

**Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Zentrums für Psychosoziale Medizin
des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf
Direktor Prof. Dr. D. Naber**

Opiatabhängigkeit

**- unter besonderer Berücksichtigung
der familiären Situation**

**Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin**

**dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von**

**Nicole Meyer
aus Vechta
Hamburg 2006**

(Rückseite)

**Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am:**

29.08.2006

**Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg**

Prüfungsausschuss, die/der Vorsitzende/r:

PD Dr. Ch. Haasen

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in:

Prof. Dr. D. Naber

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in:

Prof. Dr. A. Trojan

Inhaltsverzeichnis

1. <u>Einleitung und Problemstellung</u>	S.6
1.1 Drogenfreie Gesellschaft – eine Utopie?	S.6
1.2 Ein Modell – das Bermudadreieck	S.8
1.3 Zielsetzung der Arbeit	S.9
1.4 Kurzer Überblick über die Arbeit	S.10
2. <u>Stand der Literatur</u>	S.11
2.1 Die Droge	S.11
2.1.1 Der Begriff „Droge“ und andere sinnverwandte Begriffe	S.11
2.1.2 Der Begriff „Drogenabhängigkeit“ und damit verbundene Begrifflichkeiten	S.13
2.1.3 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Abhängigkeit in Bezugnahme auf die Wirkweise von Opiaten	S.16
2.1.4 Opium und Opiate – geschichtlicher Verlauf und aktueller Stand	S.19
2.1.5. Sucht im medizinischen Kontext	S.23
2.1.5.1 Der Drogenabhängige als Patient	S.24
2.1.5.2 Schmerztherapie contra Betäubungsmittelgesetz	S.25
2.2 Die Herkunftsfamilie	S.26
2.2.1 Der Begriff „Familie“ – Modelle und gesellschaftliche Entwicklung	S.26
2.2.2 Der Einfluß der Familie auf die Drogenabhängigkeit	S.29
2.2.2.1 Soziale Herkunft - Broken Home	S.30
2.2.2.2 Emotionale Situation innerhalb der Herkunftsfamilie	S.35
2.2.2.3 Drogenkonsum – Vorbildfunktion der Eltern	S.39
2.2.2.4 Belastungen in der Vorgeschichte	S.41
2.2.2.5 Adoleszenzkrise – Vermittlung von Ressourcen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben	S.42
2.2.2.6 Elterliche Dysfunktionalität als Reaktion – Co-Abhängigkeit als zirkulärer Prozeß	S.46
2.3 Aktuelle Familiensituation	S.49
2.3.1 Gegenwärtige Beziehungen zu den Eltern und Geschwistern	S.49
2.3.2 Aktuelle Partnerschaft	S.50
2.3.3 Auch Drogenabhängige haben Kinder	S.52

3. <u>Hypothesen</u>	S.56
3.1 Differenzierte Darstellung der Herkunftsfamilie	S.56
3.1.1 Broken Home - Laufbahnmerkmale	S.56
3.1.2 Emotionale Situation	S.56
3.1.3 Drogenkonsum - Vorbildfunktion der Eltern	S.57
3.1.4 Belastungen in der Vorgeschichte	S.57
3.1.5 Bewältigung der Adoleszenzkrise – Vermittlung von Ressourcen	S.57
3.2 Differenzierte Darstellung der aktuellen Familiensituation	S.58
3.2.1 Gegenwärtige Beziehung zu den Eltern u. Geschwistern	S.58
3.2.2 Aktuelle Partnerschaft	S.58
3.2.3 Auch Drogenabhängige haben Kinder	S.59
3.3 Zusammenhang zwischen familiärer Situation und Drogenabhängigkeit	S.59
4. <u>Methodik der Studie</u>	S.59
4.1 Ablauf und Instrumente der Erhebung	S.60
4.2 Auswertung der Daten	S.62
4.3 Beschreibung der Stichprobe	S.63
4.3.1 Der Drogenabhängige als Patient – medizinischer Kontext der Probanden	S.63
5. <u>Ergebnisse</u>	S.64
5.1 Differenzierte Darstellung der Herkunftsfamilie	S.64
5.1.1 Broken Home – Laufbahnmerkmale	S.64
5.1.2 Emotionale Situation	S.69
5.1.3 Drogenkonsum – Vorbildfunktion der Eltern	S.73
5.1.4 Belastungen in der Vorgeschichte	S.74
5.1.5 Bewältigung der Adoleszenzkrise – Vermittlung von Ressourcen	S.76
5.2 Differenzierte Darstellung der aktuellen Familiensituation	S.77
5.2.1 Beziehung zu den Eltern und Geschwistern	S.77
5.2.2 Aktuelle Partnerschaft	S.79
5.2.3 Auch Drogenabhängige haben Kinder	S.82

5.3	Zusammenhang zwischen familiärer Situation und Drogenabhängigkeit	S.83
5.3.1	Familiärer Belastungsindex und Herausbildung der Untergruppen	S.84
5.3.2	Vergleich der familiär unterschiedlich vorbelasteten Studienprobanden hinsichtlich ihrer Opiatabhängigkeit	S.88
5.3.2.1	Ergänzende Untersuchungen anhand einzelner Vergleichspunkte	S.91
5.3.2.1.1	Broken Home	S.91
5.3.2.1.2	Emotionale Situation	S.94
5.3.2.1.3	Drogenkonsum – Vorbildfunktion der Eltern	S.94
5.3.2.1.4	Belastungen in der Vorgeschichte	S.96
5.3.3	Verhältnis zwischen der Herkunftsfamilie und d. aktuellen Beziehungssituation – Vermittlung von Ressourcen	S.96
6.	<u>Diskussion</u>	S.98
6.1	Differenzierte Darstellung der Herkunftsfamilie	S.99
6.1.1	Broken Home – Laufbahnmerkmale	S.99
6.1.2	Emotionale Situation	S.102
6.1.3	Drogenkonsum – Vorbildfunktion der Eltern	S.105
6.1.4	Belastungen in der Vorgeschichte	S.107
6.1.5	Adoleszenzkrise – Vermittlung von Ressourcen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben	S.107
6.2	Die aktuelle Familiensituation	S.109
6.2.1	Die gegenwärtige Beziehung zur Herkunftsfamilie	S.109
6.2.2	Aktuelle Partnerschaft, Kinder	S.111
6.3	Zusammenhang: familiäre Situation und Drogenabhängigkeit	S.113
7.	<u>Zusammenfassung</u>	S.116
7.1.	Präventionsmöglichkeiten für Eltern und die Allgemeinheit	S.117
8.	<u>Literaturverzeichnis</u>	S.125
	Lebenslauf	S.130
	Eidesstattliche Versicherung	S.131

1. Einleitung und Problemstellung

„Aus ganz normalen Familien kommen ganz normale Drogenabhängige.“ Entspricht dieser Text eines Caritasplakates der Realität oder entstammt der/die „normale Drogenabhängige“ - wenn es ihn/sie überhaupt gibt - eher stigmatisierten Familienverhältnissen? Die Familie ist das für den Menschen zentrale System, das auf die Entwicklung von Einstellungen, Verhaltensmustern und Persönlichkeit den stärksten Einfluss nimmt: „Die wichtigsten Identifikationen, Werte und Zielvorstellungen des Menschen, seine soziale Anpassung oder Nichtanpassung verweisen auf das, was ihm in seiner Familie widerfährt.“ H. Stierlin (1980) Inwiefern beeinflusst sie die Drogenabhängigkeit eines ihrer Mitglieder oder wird von ihr beeinflusst? Diese Frage möchte ich zum zentralen Thema dieser Arbeit machen.

1.1 Drogenfreie Gesellschaft - eine Utopie?

Drogensucht
Habsucht
Eifersucht
Herrschaftsucht
Geltungssucht
Esssucht
Nikotinsucht
Vergnügungssucht

Sehnsucht

aus K. Allert-Wybranietz et al.(1980)

Der Genuss von berauschenden Stoffen ist nicht nur in der Geschichte der Menschheit, sondern auch innerhalb der Tierwelt ein seit Urzeiten bekanntes Phänomen:

So fressen in den Präriegenden Nordamerikas weidende Rinder, Pferde und Schafe manchmal das dort wachsende „Narrenkraut“, das auf sie eine erregende Wirkung hat und sie „betrunken“ macht. Elefanten in Afrika fressen regelmäßig vergorene Früchte. Sie werden dann aggressiv und sind desorientiert. Einige Katzen fressen die echte Katzenminze und spielen dann mit ihren Mäusehalluzinationen. In Asien fressen Wasserbüffel, aber auch andere Tiere Mohnkapseln deren erregende Wirkung sie wohl schätzen, ... B.G. Thamm (1990)

Drogen sind seit Jahrtausenden Bestandteil menschlicher Kultur. Sie haben vielfältige Funktionen im Zusammenleben der Menschen übernommen, haben als Rausch-, Genuss- oder Heilmittel gedient oder Verwendung bei religiösen und spirituellen Zeremonien gefunden. Dabei handelt es sich zumeist um seit Vorzeiten bekannte Stoffe. Auch in den heutzutage synthetisch hergestellten Stoffen sind diese altbekannten Verbindungen nur besser extrahiert, konzentriert oder neu kombiniert.

Von Poppy bis Kurare, von Koka aus den Anden bis zu indischem Hanf und sibirischem Agaric ist jede Pflanze, Busch, Pilz längst entdeckt worden, die - eingenommen - dazu fähig sind, zu betäuben, zu erregen oder Halluzinationen hervorzurufen. Zum Zweck der Selbsterhaltung kann jede essbare Frucht oder Blatt, jeder Samen, Wurzel, Nuss benutzt werden. Aber in einem anderen Zusammenhang, bei Selbstunzufriedenheit und dem Drang zum Übersinnlichen - ist alles in der Natur gut genug, was das individuelle Bewußtsein verändern kann. Möglicherweise wird durch die durch Drogen hervorgerufenen Veränderungen das Schlechte offenkundig, vielleicht um

den Preis aktueller Unbequemlichkeiten und späterer Abhängigkeit, Degeneration und vorzeitigem Tod. All das ist ohne Bedeutung, was zählt ist das Bewußtsein, nur für ein oder zwei Stunden, vielleicht auch nur für ein paar Minuten, jemand anderes - oder häufiger - etwas anderes zu sein als das isolierte Selbst. Huxley in D. Korczak (1986)

D. Korczak (1986) selbst schreibt dazu: „Es darf bei aller Betroffenheit und Schärfe, mit der die Diskussion um die verschiedenen Formen der Abhängigkeiten geführt wird, eben nicht vergessen werden, daß Menschen zu allen Zeiten und in allen Kulturen immer Sehnsucht nach einem besseren, zum Teil problemloseren Dasein verspürt haben und sich diesen Wunsch - zumindest partiell - im Rausch erfüllt haben.“ Wir leben heute in einer permissiven, drogenfreundlichen Gesellschaft. Unser Leben ist mitbestimmt von Abhängigkeiten, sie gehören zu den Ritualen des Alltags, sind kulturell geprägt und gesellschaftlich akzeptiert:

die Tasse Kaffee zum „munter werden“
der „fünf - Uhr - Tee“
das Glas Wein zum Essen
der Sekt zum Anstoßen, zum Gratulieren, zu Sylvester
das „kühle Blonde“ im Biergarten
der Schnaps als „elf - Uhr - Zug“, „Absacker“, „Seelentröster“
die Zigarette „danach“
die Tablette Aspirin oder Alka-Seltzer gegen den Kater
den „Aufputscher“, um durch die Prüfung zu kommen

Jede dieser Handlungen erfolgt nach Konventionen in einem gesellschaftlich festgesetzten Rahmen. Erst wenn sie aus diesem fallen und wir nicht mehr die Freiheit der Wahl haben, entgleitet uns die Kontrolle, unser Tun wird zwanghaft. Dann sind wir in Abhängigkeiten gefangen. Dabei kann der Gebrauch eines jeden Stoffes sowie jedes Verhalten süchtig entarten. Neben der gesellschaftlich ausgegrenzten Drogensucht kennen wir alle die „geduldeten Süchte“ wie Konsumzwang, Genuss-, Ess-, Erfolgs-, Spiel-, Arbeits-, Putz-, Erlebnis-, Ichsucht... . Es scheint, als ob es besonders schwierig geworden ist, den schmalen Pfad zwischen Genuss und Lebensfreude auf der einen und Missbrauch und Abhängigkeit auf der anderen Seite zu finden. „Der Mensch ist's - nicht die Droge, wir alle sind süchtig.“ D.W. von Goddenthrow (1988)

