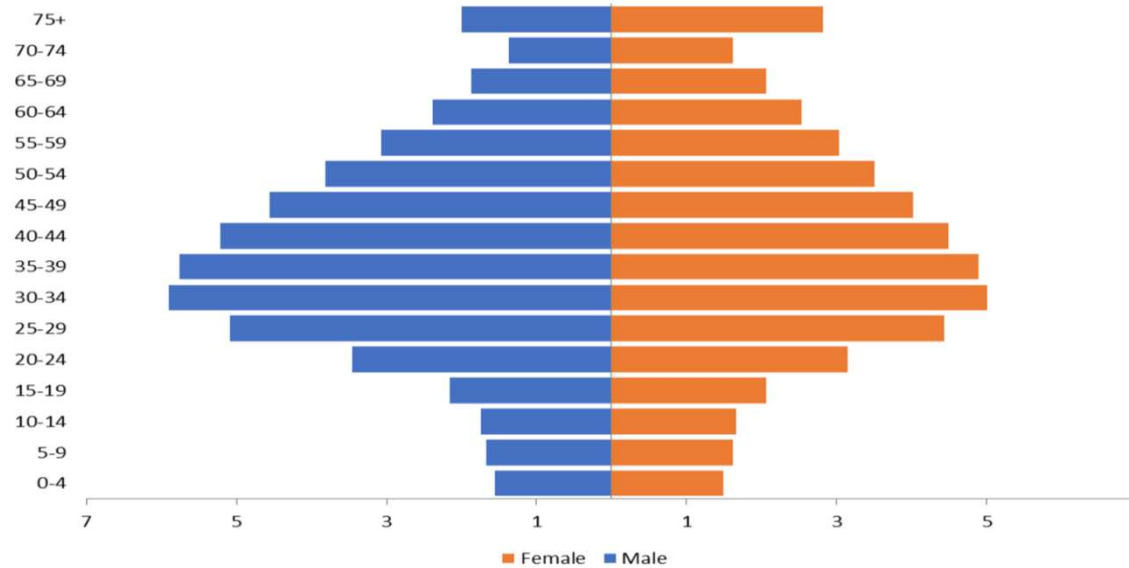
Hauptherkunftsländer, 2019

Indien
Mexiko
Russland
China
Bangladesch
Syrien
Pakistan
Ukraine
Philippinen



(United Nations Population Division 2019)

Alter und Geschlecht der Migranten und Migrantinnen, weltweit



(United Nations Population Division 2017)

Geflüchtete/Flüchtlinge

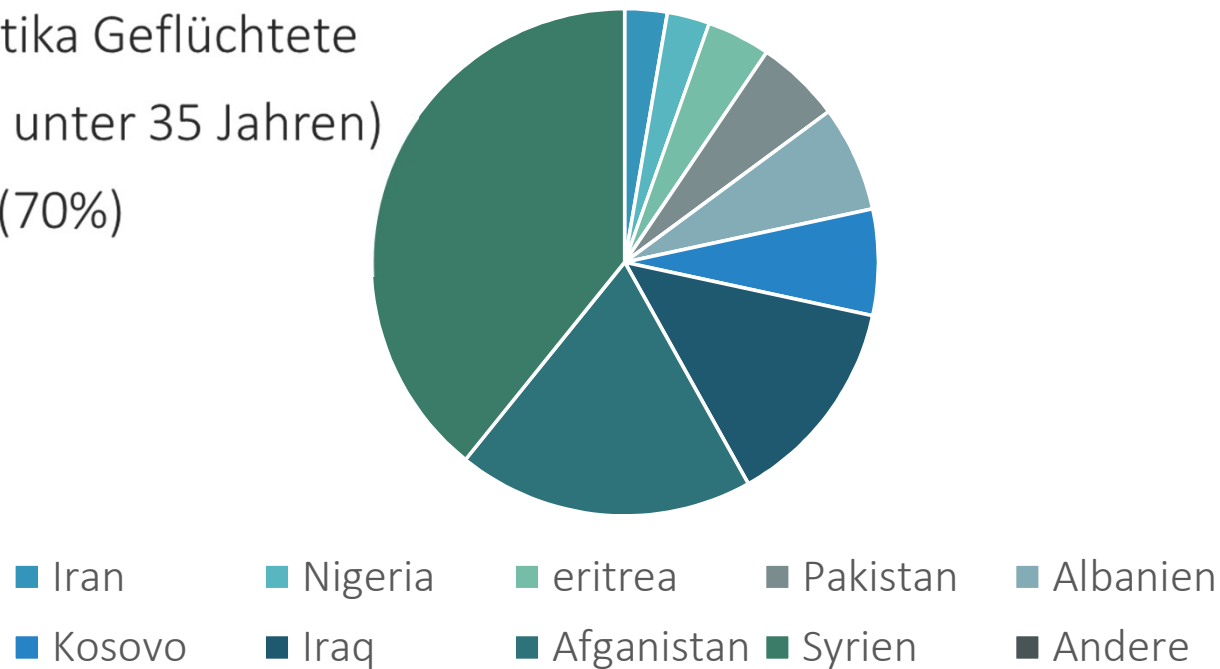
2019: ca. 10% der internationalen Migranten / Migrantinnen waren Flüchtlinge
„begründete Furcht vor Verfolgung“ (United Nations, 1951)