Menschliches Verlangen nach Grenzüberschreitung, Bewußtseinserweiterung, Ekstase und Verantwortungsflucht wächst in einem bisher kaum vermuteten Ausmaß. Dieses betrifft Jugendliche wie Erwachsene gleichermaßen. Haschisch, Heroin, Alkohol, Medikamente, Fernsehen, usw. helfen uns, die Wirklichkeit verschwinden zu lassen. Wir leben in einer versüchtigten Gesellschaft und generell gesehen ist „Sucht alles, was wir uns und anderen nicht eingestehen wollen.“ A.W. Schaef (1986)

Wenn man den „Suchtbegriff“ so weiträumig fasst, darf man die Konsumenten illegaler Drogen nicht mehr als Außenseiter unserer Gesellschaft betrachten, sondern muss den Konsum von Alkohol, Kaffee, Nikotin, allen denkbaren Substanzen und Verhaltensweisen sowie die Gesellschaft als Ganzes in seine Überlegungen zum Thema Sucht einbeziehen: „Zielgruppe dieser Einsicht ist die Bevölkerung als Ganzes. Kontrolle, Erziehung, Information, Behandlung und Rehabilitation wird nach wie vor notwendig sein, aber es wird darin das Element der Ausgliederung, Verdammung und Schuldzuweisung fehlen.“ D. Korczak (1986)

Der Rauschmittelkonsum ist an der Geschichte der Menschheit nicht nur allgegenwärtig, nein, er nimmt gerade in der Gegenwart noch ständig an Bedeutung zu. Wie sollen wir damit umgehen? Ist es möglich, den Drogengebrauch dahingehend zu strukturieren, „daß man die wohltuende Wirkung der Droge genießen und ihre potentiellen Gefahren vermeiden kann“ S. Scheerer/l. Vogt (1989) - oder ist immer noch die abstinente Gesellschaft das einzig mögliche Ziel? D. Korczak (1986) behauptet, „einer ganzen Gesellschaft Entsagung statt Mäßigung zu predigen, ist jedoch nur eine andere Form von Abhängigkeit“ und G. Amendt (1992) führt aus: „Das Drogenproblem ist nicht lösbar - es ist nur zu entschärfen.“ „Die einzige Lösung des Drogenproblems besteht darin, sich von der Illusion einer drogenfreien Gesellschaft zu verabschieden.“ G. Amendt (2004)

Wir leben in einer ständig die Ansprüche steigernden Konsumgesellschaft, aus der der Gebrauch psychotroper Substanzen nicht mehr wegzudenken ist. „Wenn der Jugendliche, der sich in dieser Gesellschaft nicht mehr zurechtfindet, dann genau das macht, was ihm Werbung und die Konsumgesellschaft beigebracht haben, wenn er dann wirklich einnimmt, inhaliert, sticht, dann wird er zum Alkoholiker, zum Raucher und Hascher, zum Fixer.“ H.A. Pestalozzi (1979)

Trotz Drogenächtung und Verboten, Verfolgungen und Bestrafungen über Jahrhunderte in aller Herren Länder konnte die massenhafte Verbreitung alter und neuer Drogen weder verhindert noch wesentlich eingeschränkt werden. Alle Maßnahmen, die darauf zielten, das gesellschaftliche Problem der Drogenabhängigkeit zu lösen, haben nicht die erhoffte Wirkung gezeigt. Selbst vereinte Versuche und Anstrengungen - beispielsweise hat die UNO das Jahr 1988 offiziell zum Jahr des Kampfes gegen illegale Drogen proklamiert - konnten bis heute nicht verhindern, dass der Konsum stimulierender Stoffe aus dem alltäglichen Leben nicht mehr fortzudenken ist. Ich denke, eine drogenfreie Gesellschaft war, ist und wird wohl eine Utopie bleiben!

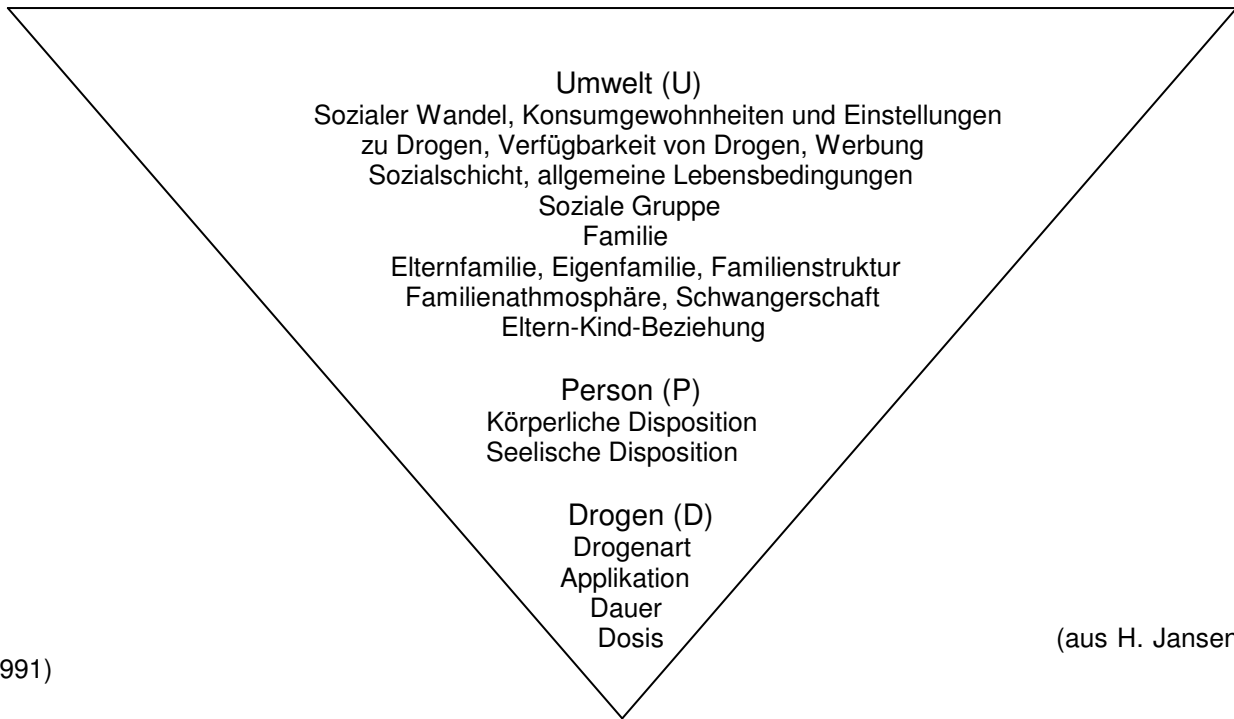
Wie wir heute wissen, kann prinzipiell jede Droge missbraucht werden. Es ist häufig der Umgang mit der Droge, der zum Problem der Sucht führt. Wir müssen gerade in unserer Konsumgesellschaft lernen, persönlich und sozial verantwortlich mit Drogen umzugehen. B.G. Thamm (1990) ist ebenfalls dieser Meinung: „Eine Konsumerziehung wäre vielleicht die Lösung für ein Problem, für das es keine Nulllösung gibt.“

Mit dieser Erziehung zu einem drogenarmen Leben kann nicht früh genug begonnen werden, wobei wir zum Abschluss dieser einleitenden Worte wieder bei der Bedeutung der Eltern und Familie angelangt wären. Sie haben in unserer Gesellschaft viele nicht zu kontrollierende „Miterzieher“, aber der Grundstein zu einem verantwortlichen Umgang mit Suchtstoffen/ -verhalten sollte möglichst früh in der Herkunftsfamilie gelegt werden.

1.2 Ein Modell - das Bermudadreieck

„Süchtigem Verhalten liegt ein diffuses Ursachenbündel zugrunde, es handelt sich um ein multifaktorielles Bedingungsgefüge, das aus einem komplexen Wechselspiel zwischen Persönlichkeit, Droge und Umwelt resultiert.“ H. Schwelm (1994) Dieser sich immer wieder rückkoppelnde, lebendige, systemische Prozess, der „wie in einem chaotischen System auf kleinste Impulse reagiert, und in dem der berühmte

Flügel Schlag eines Schmetterlings über „Sucht“ oder „nicht Sucht“ entscheiden kann“ H. Schwehm (1994), lässt sich z.B. durch das bekannte „Bermudadreieck“ darstellen:



1991)

(aus H. Jansen

H. Schwehm (1994) geht davon aus, dass nicht die Droge das Problem darstellt, sondern die Menschen, „die keine Chance hatten, sinnvolle Grenzen kennen und achten zu lernen im Umgang mit Körper, Seele und Geist, im Umgang mit Konsum und Genuß, im Erleben von Ekstase und Transzendenz, oder die das Gefühl für die Grenzen ihrer menschlichen Existenz, insbesondere für den Tod verloren haben.“ Die Verfassung des einzelnen Süchtigen spiegelt dabei die Verfassung der Gesellschaft wieder: die Menschen sind der ständigen Reizüberflutung nicht mehr gewachsen, können geistig nicht mit der technologischen Entwicklung Schritt halten: „Informations-, Zeit-, Konsum-, Verkehrs-, Öko-, Herz- oder Suchtinfarkt“ - diese „Infarktgesellschaft“ ist entstanden durch Beziehungsstörungen zu wichtigen Bezugspersonen, zu uns selbst, zu unserem Körper und zur Umwelt.

1.3 Zielsetzung der Arbeit

In meiner Arbeit möchte ich mich nun eingehend mit dem Teilbereich Familie („Dreiecksspitze“ Umwelt) auseinandersetzen, denn durch das „Dreiecksmodell“ allein ist noch nicht geklärt, inwiefern sich welcher einzelne Faktor in welchem Maße anteilig auf den jeweils individuellen Verlauf einer Drogenkarriere auswirkt. Sowohl die Herkunftsfamilie, als auch die gegenwärtige familiäre Situation und die eventuell selbst gegründete Eigenfamilie der Opiatabhängigen werden dabei die zentralen Themen sein. Wie schon in 1.1 Drogenfreie Gesellschaft - eine Utopie? geschehen, möchte ich mich gegen die gesellschaftliche Brandmarkung der Konsumenten illegaler Drogen aussprechen und im Nebensatz auf die - aktuell vielfach in den Medien diskutierte Frage - nach Liberalisierung des Drogenmarktes und der Freigabe von Heroin

eingehen. Ich hoffe, eine detaillierte Darstellung der Herkunftsfamilien von opiatabhängigen Jugendlichen liefern und ableitbare Zusammenhänge zwischen der familiären Problematik und dem Drogenmissbrauch aufzeigen zu können.

Meiner Meinung nach hat der in der Literatur vielfach bearbeitete Themenkomplex Sucht und Familie mindestens zwei Grundprinzipien: jugendlicher Drogenabusus kann sich aus der familiären Situation heraus entwickeln, aber er kann genauso auch elterliche Dysfunktionalität bzw. familiäre Problematik zur Folge haben. Diesen sich gegenseitig bedingenden Prozess beabsichtige ich darzustellen, um Voraussetzungen zu finden, durch die er sich unterbrechen bzw. gar nicht erst entstehen lässt. „Mehr als in anderen Lebensbereichen ist hier [...] in der Familie [...] das Tun des einen bestimmt durch das Tun des anderen, und mehr als irgendwo sonst, meinen wir, ergeben sich daraus Möglichkeiten für die Therapie und Verhütung seelischer Störungen.“ H. Stierlin (1980) Schuldzuweisungen an die Eltern sind hierbei fehl am Platz, vielmehr sollten eventuell vorhandene familiäre Defizite in der Entwicklung des heranwachsenden Kindes in einer zusätzlichen, die Opiatabusustherapie flankierend unterstützenden Familientherapie aufgearbeitet werden.

Wir finden in der Analyse der Biographien Drogenabhängiger Grundmuster von Beeinträchtigungen von Entwicklungsprozessen, von psychosozialen Wechselwirkungen, die Sucht zwar nicht determinieren, aber offensichtlich begünstigen. Daraus können wir plausibel ableiten, welche Formen von Entwicklungsförderung und von sozialen Netzen umgekehrt geeignet sind, Entwicklung positiv zu beeinflussen, Jugendlichen „invulnerability“ auch gegenüber Sucht zu vermitteln und welche Formen der Nachreifung nötig sind, damit Drogenabhängige Verletzungen oder auch einfach Fehlentwicklungen in ihrer Biographie so überwinden können, daß für sie ein selbstbestimmtes, aktives Leben in Drogenfreiheit möglich wird. S. Kindermann (1989)

Ich denke, dass es unmöglich ist, anhand der Herkunftsgeschichte eine zukünftige Suchtentwicklung zu prognostizieren. Unter ähnlichen oder gar gleichen Rahmenbedingungen wird die eine Person süchtig, während ihr Gegenüber möglicherweise gerade an diesen widrigen Umständen reift. Aber durch Darstellung prägnanter Merkmale der Herkunftsfamilien von opiatabhängigen Jugendlichen müssten sich im Umkehrschluss Richtlinien für eine möglichst präventive Erziehung finden lassen.

In einem Exkurs möchte ich kurz auf medizinischen Aspekte und Hintergründe der Opiatsucht eingehen, um so die Bedeutsamkeit der Beschäftigung mit dem in der medizinischen Standardausbildung bisher vernachlässigten Thema Sucht aufzuzeigen.

1.4 Kurzer Überblick über die Arbeit

Im nun folgenden zweiten Abschnitt dieser Dissertation werde ich einen Überblick des gegenwärtigen Forschungsstandes zum Thema Opiatabhängigkeit unter allgemeinen und speziell medizinischen Gesichtspunkten geben, wobei mein Hauptaugenmerk dem Themenkomplex Sucht und Familie gilt.

Anschließend werde ich im dritten Teil verschiedene Hypothesen bzw. Fragestellungen formulieren, die sich aus dem in Kapitel 2 skizzierten Literaturstand ergeben und die mich zum Verfassen dieser Arbeit animiert haben.

Der praktische Arbeitsanteil schlägt sich in der vierten Abteilung nieder. In diesem Methodikteil wird die Art und Weise der Untersuchung bzw. Erhebung sowie die

herangezogene Stichprobe von opiatabhängigen Probanden näher beschrieben. Außerdem werden die vorab formulierten Hypothesen anhand einer statistischen Auswertung unserer Daten überprüft.

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung werde ich im fünften Teil in Wort und Bild darstellen, unter Punkt 6 vor dem Hintergrund des in 2 dargestellten Forschungsstandes diskutieren, interpretieren und als Fazit unter Punkt 7 prägnant zusammenfassen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werde ich auf die beide Geschlechter gleichermaßen benennende Form der/die Drogenabhängige oder Doktorand/Doktorandin verzichten. Ich bitte dies zu entschuldigen und hoffe, dass sich dadurch niemand diskriminiert fühlt.

Die Daten, auf die ich zurückgreifen darf, sind nicht nur von mir, sondern über mehrere Jahre hinweg von einer ganzen Anzahl von Doktoranden zusammengetragen worden, die diesen Datensatz unter den verschiedensten Gesichtspunkten bearbeiten. Daher wird in dieser Arbeit immer von unseren Daten und nicht von meinen die Rede sein.

2. Stand der Literatur

In diesem Abschnitt werde ich Ausschnitte zum Themenkomplex Drogen und Drogenabhängigkeit allgemein, zu speziellen medizinischen Gesichtspunkten sowie zu Zusammenhängen mit der Herkunftsfamilie bzw. aktuellen Familiensituation darstellen, ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

2.1 Die Droge

2.1.1 Der Begriff „Droge“ und andere sinnverwandte Begriffe

Ursprünglich entstammt der Gattungsbegriff „Droge“ wahrscheinlich dem niederdeutschen Wortstamm „Droge“, was so viel bedeutet wie trocken, bzw. „drogefate“, was übersetzt für trockene Fässer, d.h. „Packfässer mit Trockenware steht, wobei „Droge“ irrtümlich als Warenbezeichnung des Inhalts begriffen wurde.“ S. Scherer/I. Vogt (1989) Über das niederländische „droog“ und französische „drogue“ gelangte der Begriff wieder ins Deutsche, wo er heutzutage für differenzierte Inhalte steht:

In der Pharmazie versteht man unter Drogen sowohl die pflanzlichen, seltener tierischen, mineralischen oder künstlichen Grundstoffe, aus denen Arzneimittel bestehen, als auch die Medikamente selber, die aus einem oder mehreren Rohstoffen zusammengesetzt sind. Hierbei wird die Bezeichnung „Drogen“ unabhängig von der psychoaktiven Wirkung, ohne juristische oder ethisch-moralische Wertbeimessung benutzt. So einfach eine wertneutrale Begriffsbeschreibung in der Pharmazie ist, umso komplizierter und komplexer stellt sie sich aus interkultureller Sicht dar.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO verfolgt das Ziel der Verallgemeinerung des Drogenbegriffes. Erste Veröffentlichungen beschreiben eine Droge 1969 als „jegliche Substanz, deren Einverleibung zur Reizung empfänglicher biologischer Substrate führt.“ H. Halbach (1975). Seit den achtziger Jahren plädiert man als vorläufigen Vorschlag für einen abgeschichteten, hierarchischen oder taxonomischen Drogenbegriff:

1. Grundsätzlich ist eine Droge jede chemische Einheit, beziehungsweise Mischung von Einheiten, deren Verabreichung biologische Funktionen oder Strukturen verändert, unter ausdrücklicher Ausklammerung der Einheiten, die zur Erhaltung des normalen Gesundheitszustandes erforderlich sind. (Punkt eins knüpft an die alte Definition von 1969 an, wird aber noch um zwei weitere Punkte ergänzt.)

2. Man unterscheidet zwei Anwendungsgebiete, nämlich den medizinischen und den nicht medizinischen Gebrauch von Drogen.

Als nichmedizinischer Gebrauch wird in diesem Zusammenhang beispielsweise der Konsum von Drogen zur Genußbefriedigung verstanden.

3. Das dritte Kriterium ist die Art und Weise der Wirkung. Auf dieser Ebene werden dann nur noch die psychoaktiv wirkenden Substanzen, ... d.h. die Stoffe, die auf das Zentralnervensystem wirken, als Drogen definiert. S. Scheerer/ I. Vogt (1989)

Diese weitgefasste, vorurteilsfreie Definition des Drogenbegriffs steht im Widerspruch zur umgangssprachlichen Verwendung. Ein Großteil der Bevölkerung bezeichnet nur die laut Betäubungsmittelgesetz verbotenen Stoffe als Drogen, die legalen, wie Alkohol, Tabak oder Nikotin hingegen als Genussmittel. Dieser alltägliche Umgang mit dem Begriff „Droge“ erschwert sowohl den internationalen als auch den historischen Vergleich, denn was in Deutschland heute legal ist, war vielleicht vor einigen Jahren oder ist wenige Breitengrade entfernt illegal, wie beispielsweise der Konsum von Alkohol in weitestgehend allen islamischen Ländern heute oder der Konsum von Tabak im alten Preußen.

Zu dieser gesellschaftlichen Begriffsdissoziation zwischen legalen Genussmitteln und illegalen Drogen kommt als entscheidendes Kriterium die damit verbundene moralische Bewertung hinzu.

Neben dem Begriff „Drogen“ existieren Begriffe wie „Betäubungsmittel“ oder „Rauschgift“ im öffentlichen Vokabular, deren Bedeutungsinhalte sich oftmals überschneiden. So versteht man unter Betäubungsmittel im pharmakologischen Sinne alle Narkotika und Anästhetika. Aus juristischer Sicht zählen zu den Betäubungsmitteln alle Stoffe und Zubereitungen, „die in den Anlagen I bis III zu §1 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vom 28. Juli 1981 (BGBl. I, 681) festgeschrieben sind“ S. Scheerer/I. Vogt (1989). Sie werden durch Verordnungen aktualisiert und sind nach Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit katalogisiert. Diese mehr als 150 aufgeführten Stoffe sind aber nur zu einem geringen Teil als Betäubungsmittel im pharmakologischen Sinn zu klassifizieren. Auch bei den sinnverwandten Begriffen „Rauschmittel“ oder „Rauschgift“ stellt sich bei näherem Hinsehen eine wissenschaftliche Unzweckmäßigkeit heraus, denn ob eine Substanz eine rauschartige oder giftige Wirkung hat, hängt weniger von der speziellen Substanz, sondern vielmehr mit der Dosierung und der Applikationsweise bzw. -häufigkeit zusammen. „Nicht jedes Ding ist giftig, die Dosis macht das Gift.“ frei nach Paracelsus

Ich werde mich im Folgenden auf den Begriff „Drogen“, verstanden als psychoaktiv wirkende Substanzen, deren Verabreichung körpereigene biologische Funktionen oder Strukturen verändert, beziehen. „Drogen in diesem Sinne sind alle Stoffe, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewußtsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen.“ S. Scheerer/I. Vogt (1989)

2.1.2 Der Begriff „Drogenabhängigkeit“ und damit verbundene Begrifflichkeiten

Der Konsum von Drogen erfolgt aus vielen Ambitionen heraus. Diese verschiedenen Motive lassen sich allesamt zwei Hauptmotivkomplexen, dem alltagstranszendierenden und dem alltagsakzessorischen, zuordnen.

Im ersten Hauptmotivkomplex besteht der oberste Wunsch darin, aus dem Alltag auszubrechen, in eine andere Wirklichkeit einzutauchen. Die Gesellschaft gibt dabei die geltenden Regeln für die Art und Weise des Übergangs und der Rückkehr in die Alltagswelt vor. Der Drogengebrauch ist hierbei neben oder zusammen mit z.B. Meditation, Askese, wochenlanger Isolierung (Anachoretismus), Musik, Tanz oder Hypnose, ... nur eines der Mittel und Wege, dem alltäglichen Leben zu entfliehen. Der Hauptverwendungszweck von Drogen liegt im alltagsakzessorischen Gebrauch. Der Konsum von Drogen soll dazu dienen, den Alltag erträglicher zu gestalten oder den Anforderungen des Lebens besser gerecht zu werden.

Der Alltag stellt je nach Tageszeit, beruflicher und sozialer Situation usw. die unterschiedlichsten Forderungen in bezug auf Anspannung und Entspannung, Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit. So sollen Drogen denn auch mal munter, mal müde machen, mal die Gesellschaft fördern und mal die Introspektion, wobei eine Substanz häufig je nach set und setting, Dosierung und Mischungsverhältnis das eine oder andere bewirken kann. S. Scheerer/I Vogt (1989)

Die wichtigsten Regeln über den gesellschaftlich anerkannten oder missbilligten Umgang mit Drogen werden im Verlauf der Sozialisation erworben. Selbst die Kinder vermögen schon frühzeitig die situativen Bedingungen einzuschätzen, unter welchen Umständen der Konsum von Drogen angemessen ist. Verstößt nun die Art und Weise des Gebrauchs gegen die kulturellen Regeln, so spricht man von „Missbrauch“:

Dem Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht, und zwar in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht, z.B. können höhere Dosen von Tabletten eingenommen werden, als verordnet waren, oder es werden technische Substanzen, die als technische Lösungsmittel entwickelt waren, zum Schnüffeln verwendet... W. Feuerlein (1974)

Die WHO hat 1969 „Missbrauch“ als „andauernd oder gelegentlich übermäßigen Drogengebrauch, der mit einer akzeptablen ärztlichen Anwendung nicht übereinstimmt bzw. mit dieser nicht in Beziehung steht“, definiert. S. Scheerer/I. Vogt (1989). Diese enggefassete Definition wurde 1981 durch folgenden Definitionsversuch ersetzt:

- (1) Unerlaubter Gebrauch (unsanctioned use), d.h. ein Gebrauch, der von der Gesellschaft oder einer sozialen Gruppe nicht gebilligt wird;
- (2) Gefährlicher Gebrauch (hazardous use), d.h. ein Gebrauch, der wahrscheinlich für den Konsumenten schädliche Folgen haben wird;
- (3) Dysfunktionaler Gebrauch (dysfunctional use), d.h. ein Gebrauch, der die Erfüllung psychischer oder sozialer Anforderungen beeinträchtigt (z.B. das Interesse am Mitmenschen und Umwelt, was zu Beziehungsproblemen und Verlust des Arbeitsplatzes führen kann);
- (4) Schädlicher Gebrauch (harmful use), d.h. ein Gebrauch, von dem man weiß, daß er beim Konsumenten bereits manifeste Schäden (Zellschäden, psychische Krankheit) hervorgerufen hat.