Hauptherkunftsländer, Geflüchtete

Charakteristika Geflüchtete

- jung (80% unter 35 Jahren)

- männlich (70%)



Eurostat, 2017

Migration/Flucht und Sucht

Ist Migration ein Risiko- oder ein Schutzfaktor?

?

Ist Flucht ein Risiko- oder ein Schutzfaktor?



Migration und Sucht

Alter

Gender

Sexuelle Orientierung

Wohnort

Kenntnis von psychischen
Störungen

Migration/Flucht und Sucht

Kultur

Ethnizität

Konsummuster des
Herkunftslandes

Stressereignisse (physische,
kulturelle, psychosoziale)

Konsummotive

Diskriminierung

Was wissen wir? (Tabak)

Nutzung von Substanzen in den Herkunftsländern

Männer mit türkischer Herkunft rauchen mehr als Männer ohne Migrationshintergrund in Deutschland

18-25	Nie	Täglich
Männlich	37.1	17.6
Weiblich	44.3	9.9
Hochschul-reife	41.6	7.5
Andere	42.6	27.2
Kein M.	41.4	12.6
Türkei/Asien	42.0	26.7

(BZGA 2020)

Was wissen wir? (Alkohol)

Nutzung von Substanzen in den
Herkunftsländern

18-25	Regelmässig	Riskant
Männlich	41,9	19,0
Weiblich	21,8	14,4
Hochschulreife	33,9	16,4
Andere	30,7	19,9
Kein M.	33,8	17,7
Osteuropa	29,5	14,6
Türkei/Asien	23,0	13,1

(BZGA 2020)

Was wissen wir? (Cannabis)

Nutzung von Substanzen in den
Herkunftsländern

18-25	Irgendwann	Risregelmässig
Männlich	52.7	12.3
Weiblich	39.4	3.3
Hochschulreife	48.1	7.6
Andere	43.7	7.5
Kein M.	44.7	6.9
Osteuropa	54.9	6.9
Türkei/Asien	47.2	7.7

(BZGA 2020)



Flucht und Sucht

Migration/Flucht und Sucht

Was wissen wir?

Systematische Reviews (Weaver, Roberts 2010; Horyniak)

- Zusammenstellung von Wissen aus Primärstudien
- Übersicht über Motive

Aber

- Perioden – und Kohorteneffekte
- Ursachen für Migration sehr unterschiedlich
- Kulturen der Herkunftsländer sehr unterschiedlich
- Kulturen in Herkunftsländern sind vielfältig

Traumatische Ereignisse und Substanzgebrauch

Breslau N. et al. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. Arch Gen Psychiatry 2003; 6: 289-94.

Kozaric-Kozaric D. et al. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. 2000

Roberts B. et al. Alkohol disorder amongst forcibly displaced persons in northern Uganda. 2011

Roberts B. et al. Individual and community level risk factors for alcohol use disorder among conflict-affected persons in Georgia. 2014

Was wissen wir? (Alkohol)

Nutzung von Substanzen in den Herkunftsländern

- ca. 35% riskanter Konsum bei Flüchtlingen aus Burma
- in Lagern in Uganda hatten 32% der Männer / 4% der Frauen eine Substanzkonsumstörung
- 56% Studierende aus Serbien in Kosovo
- Aussiedler/Spätaussiedler in Deutschland

(Westermeyer 1996, Dupont 2005, Lindert 2008)

Was wissen wir? (Opium)

Opiumanbau und Konsum in manchen Ländern lange bekannt (China, Afghanistan, Iran)

„Die Drogenabhängigkeit fordert mehr Leben in unserem Land als die bewaffneten Konflikte und der Krieg. Die Drogenabhängigkeit ist ein stiller Tsunami, ein unerklärter Krieg gegen unsere Bevölkerung. Dieser Krieg ist gefährlicher als der echte, weil dabei unsere Kinder sterben.“
(Salamat Azimi, afghanische Ministerin)