„Gewöhnung, Abhängigkeit und Sucht werden im deutschen Sprachgebrauch häufiger als Stufen eines sich steigernden Verlangens und Angewiesenheit auf bestimmte

Substanzen verstanden.“ G. Nissen (1998) So werden z.B. im ICD-10 oder im DSM-IV mehrere Schweregrade definiert und insbesondere „Addiction“ und „Dependence“, „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ unterschieden. „Diese definitorische Abgrenzung läßt sich jedoch praktisch oft nicht durchführen. Wie bei vielen anderen psychopathologischen Zuordnungen sind sie nur solange zulässig und präzise, wie es sich um relativ homogene Zustandsbilder handelt; aber an ihren Grenzen werden sie undeutlich und gehen ineinander über.“ G. Nissen (1998)

Die DHS unterscheidet in ihrem Jahrbuch Sucht '97 zwischen „Gewohnheitsbildung (drug habituation)“, charakterisiert durch „die regelmäßige Einnahme eines bestimmten, meist psychotrop wirkenden Pharmakons, um einen euphorischen Zustand zu erreichen“, und „Gewöhnung“ oder „Toleranzerhöhung, [...] die [...] mit der Tendenz verbunden ist, die Dosis zu erhöhen, um die gleiche Wirkung wie zu Beginn der Verwendung des Mittels zu erreichen. Gewöhnung und Toleranzerhöhung führen in die Sucht“, verbunden mit körperlicher Abhängigkeit, während die Gewohnheitsbildung nur die psychische Abhängigkeit ohne körperliche Entzugssymptome unterstützt.

Unter „Gewöhnung“ versteht man laut W. Feuerlein (1974) eine „graduelle Reaktionsverminderung bei fortgesetzter Reizwiederholung, die spezifisch auf bestimmte Reize eingestellt ist und keine Generalisierung aufweist“, sie ist seiner Meinung nach eine Voraussetzung für die Entstehung der „Sucht“. „Toleranz“ definiert er als einen Zustand, in dem eine ständig zunehmende Drogenmenge erforderlich ist, um den spezifisch äquivalenten Wirkungsgrad zu erreichen. Diese Toleranzsteigerung beruht auf verschiedenen physiologischen Mechanismen, wie (1) der „dispositionellen Toleranz“ - z.B. durch Änderung der Drogenabsorption, der Verbreitung im Körper, der Ausscheidung oder vor allem der Metabolisierung, und (2) der „funktionellen Toleranz“ - der Änderung der Eigenschaften bzw. Funktionen des Zielgewebes.

„Das Wort ‚Sucht‘, ein Verbalsubstantiv zum gotischen ‚siukan‘ (krank sein), taucht im gesamten, germanischen Sprachraum (als sauhts, sótt, suht, secht; mittelniederld. als zocht, socht, sucht) in der Bedeutung von ‚Krankheit‘ auf.“ S. Scheerer/I. Vogt (1989). In seiner neu begründeten Spezialwissenschaft „Epithymologie“ (epithymia ist das griechische Wort für Sucht) bezeichnet J. Duss-von Werdt (1989) Sucht als ein „perpetuum mobile: das nie stillbare, sehnsüchtige Verlangen nach dem ‚Gesuchten‘ wird durch seine Befriedigung unaufhörlich stimuliert.“

Der Begriff „Sucht“ ist mehrdeutig, er hat einmal die Bedeutung einer Krankheit, z.B. Gelb-, Schwind-, Mager- oder Fallsucht (Epilepsie), zum anderen die Bedeutung eines Lasters, wie z.B. Habsucht. Die von der Sucht Befallenen sind ständig auf der Suche nach der Erfüllung ihrer Wünsche, bei denen es sich um übersteigerte, krankhafte Bedürfnisse handelt. Laut S. Feuerlein (1974) ist „Sucht“ ein „psychopathologisches Phänomen, das durch eine abnorme Verhaltensweise charakterisiert ist, die auf der Basis einer süchtigen Fehlhaltung, also einer Süchtigkeit entsteht.“ Somit kann jede Richtung menschlichen Verhaltens süchtig entarten, entscheidend ist der Kontrollverlust, vordergründig der Kontrolle der Drogenzufuhr, letztlich aber der Verlust der Selbstkontrolle. Die WHO definiert „Sucht (addiction)“ als

Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, schädlich für den Einzelnen oder/und die Gesellschaft, der durch wiederholten Genuß eines natürlichen oder synthetischen Arzneimittels, in der Regel mit psychotropen Wirkungen hervorgerufen wird. Zur Sucht gehören (1) ein dringendes Verlangen oder ein echtes Bedürfnis (Zwang), die Einnahme des Mittels fortzusetzen und das

dazu unter allen Umständen in die Hand zu bekommen; (2) die Tendenz, die Dosis zu steigern; (3) die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung des Mittels. DHS (1996) 1964 ließ die WHO verlauten, dass die „Heterogenität der Drogen keinen einheitlichen Suchtbegriff mehr zulasse“ und empfahl stattdessen, den Begriff der „Abhängigkeit“ einzuführen. Dieser Begriff „Drogenabhängigkeit“ wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Die WHO definiert die „Drogenabhängigkeit als einen Zustand von Missbehagen bzw. Beschwerden, der sich aus der wiederholenden Einnahme einer Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann.“ S. Scheerer/l. Vogt (1989) „Er wird durch den Entzug einer Droge bei einem Individuum hervorgerufen, das diese Droge (oder eine ähnlich wirkende) Substanz längere Zeit („chronisch“) konsumiert hat, und kann durch die erneute Zufuhr der betreffenden Droge (oder einer ähnlichen wirkenden Substanz) gebessert bzw. aufgehoben werden.“ W. Feuerlein (1974) Dabei variieren die Charakteristika der Abhängigkeit je nach konsumierter Drogenart. „Bei den Abhängigkeiten im engeren Sinne handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, sozialer und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betreffende Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden.“ D. Ladewig (1996) Grundsätzlich unterscheidet man physische und psychische Abhängigkeit.

Gewohnheitsbildung (oder: psychische Abhängigkeit) ist ein Zustand, der aus der wiederholten Zufuhr eines Pharmakons entsteht. Seine Charakteristika schließen ein: (1) ein Verlangen, aber nicht einen Zwang, ständig diese Substanz einzunehmen, um ein Gefühl des gesteigerten Wohlbefindens zu erzielen, das durch das Mittel hervorgerufen wird, (2) geringe oder keine Neigung zur Steigerung der Dosis, (3) einen gewissen Grad psychischer Abhängigkeit von der Wirkung des Mittels, aber Fehlen von körperlicher Abhängigkeit, infolgedessen Fehlen des Entzugssyndroms und (4) schädliche Wirkung, wenn überhaupt, in erster Linie für das Individuum. Sucht (oder physische Abhängigkeit) ist ein Zustand von periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch wiederholte Aufnahme einer bestimmten Substanz. Sie wird charakterisiert durch: (1) ein überwältigendes Verlangen oder echtes Bedürfnis (Zwang), das Mittel fortgesetzt zu nehmen und es auf jede Weise in die Hände zu bekommen, (2) eine Neigung zur Steigerung der Dosis, (3) eine psychische und körperliche Abhängigkeit von der Wirkung des Mittels, die bei Unterbrechung der Zufuhr zu somatischen Entzugserscheinungen führt und (4) einen schädlichen Einfluß auf Individuum und Gesellschaft. Kuschinsky/Lüllmann aus G. Grimm (1985)

Im Gegensatz zur psychischen Abhängigkeit hat die physische Abhängigkeit eine Neigung zur Dosissteigerung, die mit der Toleranzentwicklung der Stoffwechselfvorgänge im Organismus zusammenhängt. Außerdem ist sie durch Entzugserscheinungen, dem sog. Abstinenzsyndrom, gekennzeichnet. Die physische und psychische Abhängigkeit können sowohl gemeinsam als auch getrennt voneinander bestehen, so gibt es laut W. Feuerlein (1974) z.B. eine starke psychische Abhängigkeit ohne das Auftreten von körperlicher Abhängigkeit bei Stimulantien und Cannabis.

Die ICD 10, die International Classification of Diseases, herausgegeben von der WHO ersetzt den schwer zu operationalisierenden „Missbrauch“ mit seiner moralisierenden Konnotation durch den des „schädlichen Gebrauchs“ und definiert „Abhängigkeit“ als: „[...] eine Gruppe körperlicher Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden.“ Um die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ zu stellen, müssen während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorgeherrscht haben:

- (1) Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.

- (2) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- (3) Einnahme zur Verhinderung von Entzugssymptomen
- (4) Entzugssyndrom
- (5) Nachweis einer Toleranz
- (6) Unfähigkeit, sozial definierte Konsummuster einzuhalten
- (7) Zunehmende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- (8) Fortgesetzter Konsum trotz negativer Folgen J. Gözl (1995)

Im Merkmalskatalog des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, III.Edition, DSM-III, der American Psychiatric Association müssen zur Diagnose „Abhängigkeit“ mindestens drei der folgenden Kategorien erfüllt sein: (aus J. Gözl (1995))

- (1) Die Substanz wird in größerer Menge und in längerem Zeitraum eingenommen, als ursprünglich beabsichtigt
- (2) Ständiges Verlangen und fehlgeschlagene Versuche, die Einnahme abubrechen oder zu kontrollieren
- (3) Ein großer Teil der Zeit wird mit der Beschaffung, der Einnahme oder der Erholung von der Wirkung der Substanz verbraucht
- (4) Die Erfüllung sozialer Verpflichtungen wird häufig durch Intoxikation oder Entzugssyndrom gestört
- (5) Reduktion oder Aufgabe wichtiger, sozialer, beruflicher oder sonstiger Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
- (6) Fortgesetzter Konsum trotz Wahrnehmung der Beeinträchtigung
- (7) Zunehmende Toleranz, d.h. Dosissteigerung
- (8) Typische Entzugssymptome, Substanz wird genommen, um Entzugssymptome zu verhindern

2.1.3 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Drogenabhängigkeit im Bezug auf die Wirkweise von Opiaten

Jeder der einzelwissenschaftlichen Erklärungen zur Entstehung von Drogenabhängigkeit kann nur einen Teilausschnitt des multifaktoriell bedingten Gesamtkomplexes beleuchten. Beispielhaft möchte ich hier nur näher auf den medizinisch/pharmakologischen, neurobiologischen Ansatz eingehen. Laut Jürgens (1986) aus P. Degkwitz et al. (1996) geht dieser von folgenden Hauptuntersuchungsansätzen aus:

- (1) dem neuropharmakologischen, „der insbesondere die Wirksamkeit unterschiedlicher Suchtmittel an unterschiedlichen zentralen Rezeptoren untersucht“
- (2) dem neurophysiologischen - „der über elektrische Hirnreizung zu einer künstlichen Aktivierung bestimmter Hirnstrukturen kommt, worüber ein suchtähnlicher Zustand induziert werden kann“
- (3) „neuromorphologischen Studien, die zum einen den Zusammenhang bestimmter Hirnstrukturen mit süchtigem Verhalten und zum anderen bestimmte hirnpathologische Veränderungen im Zusammenhang mit stofflichem Missbrauch untersuchen.“

Bei der Untersuchung neurobiologischer Grundlagen der Abhängigkeit kommt den Opioiden eine Schlüsselrolle zu. „Die Identifizierung von Morphinrezeptoren im zentralen Nervensystem und die sich daran anschließende Entdeckung körpereigener, morphinartig wirksamer Substanzen im Gehirn, der Endorphine oder Opioidpeptide, haben der Suchtforschung einen enormen Impuls verliehen.“ D. Ladewig (1996) Diese Endorphine unterbinden die Schmerzvermittlung zwischen der Schmerzstelle und dem Schmerzempfindungszentrum im Gehirn, indem sie über die Bindung an

Opioidrezeptoren die Impulsweiterleitung hemmen und die Schmerzempfindung herabsetzen.

Die Rezeptoren befinden sich verschieden angereichert an mehreren Stellen im Verlauf der Schmerzleitung. Besonders dicht sind sie im zentralen Höhlengrau, inklusive dem Ductus mesencephali Sylvii, den Thalamuskernen, die verantwortlich für die spezifische und unspezifische (subkortikale) Schmerzleitung sind, im Pallidum, welches das entscheidende Zentrum für den langsameren Schmerz bzw. das Gefühl des anhaltenden Schmerzes ist, sowie in Teilen des limbischen Systems, das für die euphorisierende Wirkkomponente der Opioide verantwortlich gemacht wird. Die an Opioidbindestellen reichste Stelle ist der Nucleus amygdalae, der Mandelkern, der wie das Pallidum einen wesentlichen Einfluss auf die emotionalen Verhaltensweisen hat. So kann er z.B. über eine direkte Verbindung zum Thalamus als emotionaler Wachposten reflexartige Reaktionen des Körpers auslösen, noch bevor der Neocortex die sensorischen Signale vollständig erkannt und verarbeitet hat und reagieren kann. vgl. D. Goleman (1997) Im Wesentlichen wird durch Opioide der Übertritt der Schmerzmeldung in den Nucleus limitans und auf Interneurone zum limbischen System blockiert. Daraus resultieren Schmerzlosigkeit und eine positive, euphorische Grundstimmung.

Es wurden bisher vier spezifische Opiatrezeptoren identifiziert: die μ -Rezeptoren, die sich nochmals in μ -1- und μ -2-Rezeptoren unterteilen und an die als Prototypsubstanz das Morphin bindet, sowie die δ -, χ - und σ -Rezeptoren. Die drei erstgenannten Rezeptorunterarten interagieren hauptsächlich mit den körpereigenen Enkephalinen, die eine übergeordnete Rolle bei der Schmerzregulation spielen (Freisetzung bei Stress \Rightarrow Anheben der Schmerzschwelle) und an der Auslösung verschiedenster Verhaltensweisen und der Regulation der Freisetzung der Hypophysenhormone (Prolactin, STH, ACTH, TSH) beteiligt sind, während der σ -Rezeptor, der für die Vermittlung exzitatorischer Effekte verantwortlich gemacht wird, streng genommen keinen reinen Opioidrezeptor darstellt, da er auch mit Nichtopiodpharmaka wie Phencyclidin oder Ketamin interagiert und seine Effekte nur schlecht durch Naloxon aufhebbar sind.

Die Gruppe der Opioide lässt sich in Agonisten (Opioide mit intrinsischer Aktivität), in Antagonisten, die den Rezeptor besetzen, ohne eine Konfigurationsänderung zu erzielen, und in partielle Agonisten einteilen. Die Opiatrezeptoren sind in der Lage, sich in zwei verschiedenen Konfigurationen anzuordnen, wobei ausschließlich die etwas verformte Konfiguration des Rezeptors, die durch Opiat-Agonisten entsteht, eine Reaktion in der betreffenden Nervenzelle bewirkt.

Als wichtiger Ort der Drogenwirkung wird heute das entwicklungsgeschichtlich sehr alte „mesolimbisch-mesokortikale Belohnungs- oder Motivationssystem“ angesehen. L.G. Schmidt (1998), dessen zentraler Teil durch dopaminerge Bahnen, die vom ventralen Tegmentum (VTA) zum Nucleus accumbens (N.acc.) ziehen, gebildet wird. Endergebnis der Reizung dieses Teils des zentralen Nervensystems ist demnach die Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin, welcher dann diese Gehirnregion über ihre Grundaktivität hinaus aktiviert und so zu gesteigertem Wohlbefinden bis hin zur Euphorie führt. Parallel wird durch die Verbindung des Endorphins mit dem Opiatrezeptor der Überträgerstoff Serotonin ausgeschüttet, der eine trägheits- und schlaffördernde Wirkung auslöst. (vgl. G.Grimm 1985)

Da das Morphin und seine Derivate, die Opiate, sowie die der chemischen Struktur des Morphins ähnlichen Opioide allesamt eine ähnliche Struktur wie die Endorphine haben, wirken sie ebenfalls luststeigernd bis euphorisch, schmerzstillend und trägheits- bzw. schlaffördernd. Endorphine werden im Körper allerdings nur bis zu einem gewissen Grad ausgeschüttet, was besagt, dass auch die Reaktionen auf die körpereigene Ausschüttung begrenzt sind. Die dem Körper fremd zugeführten Stimulantien sind unbegrenzt und können somit eine intensivere, länger anhaltende Wirkung entfalten. Das menschliche Handeln wird weitestgehend über das Lustprinzip beeinflusst. Das meint pharmakologisch, dass bestimmte Tätigkeiten zu einer Endorphinausschüttung führen, die dann, vorwiegend im zentralen Nervensystem, für eine Dopaminschwemme sorgen, welche unmittelbar eine euphorieähnliche Stimmung auslöst. Diese Endorphinausschüttung steht dabei immer in einem spezifischen Zusammenhang, vereinfacht gesagt, muss man sie sich in irgendeiner Form erarbeiten, um dann durch die anschließende Dopaminausschüttung „belohnt“ zu werden.

Anders verhält es sich mit der durch Opiate stimulierten Dopaminausschüttung. Hier kann im Gegensatz zu den Endorphinen die Stimulanzmenge selber bestimmt werden, da sie von außen fremd zugeführt wird. Der Opiatkonsument kann sich so eine noch nie vorher erlebte, lang anhaltende Euphoriewirkung zuführen. Aufgrund dessen haben Opiatkonsumenten Recht, wenn sie von einem „unbeschreiblichen und nie zuvor erlebten Glücksgefühl“ G. Grimm (1985) sprechen. Dieser außergewöhnliche Glückszustand kann als eine der Ursachen des psychischen Abhängigkeitspotentials von Opiaten betrachtet werden. Auf den Übererregungszustand, der über den durch Endorphine natürlich ausgelösten Erregungszustand weit hinausgeht, reagiert der Körper, indem er versucht, seinen einseitigen Zustand wieder auszugleichen. Es werden vermehrt Dopaminrezeptoren produziert, welche die Dopaminschwemme mittels Verbindung reduzieren sollen. Der Körper stellt sich auf die überdurchschnittliche Dopaminausschüttung ein und entwickelt so eine Toleranz gegenüber dem Opiat. Wird nun das Opiat nach der Toleranzbildung entzogen, kommt es zu einer Unterfunktion - die neu gebildeten Rezeptoren verlangen nach „Arbeit“. Wird kein Dopamin mehr ausgeschüttet oder nur in nicht angemessener Form, reagiert der Körper mit einer Enthemmung im vegetativen Grundtonus, den bekannten Entzugserscheinungen. Diese sind Ausdruck der körperlichen Abhängigkeit, wohingegen die „individuelle Angst davor, in den Entzug zu kommen, oder wie gesagt wird, „einen Affen zu schieben“, wiederum eine psychische ist.“ G. Grimm (1985)

Der limbische „Belohnungs-Kortex“ wird aktiviert durch angenehme Reize, wie z.B. Essen, Trinken, sexuelle Aktivitäten, mütterliches Fürsorgeverhalten sowie durch Drogen. „Er dürfte für das „drug seeking behavior“ verantwortlich sein. Seine Funktion besteht vor allem darin, den Charakter belohnender Reize (Schlüsselreize, ‚incentive stimuli‘) wahrzunehmen und die sensorischen und motorischen Funktionen des Organismus auf diese Reizkonstellation hin auszurichten.“ L.G. Schmidt (1998) Drogen entfachen ihre Wirkung in verschiedener Weise: „Opioide aktivieren von der VTA aufsteigende dopaminerge A10-Neurone durch Hemmung inhibitorischer GABA-Interneurone“; dabei bewirken Morphin oder β -Endorphin eine dosisabhängige Erhöhung des Dopamin-Umsatzes z.B. im Nucleus accumbens, während Mittel, die auf χ -Rezeptoren wirken, zu einer Verminderung führen.

Kokain hemmt den Wiederaufnahmemechanismus von Dopamin im N. acc. durch Blockade des Transporterproteins; Amphetamin führt zu einer vermehrten Freisetzung von Dopamin im N. acc. aus präterminalen Vesikeln; Alkohol führt zu einer Anreicherung von Dopamin im synaptischen Spalt der Neurone im N. acc. [...] ; auch Nikotin und selbst Koffein setzen Dopamin im N. acc. frei. L.G. Schmidt (1998)

So führen Drogen im Körper zu einer „Sensitierung“, d.h. zu „einem Zustand einer gesteigerten Ansprechbarkeit des dopaminergen meso-limbischen Belohnungssystems auf die Wirkung von Suchtmitteln.“ Diese Sensitierungsvorgänge können durch Stress weiter vorangetrieben werden, so dass „Menschen ohne erbliche oder familiäre Belastung mit Suchterkrankungen, die aber besonderen psychosozialen Belastungen in ihrer Lebensgeschichte (perinatalen Komplikationen, emotionaler Vernachlässigung in der Familie, schweren konflikthaften Erlebnissen, ...) ausgesetzt waren, trotzdem gehäuft zu Alkohol- und Drogensucht neigen.“ Interessant sind neue Hinweise darauf, dass „das χ -Rezeptorsystem der durch das Morphin bewirkten Sensitierung entgegenzuwirken vermag.“ D. Ladewig (1996)

Neben dem Dopamin sind auch das Serotonin, das Glutamat als wichtigste excitatorische und das GABA als wichtigste inhibitorische Aminosäure als Botenstoffe involviert. „Ähnlich wie bei dem entgegengesetzten System endogener opioider Mechanismen ist auch anzunehmen, daß unterschiedliche Transmittersysteme bei bestimmten psychischen Merkmalen und Verhaltensabläufen der Sucht wirken.“ D. Ladewig (1996)

Dies wirft die Frage auf, inwieweit der Abhängigkeit ein Ungleichgewicht dieser Systeme zugrunde liegen könnte - „danach könnte eine erhöhte Suchtdisposition auf eine Unterfunktion des durch μ - und δ -Rezeptoren aktivierten Belohnungssystems oder auf einer Überfunktion der durch die χ -Rezeptoren aktivierten aversiven Mechanismen beruhen.“ D. Ladewig (1996)

In einem Denkmodell von 1993 geht Sadee von der Theorie aus, dass eine Opioidgabe und insbesondere die langfristige Einnahme von Opioiden dazu führt, dass Proteinkinasen durch Übertragung endständiger Phosphatreste von Nucleotriphosphat die μ -Rezeptoren vom nativen „Ruhezustand“ in eine aktivierte Form überführen. Im „aktivierten Rezeptorzustand“ sind dann höhere Opioiddosen zur Erreichung der erwünschten Wirkung notwendig, außerdem wirkt Naloxon jetzt als inverser Agonist, der auch bei kleinsten Opioidplasmaspiegeln, also niedriger Rezeptorbesetzung, zu starken Entzugssymptomen führt. Diese Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung konnte zumindest an opiatabhängigen Mäusen durch Hemmung der „zyklischen, nukleoid-abhängigen Proteinkinase und der Proteinkinase C durch einen spezifischen Inhibitor“ verhindert werden. E. Freye (1999)

2.1.4 Opium und Opiate - Geschichtlicher Verlauf und aktueller Stand

Vermutlich sind es die Sumerer gewesen, die etwa um 4000 v.Chr. die heilsame Wirkung des Opiums entdeckt haben. Vom Zweistromland verbreitete sich das Opium dann zuerst nach Ägypten und Persien, wo es ungefähr 3000 v.Chr. fester Bestandteil der assyrisch-babylonischen Kultur wurde. „Die Ägypter verwendeten Mohn, um Männer im Krieg und in der Liebe zu stimulieren“ und aufregende Träume zu haben, und noch heute bezeichnet das arabische Wort „abu-en-orm“ den Mohn als „Vater des Schlafes“.

R. Larsen (1998) Aus dem Papyrus Ebers ergibt sich, dass die Ägypter akute und chronische Schmerzen mit Mohnextrakten behandelt haben. Von Ägypten aus gelangte es in das antike Griechenland, wo es seinen bis heute gebräuchlichen Namen „Opium“ (opos bedeutet Saft) erhielt. Durch die Ausbildung des Fernhandels zwischen Zentraleuropa und dem Orient wurde das Opium gegen Ende des Mittelalters auch in unsere Breitengrade getragen, wo es der Philosoph und Medizinpionier Paracelsus (Theophrastus Bombastus von Hohenheim) war, der zur Verbreitung des Opiums als Universalmedizin beitrug.

In Wasser aufgelöst als Tinktur wurde es in Europa somit im Mittelalter z.B. gegen Durchfall, Cholera, Husten, Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose, Malaria sowie Fieber- und Schmerzzustände aller Art angewandt. Nachdem der Italiener Francastoro diese „Medizin“ zur Zeit der Renaissance wiederentdeckt hatte, war es der englische Pionier klinischer Medizin Thomas Sydenham, der gegen 1655 eine Tinktur bestehend aus Opium und Portwein als Allheilmittel unter das Volk brachte, die als „Laudanum“ bekannt wurde.