Einflussfaktoren

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Zivilstatus	Religion
Herkunftsregion: „Alkoholkultur“, „Opiumkultur“, „Khatkultur“	Familienzusammenhalt
Langeweile	Sprachkenntnisse
Schwierige Umwelt	Arbeit
Armut	Entwicklungsmöglichkeiten
Traumatische Erlebnisse	Zugang zu psychosozialen Diensten
Unkenntnis über psychosoziale Dienste	
Komorbidität	

Was wissen wir? Motive

Flucht, traumatische Ereignisse

Verfügbarkeit von Substanzen in Flüchtlingsunterkünften

Einsamkeit

Langeweile

Substanzkonsum als soziale Erfahrung

Wunsch „dazuzugehören“

Aktives Coping

Vergessen

Wenig Wissen über Substanzen

(Horyniak 2016, Lindert 2020)

Was wissen wir?

- Annahmen wann Hilfe gesucht werden sollte ist oft unterschiedlich
- Normen des Herkunftslandes spielen große Rolle
- Zeitlicher Verlauf des Migrationsprozesses (Vor der Migration, während der Migration, Ankunft, Rückkehr)
- sehr unterschiedliche Konsummuster
- Bewältigungsmechanismus

Herausforderungen

Hilfesuchverhalten außerhalb des psychosozialen Systems

- Familie
- Allgemeinärzte
- Internet
- Religion

Barrieren

Wenig Wissen

Sprache / Verstehen

Diskriminierung

Misstrauen

Kosten

Wartezeiten

Vereinbarkeit mit Arbeit / Alltag

Erwartungen

Stigmatisierung

Handlungsmög-
lichkeiten

Multikomponenten Community – basierte Interventionen

Author/Organisation	Land/Setting	Population	Intervention	Evidenz	Implementierungsfaktoren
Lai 2014	Thailand	Flüchtlinge	Drogen/Alkohol Reha (Entgiftung, Beratung, Bildung, Integration, Hausbesuche, anonyme Treffen)	63 % Heilungsrate	-
UNODOC, 2004	Afganistan Pakistan	Flüchtlinge (weiblich)	Kapazitätsbildung, community basierte Reha, Einkommen, Bildung	-	Vertrauen, Alphabetisierung, Stigma, Armut, Bedeutung der Involvierung von Frauen

Multikomponenten Community – basierte Interventionen

Autor	Land	Zielgruppe	Interventionen	Evidenz
Courser, 2013	Afghanistan	Männer, Frauen, Kinder	Community Aktivitäten, Entgiftungsmassnahmen	Gute Annahme
Parry, 2017	Süd-Afrika	Alle	Adoptiertes Programm zur Reduzierung von HIV	Nicht alle wurden erreicht
Colombo Plan 2013	Liberia	Alle	Community basiertes Programm (Bildung, Kampagnen), Beratung	-