Mit den Opiumkriegen zwischen England und China und dem Kolonialismus in Indochina und Indonesien fand während des 19. Jahrhunderts eine stärkere Ausbreitung statt. Nach zwei verlorenen Opiumkriegen gegen England mit dem Ergebnis der offiziellen Legalisierung des Opiumhandels änderte China im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts seine bis dahin praktizierte Politik des ständig verschärften und erweiterten Einfuhrverbots für Opium und begann dahingegen damit, den inländischen Selbstanbau zu fördern. Dadurch gelang es erstmalig, den bis dahin ständig zunehmenden Opiumschmuggel bzw. -import zurückzudrängen. „Im Grundsatz entspricht dieses erste erfolgreiche „Drogen-Erhaltungsprogramm“ der Geschichte modernen Versuchen, durch legale Drogenbereitstellung die Attraktivität des schwarzen Marktes für Dealer zu verringern.“ Lowes (1966) aus S. Scheerer/I. Vogt (1989)

Die Hauptanbauggebiete des Schlafmohns liegen in Asien. Es handelt sich dabei um das sogenannte „Goldene Dreieck“, gebildet von Burma, Laos und Thailand, das mit seinem nördlichen Zipfel bis nach China hineinreicht, mit einer geschätzten Jahresproduktion von c. 700 bis 800 Tonnen, und um den sogenannten „Goldenen Halbmond“, der sich von Nordindien über Pakistan und Afghanistan bis zur Osttürkei erstreckt.

Rohopium kann pur konsumiert werden; oft wird es zu sogenannten Opiumkuchen bzw. -brotchen geformt, die in einem ca. sechs Monate dauernden Herstellungsprozess aromatisiert und fermentiert werden, so dass das in Asien als „Chandu“ bekannte rauchbare Opium entsteht. Außerdem ist es möglich, Opium als „Opium pulveratum“ zu essen, es in einer Alkohollösung als „Laudanum“ zu sich zu nehmen sowie es zur Tinktur aufbereitet zu trinken oder zu spritzen.

Von Beginn des 17. Jahrhunderts an bis zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts galt in Europa das Rauchopium als sehr beliebter Handelsgegenstand mit China, dabei handelte es sich um mehrmals aufgekochtes und abgefüttertes Rohopium, welches so mit sirupähnlicher Konsistenz in Pfeifen rauchbar war. In der heutigen Zeit spielt Opium in Nordamerika und Westeuropa keine Rolle mehr - es wird aber in rauch- bzw. essbarer Weise in Asien weitverbreitet konsumiert - und z.B. in Polen dient ein klebrig, schwarzer Sud, der durch Destillation aus Mohnstengeln und Chemikalien gewonnen wird, als sogenannter „Kompott“ als preiswerter Heroinersatz.

Das Opium enthält ca. 25 verschiedene Alkaloide. Obwohl viele Pflanzen der Mohnfamilie Alkaloide enthalten, ist der Schlafmohn die einzige Gattung, welcher mit seinen Alkaloiden Bedeutung für die Medizin erlangt hat. „Dabei haben nur das Morphin (10-16%), das Kodein (ca. 0,5%) und das Thebain (ca. 0,02%) eine ausgesprochen narkotisierende und schmerzstillende Wirkung.“ B.G. Thamm (1990)

1817 isolierte der damals zwanzigjährige deutsche Apotheker Friedrich Sertürmer erstmals das Morphinalkaloid („Morpheus“, der griechischen Gott des Schlafes, der Träume und der Traumbilder). Ab 1828 wird dieser Hauptwirkstoff des Opiums von der deutschen Pharmafirma Merck kommerziell, seit 1946 auch synthetisch hergestellt.

„1897, am 21. August, war es der Darmstädter Professor Dr. Heinrich Dreser, der durch die Zugabe von Essigsäurehydrid zu Morphin das Diacetylmorphin Heroin entwickelte, das er [...] als Hustenmittel in Umlauf brachte.“ C. Bauer (1992) Ab 1898 wurde es von der deutschen Pharmafirma Bayer als „vorzügliches Beruhigungsmittel“ B.G. Thamm (1990) weltweit über zwanzig Jahre vertrieben, bis es dann 1925 auf der 3. Opiumkonferenz in Genf international geächtet wurde. Somit war Heroin das erste Derivat eines der Opiumalkaloide und damit das erste Mitglied der Stoffgruppe, die man heute Opiate nennt (alle natürlichen, aus dem Opium extrahierten Alkaloide mit morphinartiger Wirkung oder dessen Derivate). In Abhebung zu diesen natürlichen und halbsynthetischen Opiaten hat sich für die „in den 30er Jahren erstmals entwickelten vollsynthetischen, narkotischen Analgetika, wie z.B. Dolantin (1937-40), Polamidon (1938), Morphinan (1940) und [...] z.B. Methadon der Terminus ‚Opioide‘ eingebürgert.“ S. Scheerer/l. Vogt (1989)

Bereits im 19., aber auch im 20. Jahrhundert haben europäische Künstler versucht, ihre Kreativität durch den Genuss von Drogen - im besonderen Opium - zu beeinflussen: „Der Pariser Club des Hasches proklamierte Drogengenuß im Kontext künstlerischer Produktivität.“ S. Scheerer/l. Vogt (1989) In den Jahren nach dem ersten Weltkrieg erreichte der Morphinismus seinen Höhepunkt, der große Anteil opiatabhängiger Kriegsversehrter war aber - wie auch ein erneuter Anstieg im zweiten Weltkrieg - bald wieder rückläufig. Nur der Anteil der abhängigen Ärzte und -ehfrauen blieb zunächst noch relativ hoch - er machte 1956 noch 14% aller Betäubungsmittelabhängigen in der BRD aus. „Erst als die für alle Nachkriegszeiten seit 1871 typische Häufung nichtmedizinischen Opiatgebrauchs Anfang der 60er Jahre verschwunden war, [...] begann auf zunächst unscheinbare Weise die gegenwärtige Heroinszene.“ S. Scheerer/l. Vogt (1989), die sich zum Schwarzmarkt mit seinen bekannten Methoden entwickelt hat; sie ist kriminalisiert, hat sich brutalisiert und fördert totale soziale Vereinsamung.

Trotz nationaler und konzentrierter internationaler Bemühungen, Rauschgiftproduktion, Einfuhrschmuggel, Rauschgiftklein- und Großhandel sowie Rauschgiftkonsum durch präventive und repressive Maßnahmen zu bekämpfen, ist der Drogenmißbrauch weltweit gestiegen.[...] Seit Anfang der neunziger Jahre hat sich der rückläufige Trend der Nachfrage und des Konsums bei Heroin verfestigt mit einer Stagnation der Fallzahlen auf hohem Niveau. (Bericht zur Rauschgiftlage 1995 des DHS-Jahrbuches Sucht '97)

Heutzutage hat Heroin zugunsten von Kokain und synthetischen Drogen, wie z.B. „pro-aktiven“ Ecstasy-Präparaten, an Bedeutung verloren, vielleicht ist dies ein Hinweis

darauf, dass stimulierende bzw. aktivierende Rauschmittel besser in den Zeitgeist heutiger Prägung passen als dämpfende Drogen wie Heroin. Skizzen zur Drogenszene:

- 1998 erhöhte sich die Zahl der in der BRD polizeilich registrierten erstauffälligen Konsumenten von harten Drogen auf 20.943, dies entspricht einer Steigerung von 1,7% gegenüber 1997 (es zeigt sich ein Zuwachs für Amphetamin um 20,2% und für Kokain um 10,6% sowie ein Rückgang für Heroin um 1,3%)
- 1994 wird auf der für Westeuropa bedeutsamen Nachschublinie für Heroin, der Balkanroute, die Rekordmenge von 1590 kg Heroin sichergestellt
- die Zahl der Konsumenten harter Drogen im Bereich der BRD wird 1995 laut DHS auf 200.000 - 300.000 geschätzt
- infolge „Rauschgiftmissbrauchs“ versterben 1995 1565 Personen in der BRD, deren Durchschnittsalter sich über Jahre auf 30,7 Jahre erhöht hat, dabei sind die Stadtstaaten Hamburg und Bremen mit 8,3 bzw. 7,5 Drogentoten pro 100.000 Einwohner am stärksten belastet - laut LKA-Jahresbericht 1997 sterben allein in Niedersachsen 1997 107 Personen durch den Konsum von Drogen - bei 94 von ihnen ist der Heroinkonsum ursächlich gewesen
- 1998 steigt die Zahl der Drogentoten erneut an und zwar um 11,5% auf 1674 (dabei wird bei 240 dieser Todesfälle Methadonkonsum registriert gegenüber 100 Fällen im Vorjahr, in 59,6% dieser 240 Fälle liegt weiterer Beikonsum vor, 78 Todesfälle sind auf eine Überdosis Methadon oder auf die Kombination von Methadon mit anderen Ausweichmitteln und/oder Alkohol zurückzuführen)
- „in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogenhilfe stellen die Opiat-Konsumenten mit 60-80% die größte Gruppe dar.“ Drogen- und Suchtbericht 1998
- immer mehr Drogentote sind durch suchtbegleitende Erkrankungen bedingt: Während 1991 in Bremen 91% und 1992 85% der Drogentoten an akuten Intoxikationen gestorben sind, sind es 1993 nur noch 74%.
- die Zahl der drogenkonsumierenden, erwachsenen Bevölkerung stagniert, wohingegen die Zahl konsumierender Jugendlicher ansteigt - der Anteil der 12-25 jährigen Jugendlichen mit Drogenerfahrung steigt von 17% zum Ende der 80er Jahre auf 22% in den 90ern, dabei hat sich die Drogenerfahrung von Heranwachsenden in Ostdeutschland von 6% auf 17% nahezu verdreifacht
- ein bisher in Theorie und Praxis weitgehend vernachlässigtes Problem liegt in der steigenden Zahl „suchtkranker“ und drogenabhängiger Migranten und Aussiedler, laut B. Meretski und L. Schmidt (2000) sind viele der 30.000 im Saarland lebenden russisch sprechenden Migranten drogenabhängig. „Bei ihnen bestehen mafia-ähnliche Beziehungsstrukturen, die im Beziehungsgeflecht des Drogenhandels eine besondere Rolle spielen. [...] Die Mehrzahl konsumiert überwiegend harte Drogen (Heroin) in relativ großen Mengen.“ Sie nennen Zahlen von 80% der 16 bis 28jährigen, die Drogen probiert haben, und „von rund 30%“, die regelmäßig „harte“ Drogen konsumieren, wobei polyvalente Konsummuster eher selten sind. Der Einstieg in die Abhängigkeit ergebe sich dabei häufig über den Umweg der Einbindung in den Drogenhandel – „entsprechend beherrschen die russisch sprechenden Drogenabhängigen im Saarland den Handel mit harten Drogen.“ Im Unterschied zu der in 2.2.2.1 dargestellten „Broken Home“- Thematik stammen die russisch sprechenden Drogenabhängigen meist aus stabilen Familienverhältnissen. Der psychische und physische Gesundheitszustand ist im Vergleich mit den deutschen Drogenabhängigen deutlich besser. Die Prävention bei Migranten sollte spätestens im Alter von sechs bis acht Jahren einsetzen und die Familie und Schule

einbinden. Gerade die physischen Störungsbilder, die durch die Migration verursacht werden, bieten den Nährboden für die Drogenabhängigkeit der Jugendlichen.

Insgesamt gesehen nimmt das Spektrum verfügbarer Substanzen zu, immer häufiger werden verschiedene Stoffe parallel, polytoxikoman konsumiert. (Schwerst)Abhängige sowie der gesamte Bereich der Drogenabhängigkeit sind ein gesellschaftliches Problem, dem wir uns nicht verschließen dürfen.

Opium und Opiate haben eine schmerzstillende, narkotisierende und euphorische Wirkung sowie unerwünschte Nebeneffekte: starke Übelkeit, Erbrechen, Schwindel oder Gallenkoliken. Morphin ist im Blut zu ca. einem Drittel an Plasmaeiweiße gebunden, freies Morphin häuft sich in Nieren, Leber, Lungen, Milz, Nebennieren, Schilddrüse und Skelettmuskulatur an. Nur ein geringer Teil passiert die Blut-Hirn-Schranke. Diacetyl-Morphin, also Heroin, wird im Körper zu Monoacetyl-Morphin und Morphin hydrolysiert, wobei Monoacetyl-Morphin lipophiler als Morphin ist und somit die Blut-Hirn-Schranke dementsprechend besser passieren kann. So lässt sich die schnellere, intensivere Wirkung des Heroins, sprich das Zustandekommen des vom Konsumenten erhofften „flush-effectes“, erklären. Über die Verbindung mit Glukuronsäure zum wasserlöslichen Morphin-Glukuronid, das über die Nieren ausgeschieden wird, werden Morphin und somit auch Heroin in der Leber abgebaut.

Bei Überdosierungen kommt es zur Lähmung des Atemzentrums durch Einflussnahme auf die Regulierung der Atemfrequenz - und dadurch letztendlich zum Tod. Gerade bei Heroin bestehen zusätzliche gesundheitliche Gefahren, wenn es mit anderen potenten Drogen wie z.B. Barbituraten oder Kokain kombiniert wird, sowie aus der Tatsache heraus, dass es für gewöhnlich nicht rein, sondern „gestreckt“ (u.a. mit Strichnin) auf den Markt kommt. Der Konsum von Opiaten führt über die Gewöhnung zu einer starken seelischen und körperlichen Abhängigkeit, aus der sich - gerade im Bezug auf Heroin - die Problematik der Beschaffungskriminalität ergibt. Diese Gewöhnung führt auch zur so genannten „Kreuztoleranz“ gegenüber anderen Opiaten mit identischer Rezeptorpräferenz. „Von sich aus gesehen verursachen Opiode - wenn sie nicht als Überdosis konsumiert werden, keine irreversiblen körperlichen Störungen, auch nicht nach chronischem Gebrauch.“ S. Scheerer/I. Vogt (1989) Viel schwerwiegender sind die medizinischen Begleiterscheinungen, die sich aus dem Konsum und dem Leben als Drogenabhängiger in der illegalen Szene ergeben.

2.1.5 Sucht im medizinischen Kontext

„Bedenkt man, daß Hausärzte weit häufiger Kontakt zu Suchtkranken und deren Angehörigen haben als etwa Beratungsstellen, so steht die Notwendigkeit der Aus- und Fortbildung im Bereich der Suchterkrankung für Mediziner außer Frage.“ I. Arenz-Greiving (1993) Im Verlauf jahrelanger Heroinabhängigkeit verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand der Abhängigen zusehends bis zu körperlichem Verfall und Tod. Die gesundheitlichen Belastungen lassen sich dabei zumeist auf Umstände des illegalen Lebens in der Szene, auf Gebrauch von Zusatz- oder Ersatzstoffen oder auf Verunreinigungen des Stoffes oder des Injektionsbestecks zurückführen.

Heroin bewirkt ein zunehmendes Desinteresse an der Umwelt und am eigenen Körper. Die Illegalität der Heroinszene verstärkt diesen Prozeß. Die starke analgetische Wirkung des Opiats hat zur Folge, daß nur wenige Abhängige noch auf ausreichend und vollwertige Ernährung, auf angemessene Bekleidung im Winter, auf die richtige Behandlung von Krankheiten und entsprechende Körperpflege achten. Heroin verdrängt das Hungergefühl, das Frieren und dämpft etwaige Schmerzen. So wird der Körper immer labiler und anfälliger für suchtbedingte und andere Krankheiten und Verletzungen. Darüber hinaus bedingen die ökonomischen Gesetze des Drogenmarktes, daß eben alle verfügbaren Geldmittel für den Drogenkauf verwendet werden. [...] Die wesentlichen Gefährdungen der Gesundheit entstehen durch verunreinigte Injektionsbestecke und durch unsterile Injektionen. Der Reinheitsgehalt des Straßenheroins schwankt je nach Marktsituation. Je länger das Heroin in der Verteilerkette weitergereicht wird, desto mehr wird es durch Zusatz anderer Stoffe (zerstampfte Medikamente, Milcheiweiß, Zucker usw.) verunreinigt. Gesundheitswidrige Folgen sind zwangsläufig. [...] Projektgruppe TUDrop (1984)

J. Gözl (1995) führt die bis heute mangelhafte medizinische Versorgung Opiatabhängiger auf drei Gründe zurück: die fehlende Ausbildung der Ärzte, es gibt weder eine medizinische Fachrichtung Suchtkrankheiten noch ist Drogenabhängigkeit Bestandteil der Ausbildung, das immer noch weitverbreitete Dogma, nur der wachsende Leidensdruck motiviere zur Abstinenz, und die Ansicht, bei der Behandlung Drogenabhängiger handele es sich um „dirty medicine“ - so befürchteten z.B. niedergelassene Ärzte, dass Drogenabhängige im Wartezimmer andere Patienten abschrecken und sich negativ auf die Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeit auswirken könnten.

2.1.5.1 Der Drogenabhängige als Patient

„Auch Drogenabhängige haben das Recht auf eine professionelle Behandlung, was eine umfassende mehrdimensionale Diagnostik auch im Abhängigkeitsbereich erfordert.“ J. Gözl (1995) Ihre Multimorbidität lässt sich wie folgt darstellen:

Toxikomanes Syndrom

- psycho- und somatotrope Schäden durch die konsumierten Substanzen

Psychisches Syndrom

- psychische Folgesymptome der Abhängigkeit
- Symptomatik einer vorhergehenden psychischen Störung

Somatisches Syndrom

- somatische Folgesymptome des illegalen Konsums - somatische Begleiterkrankungen
- prämorbid somatische Erkrankungen

Soziales Syndrom

- Marginalität - Dissozialität - Kriminalität - Obdachlosigkeit -Verwahrlosung

Im Bereich der Somatik ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen dem akuten Drogennotfall, der Intoxikation, dem massiven Entzugssyndrom, der längerfristigen Behandlung von Sekundärerkrankungen und weiterreichenden Therapieansätzen.

Die Entwicklung, der Verlauf und die Beendigung einer Abhängigkeit sind Phasen eines langfristigen Krankheitsprozesses. Unabhängig davon, ob der Beendigungsversuch durch eine stationäre, ambulante, niedrig- oder hochschwellige, substituierte Form der Therapie oder ohne die Unterstützung von Medikamenten unternommen wird, handelt es sich auf jeden Fall um einen schwierigen, langwierigen und wahrscheinlich von Teilerfolgen und Rückschlägen gekennzeichneten Weg. Günstige Voraussetzungen

sind dabei von Seiten des Abhängigen eine möglichst konstante und hohe Motivation und auf Seiten des Arztes ausreichende Kenntnisse über den Umgang mit Abhängigen - neben medizinischen Basisinformationen sind dabei auch ausreichendes Wissen um Lebensumstände, die psychische und rechtliche Situation von Abhängigen und um Therapiemöglichkeiten und sonstige Hilfseinrichtungen vor Ort wichtig.

In der Regel kommt ein Abhängiger nicht aus ‚innerer Überzeugung‘ zur Behandlung, sondern dann, wenn die negativen Konsequenzen die positiv erlebbaren Wirkungen einer Substanzeinnahme übertreffen. Körperliches Leiden, emotionale Belastung, sozialer Druck, Brutalität in der Drogenszene und rechtliche Folgen sind Auslöser für Überlegungen, eine Therapie aufzunehmen. Da diese Zwänge langfristig nicht konstant sind, kann auch die anfängliche Motivation zur Behandlung unbeständig sein. Eine derartige Ambivalenz ist zentrales Merkmal des Konsumverhaltens über lange Zeiträume. Therapeutische Erfahrung, Geduld, Distanz und konsequentes Verhalten sind unerlässlich, um den Abhängigen durch alternative Erfahrungen tragfähige Überzeugungen zu vermitteln („motivierte Abstinenz“). DHS (1995)

Die Lebens- und Konsumbedingungen als Abhängiger illegaler Drogen in unserer heutigen Gesellschaft führen zu einer hohen Durchseuchungsrate mit chronischen bzw. tödlichen Infektionskrankheiten. So

[...] bedeuten allein die Durchseuchungsraten mit Hepatitis C (60-90%) und Hepatitis B (50%) und eine HIV-Durchseuchung von durchschnittlich 20%, dass ca. 50% der Drogenabhängigen zum Zeitpunkt eines Ausstiegswunsches so schwer erkrankt sind, daß sie weder durch Abstinenz noch durch Substitutionsbehandlung jemals wieder ins Berufsleben integriert werden können. In dieser Situation erscheint es dringend erforderlich, alles zu unternehmen, um die Erkrankungsrate während der Abhängigkeit so gering wie möglich zu halten. J. Gözl (1995)

Chronische Bronchitiden, Zahngranulome, Impetigo contagiosa, Skabies, Abszesse, Thrombophlebitiden, Hepatitiden, HIV-Infektionen und Traumen/Frakturen, die häufig im berauschten Zustand erworben wurden, sind Risikofaktoren, die den Tod eines Abhängigen herbeiführen können: „Zur Mortalität unter Drogenkonsumenten kann folgende Faustregel gelten: 20% Überdosierungen, 20% Komplikationen bakterieller Infektionen (5% bakterielle Pneumonien), 20% Folgen der Lebererkrankungen, 20% AIDS, 20% sonstige Ursachen.“ J. Gözl (1995)

2.1.5.2 Schmerztherapie contra Betäubungsmittelgesetz

In den Köpfen vieler Ärzte grassiert nicht nur die oben erläuterte Angst vor Drogenabhängigen als Patienten, sondern auch die Angst vor der Droge selber, dahingegen Opiate zu verschreiben, die im raschlebigen Praxisalltag oft nicht einfach zu handhaben sind.

Die Verabreichung eines Opiats erfordert zunächst eine umfangreiche Lektüre bezüglich Verabreichungsform, Tageshöchstmenge und Rezepthöchstmenge sowie die Umsetzung dieser Vorschriften auf die aktuellen Lebensbedingungen des Patienten. Selbst der Erfahrene macht dabei ständig Fehler. Der Aufwand der Verordnung vermittelt das Gefühl, hochgradig gefährliche Substanzen handhaben zu müssen, die man an besten vermeidet. J. Gözl (1995)

Der Konsum von Opiaten von Drogenabhängigen und die Maßnahmen der Prohibition haben ihre Auswirkungen auf den ärztlichen Gebrauch von Opiaten und ihre Verschreibungsgewohnheiten.

Die entstandene Mythologisierung der Opiate läßt diese überwiegend als Stoffe erscheinen, die zwangsläufig zu Sucht und Verelendung führen. Die bewußtseinsprägende Macht dieses Mythos setzt sich gegen jede sachliche Information durch: So werden z.B. die Schmerztherapeuten nicht müde, darauf hinzuweisen, daß die korrekte Verabreichung von Opiaten keine Abhängigkeit schafft - aber der Mythos ist stärker. J. Gölz (1995)

Zur Charakterisierung der Situation einige Zahlen und Kommentare:

- nach einer Erhebung der AOK von 1988 verordnen nur 16% der deutschen Ärzte überhaupt Opioide - regelmäßig ist dies sogar nur bei 2% der Fall
- nur jeder fünfte Arzt verfügt in seiner Praxis über Betäubungsmittelrezepte
- in 330 untersuchten Hausarztpraxen, in denen in drei Jahren rund 27.000 Tumorpatienten behandelt wurden, wurden bei 5.400 dieser Krebskranken, die starke Schmerzen litten, nur 229 mal starke Schmerzmittel verschrieben, d.h. weniger als 5% erhielten eine angemessene Schmerztherapie
- im innereuropäischen Vergleich der Vergabe von Opiaten muss sich Deutschland mit dem fünftletzten Platz begnügen - nur 1.6 kg werden von den Ärzten pro Jahr und Million Einwohner verschrieben, in Dänemark sind es 30 kg - nur in überwiegend katholischen Ländern, wie Italien, Spanien und Frankreich werden noch weniger Opiate verschrieben, „hier kommen zur phobischen Vermeidung von Opiaten aufgrund des negativen Mythos und der restriktiven Verschreibungsrichtlinien zusätzlich religiös geprägte Motive hinzu“ J. Gölz (1995)
- Ende 1993 waren ca. 94.000 niedergelassene Ärzte in der ambulanten Patientenversorgung tätig, davon hatten 80.000 (Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen, Kinderärzte, Orthopäden und Urologen) mehrere Patienten mit opiatpflichtigen Schmerzen zu versorgen, doch in der BRD gibt es insgesamt ca. 7,5 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen

2.2 Die Herkunftsfamilie

„Die Familie stellt bei der Betrachtung möglicher Risikovariablen für Drogenabhängigkeit den wohl wichtigsten Faktor dar.“ K. Allert-Wybranietz (1980) Aus diesem Grund ist die Rolle der Familie in den letzten dreißig Jahren oftmals Gegenstand von Untersuchungen im Bezug auf Drogenabhängigkeit gewesen. Dabei „hat die frühere familiäre Beziehungssituation einen entscheidenden Anteil an zur Verfügung stehenden individuellen Ressourcen zur Bewältigung kritischer Situationen in der aktuellen Lebensführung.“ M. Krausz et al. (1993)

2.2.1 Der Begriff „Familie“ - Modelle und gesellschaftliche Entwicklung

Die Familie ist die älteste und beständigste Form menschlichen Zusammenlebens. Wie alle menschlichen Institutionen wird sie dabei von gesellschaftlichen Werten und Normen sowie den herrschenden wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnissen geprägt und beeinflusst diese im Gegenzug wiederum. „Der Mensch kommt aus Familien, er bezieht sich auf Familien, er geht aus Familien hervor und wieder in sie hinein [...] institutionelle Erziehung kann nur Sekundäres leisten, Kindergärten und Schulen können und dürfen keine Reparaturwerkstätten sein.“ R. Süssmuth (1986)

Der Begriff „Familie“ vom lateinischen „familia“ wurde im 17. Jh. in den deutschen Sprachgebrauch eingebracht, wobei er zunächst „sowohl die Verwandtschaft als auch die Hausgenossenschaft (unter Einbeziehung des Gesindes) bezeichnete. Erst seit dem 19. Jahrhundert wird der Familienbegriff in der heute gebräuchlichen Form verwendet.“ M. Textor (1991) Das bürgerliche Gesetzbuch von 1900 setzte eine Familienform fest, bei der der Mann das alleinige Entscheidungsrecht in familiären Angelegenheiten besaß. Er war für den Unterhalt der Frau und die rechtliche Vertretung der Kinder zuständig, während die Ehefrau zur Haushaltsführung und die Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zum Gehorsam gegenüber ihren Eltern verpflichtet waren. Im Rahmen der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umbrüche des 18. und 19. Jahrhunderts vollzog sich die Ablösung der Lebensform des „ganzen Hauses“ - so bezeichnete man die Familie des Mittelalters und nachfolgender Jahrhunderte, bestehend aus Familienangehörigen mehrerer Generationen und Bediensteten - durch die modernen Familienformen der Kern- oder Kleinfamilie, die aus zumeist nur zwei Generationen besteht.