Handlungsmöglichkeiten

Community Interventionen

Handlungsmöglichkeiten

Screening für Substanzgebrauch / Substanzmissbrauch

Screening für psychische Störungen

Screening für körperliche Krankheiten

Entwicklung eines integrierten Interventionsplanes

Screening

Schnelle Erfassung von Substanzgebrauch

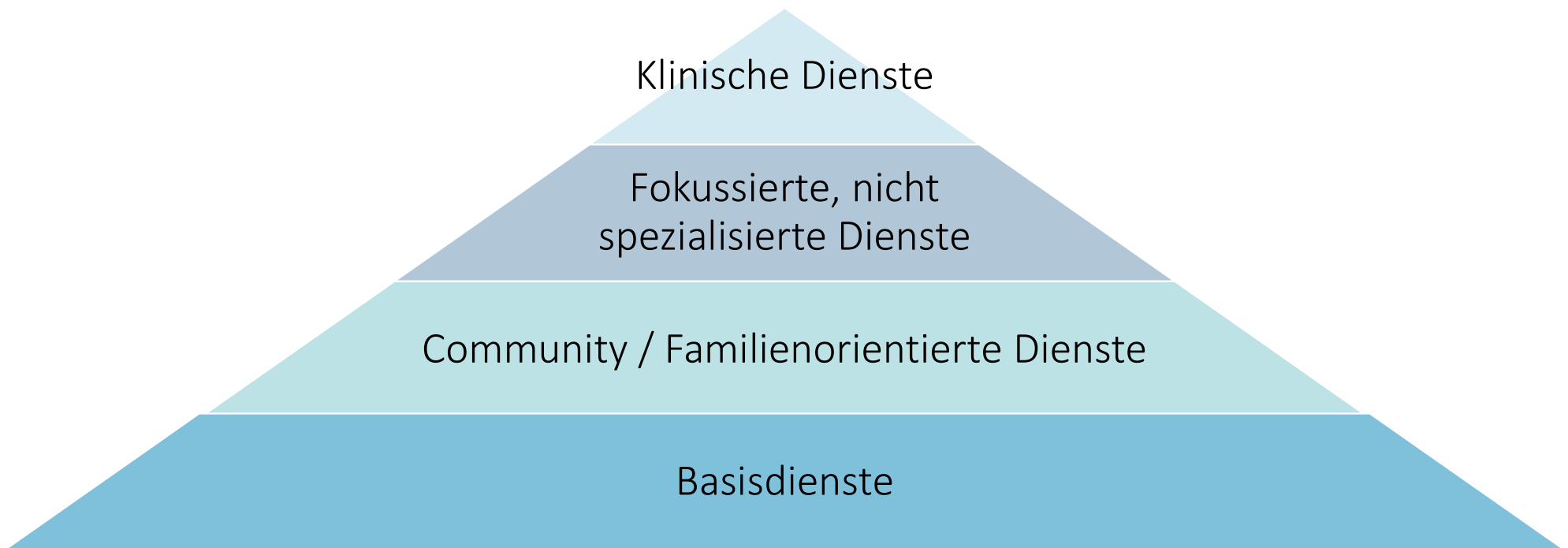
- Alkohol
- illegale Substanzen
- Medikamente

Screening

Fragen:

- Alkohol
- Medikamente
- Illegale Substanzen
- Symptome von Depression (PHQ-9, PHQ-2)

Interventionspyramide



(WHO 2007)

Migrationangepasste Interventionen

Gruppenbasierte Interventionen

Familienbasierte Interventionen

Ambulante Interventionen

Kurzfristige stationäre Aufenthalte

Langfristige stationäre Aufenthalte

Zusammenfassung

Bisher wenig verlässliche Informationen zum Zusammenhang zwischen Migration, Flucht und Sucht

Studien aus nicht industrialisierten Ländern geben einige Hinweise

Community basierte Interventionen sind vielversprechend

Ausblick

Beispiele aus Interventionen bei nicht – industrialisierten Ländern

Standardisierte Erfassung notwendig

Relevante Outcomes sollten erfasst werden

Weiteres Wissen insbesondere zu anderen Substanzen als Alkohol notwendig

Training von Gesundheitspersonal

Notwendigkeit zwischen Interventionen für „leichte“ und für „schwere“ Fälle zu unterscheiden

Versorgungsherausforderungen in Deutschland

Robuste Daten zur Verfügung stellen

Barrieren (Sprache, Kultur) überwinden

Bereitschaft Mitarbeitender stärken

Wissen Mitarbeitende unterstützen

Integration in Regeldienste

Diversity sensitive Dienste fördern

Bei Fragen
Jutta.Lindert@hs-emden-leer.de

Ressourcen

Center for Substance Abuse Treatment. (2010). *Substance abuse specialists in child welfare agencies and dependency courts considerations for program designers and evaluators*. HHS Pub. No. (SMA) 10-4557 Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://ncsacw.samhsa.gov/files/SubstanceAbuseSpecialists.pdf>

Center for Substance Abuse Treatment. (2015) *Substance abuse treatment and family therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. HHS Publication No. (SMA) 15-4219. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-39-Substance-Abuse-Treatment-and-Family-Therapy/SMA15-4219>

Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 194–205. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3725219/>

National Indian Child Welfare Association. (2015). Setting the record straight: The Indian Child Welfare Act fact sheet. <https://www.nicwa.org/wp-content/uploads/2017/04/Setting-the-Record-Straight-ICWA-Fact-Sheet.pdf>

National Institute on Drug Abuse. (2018). Commonly abused drugs charts. Bethesda, MD: National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs-charts>

National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed.)*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>

Ressourcen

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51. HHS Publication No. (SMA) 13-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-51-Substance-Abuse-Treatment-Addressing-the-Specific-Needs-of-Women/SMA15-442>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *A collaborative approach to the treatment of pregnant women with opioid use disorders: Practice and policy considerations for child welfare: Collaborating medical, and service providers*. HHS Publication No. (SMA) 16-4978. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://ncsacw.samhsa.gov/files/Collaborative_Approach_508.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *Finding quality treatment for substance use disorders*. <https://store.samhsa.gov/product/Finding-Quality-Treatment-for-Substance-Use-Disorders/PEP18-TREATMENT-LOC>

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. National culturally and linguistically appropriate services standards. <https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/standards>