Diese Reduktion der Hausgemeinschaft auf die Eltern-Kind-Gruppe und das längerfristige Zusammenleben haben zu einer Vertiefung der emotionalen Bindung geführt. Immer weniger Menschen leben heutzutage für einen ständig ansteigenden Zeitraum zusammen, es kommt zur „Intimisierung“ der familiären Verhältnisse.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts beeinflussten die zweite und dritte industrielle Revolution die Entwicklung der Familie. Heutzutage spielt die Schichtzugehörigkeit, z.T. bedingt durch die Expansion des Bildungswesens, die Verbesserung des Schulsystems und die wachsende Verbreitung der Medien keine so wesentliche Rolle wie noch vor 100 Jahren und sowohl die zunehmend soziale Gesetzgebung als auch der stetig ansteigende wirtschaftliche Aufschwung haben zu einem Abbau der gesellschaftlichen Klassenunterschiede geführt. Nach dem zweiten Weltkrieg nahmen Demokratisierungs-/Emanzipationsbestrebungen hin zu mehr Partnerschaftlichkeit und Gleichberechtigung im Umgang der Geschlechter zu, unsere Gesellschaft ist heute gekennzeichnet durch Wertpluralismus, konkurrierende Weltanschauungen und Individualismus. All diese Entwicklungen wirken sich auf die Familienstrukturen aus.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zu den Strukturen im letzten Jahrhundert liegt in der freien Partnerwahl. Die Liebe gilt als entscheidender Heiratsgrund, „damit verbunden ist eine stärkere Emotionalisierung und Psychologisierung familiärer Beziehungen. Wird z.B. keine Zuneigung mehr zum Partner verspürt oder bleiben grundlegende psychische Bedürfnisse in der Ehe unbefriedigt, kommt es leicht zur Trennung der Ehegatten.“ M. Textor (1991) Aktuell sinken die Kinderzahlen pro Haushalt, Geschwister und Mehrgenerationenfamilien werden seltener und die Zahl der „Singles“, der Alleinstehenden und der -erziehenden, bedingt durch die steigende Zahl der Scheidungen, wächst. Das moderne Zusammenleben der Menschen gestaltet sich sehr heterogen: Die Spanne reicht von der althergebrachten mehr oder weniger intakten „Mittelstandsfamilie“ über „chaotische“ Situationen in allen sozialen Schichten, über Kinder, die nur mit einem alleinerziehenden Elternteil – Vater oder Mutter – zusammenleben bis hin zu Einzel- oder Grenzfällen wie etwa adoptierten Kindern gleichgeschlechtlicher Elternpaare, Familie ist längst nicht mehr gleich Familie.

Die Familie dient zunehmend der Befriedigung emotionaler und kommunikativer Bedürfnisse, sie bietet den emotionalen Rückhalt bei ansteigender Belastung durch den

Beruf. Außerdem entstehen alternative, nichteheliche Lebensformen, die „Ehe ohne Trauschein“ oder der „Lebensabschnittsgefährte“. Die ehemaligen „Herren im Haus“ haben zugunsten der Frauen an Macht verloren, die zusehends neben dem Hausfrauendasein auch nach Selbstverwirklichung im Beruf streben und Karriere und Familie miteinander verbinden. Die Familie besitzt für ihre Mitglieder und für die Gesellschaft eine Fülle von Aufgaben und Funktionen, die bei Nichterfüllung zu Fehlentwicklungen und Belastungen führen können.

Die Reproduktionsfunktion wird durch die Zeugung neuer Familien- bzw. Gesellschaftsmitglieder erfüllt. [...] Mit Haushaltsfunktion wird die Versorgung von Individuen durch die Familie bezeichnet, [...] mit Freizeitfunktion ist zum einen gemeint, daß die Familie dem Einzelnen Möglichkeiten zur Entspannung, Regeneration und Erholung von Schul- und Berufsstreß bietet. Zum anderen ermöglicht sie es ihren Mitgliedern, sich im Rahmen der in der Familie (oder in anderen Kontexten) verbrachten Freizeit selbst zu verwirklichen, all ihre Fähigkeiten einzusetzen und weiterzuentwickeln, ihren Neigungen zu folgen, selbstbestimmt zu handeln und ganzheitlich aktiv zu werden - alles Erfahrungen, die in der als entfremdet, einseitig beanspruchend und fremdbestimmt erlebten Schul- und Arbeitswelt kaum noch möglich sind. [...] in engem Zusammenhang mit der Freizeitfunktion steht die Funktion des familialen Spannungsausgleichs. M. Textor (1992)

Dies ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Durch verständnisvolle Gespräche, emotionalen Rückhalt und erlebte Solidarität können Belastungen und Stress des außerfamiliären Alltags verarbeitet werden. Ebenso müssen Spannungen gelöst werden, die aus dem Zusammenleben der Familienmitglieder resultieren, wozu aufgrund der Individualität, unterschiedlichster Lebenssituationen und -interessen sowie oft entgegengesetzter Wünsche und Bedürfnisse ein hohes Maß an z.B. Kompromissbereitschaft vorhanden sein muss. Wie stetig ansteigende Scheidungsraten zeigen, zerbrechen viele Familien an dieser Hürde. Einer der Hauptaufgaben der Familie liegt in der Kindererziehung, der Vorbereitung der Nachkommenschaft auf ein selbständiges Leben:

So werden Kindern im Rahmen der Sozialisationsfunktion Kommunikationsfertigkeiten, soziale Konventionen und ein allgemein akzeptiertes Sozialverhalten vermittelt, werden sie zur Übernahme verschiedener Rollen bewegt und zu vollwertigen Gesellschaftsmitgliedern gemacht. Durch die Enkulturationsfunktion werden Kindern die in der jeweiligen Subkultur vorherrschenden Werte, Normen, Weltanschauungen, religiösen Überzeugungen und Einstellungen, erste Kenntnisse über die staatliche und soziale Ordnung sowie ein Grundwissen über kulturelle Gegebenheiten vermittelt. Im Rahmen der Platzierungsfunktion bestimmt die Familie die Schullaufbahn und die berufliche Ausbildung der Kinder und ermöglicht ihnen den Zugang zu bestimmten gesellschaftlichen Positionen [...] und durch die Personalisationsfunktion wirkt die Familie auf die Persönlichkeitsentwicklung und Individuation von Kindern ein, prägt zu einem großen Teil deren Charakter und Selbstbild. M. Textor (1992)

Eltern wissen um die Bedeutung der Familie für die kindliche Entwicklung und um den starken Einfluss von Medien, Jugendkultur, Gleichaltrigengruppe und Bildungssystem, sehen in einer guten Eltern-Kind-Beziehung das Fundament der Erziehung, sind sich der großen Bedeutung ihres Vorbildes bewußt und haben ein gutes Verständnis wünschenswerter erzieherischer Verhaltensweisen. M. Textor (1990)

Laut dem Jugendwerk der Deutschen Shell (1992) haben gut die Hälfte aller Erwachsenen mit dem Erziehungsstil ihrer Eltern gebrochen, statt Gehorsam, Unterordnung, Fleiß, Ordnungsliebe, Höflichkeit und gutem Benehmen stehen heute Erziehungsziele wie Selbständigkeit und -bewusstsein, freier Wille, Toleranz, Menschenkenntnis oder Durchsetzungsfähigkeit vorn an. Man bietet den Kindern den Freiraum zur individuellen Entwicklung, widmet ihnen viel Zeit und Aufmerksamkeit und

fördert sie intensiv. Im Vergleich zum 19. Jahrhundert sind Kinder und Jugendliche - z.T. bedingt durch erheblich längere Ausbildungszeiten - länger von ihren Eltern abhängig, wachsen in einer zunehmend kinderfeindlichen Umgebung auf und werden z.T. auch als Belastung erlebt. „So ist im Verlauf der letzten Jahre immer deutlicher geworden, daß die materielle Situation von Familien sehr viel schlechter ist als die kinderloser Ehepaare“ M. Textor (1991).

Die Familie lässt sich auch als geschlossene Einheit, gebildet von mehreren Subsystemen, verstehen, deren Einzelteile voneinander abhängig und „interdependent“ sind; eine Änderung in einem Teil beeinflusst alle anderen und das Gesamtsystem, die wiederum auf dieses Teil zurückwirken. So laufen innerhalb des Familiensystems außerordentlich komplexe Prozesse ab, bei denen eine Unterscheidung von Ursache und Wirkung oder Anfang und Ende letztendlich nicht möglich ist.“ M. Textor (1990) Der Umgang der Familienmitglieder untereinander, die Stellung der Subsysteme zueinander durch die Bandbreite erlaubter Verhaltensweisen sowie Aufgaben und Entscheidungsbefugnisse sind durch mehr oder minder bewusste Familienregeln bestimmt. „Sie können aus den für eine Familie typischen Interaktionsmustern abgeleitet werden.“ M. Textor (1990) Die Familie und ihre Subsysteme versuchen durch das Einhalten ungeschriebener Familienregeln und Interaktionsmuster ein inneres Gleichgewicht, die sogenannte Homöostase, aufrechtzuerhalten. Dieses innere Gleichgewicht wird im alltäglichen Leben durch vielfältige Einflüsse von außen ins Wanken gebracht. Es ist eine für den Zusammenhalt der Familie sehr wichtige Aufgabe zur Homöostase zurückzufinden. „Generell unterscheiden sich Familien hinsichtlich ihrer Strukturflexibilität und Anpassungsfähigkeit, der Starrheit ihres Äquilibrium, der Stärke ihrer inneren und äußeren Grenzen (Umweltoffenheit), ihrer Kohäsion (Ausmaß der Bindung von Mitgliedern an die Familie) sowie der Quantität und Qualität innerfamiliärer Interaktionen.“ M. Textor (1990)

Das gesamte Beziehungsfeld einer Familie bezeichnet man dabei als Netzwerk. Es bildet eine soziale Ressource, die der Familie Unterstützung und Rückhalt bieten kann, „was von großer Bedeutung für ihr Wohlbefinden, die eheliche Anpassung, die Funktionsfähigkeit der Familie und ihren Zusammenhalt ist. [...] Generell haben Personen mit niedriger Allgemein- und Berufsbildung, mit geringerem Einkommen und in höherem Alter kleinere Netzwerke.“ M. Textor (1990) Die Entwicklungs- und Lebenschancen der Kinder werden primär von ihrem Elternhaus bestimmt. „Ein Mensch, der keine Familienbande entwickelt hat, wird sich in seinem späteren Leben schwer tun mit der Entfaltung jeden tieferen Vertrauens und Loyalität. Auch der Ausbruch aus familiärer Interaktion, der Bruch mit der Tradition, kann gravierende Folgen haben. Das Individuum geht Gefahr, Halt und Zugehörigkeit zu verlieren, schlimmstenfalls seine Identität.“ F. Ebberts (1989)

2.2.2 Der Einfluss der Familie auf die Drogenabhängigkeit

Warum werden die einen mit einer belastenden Kindheit abhängig und andere mit eben derselben negativen Vergangenheit nicht, warum reifen sie eventuell gerade menschlich an diesen negativen Erfahrungen, bzw. warum werden auch Menschen ohne diese Biographiemerkmale abhängig ?

So [...] treffen wir immer wieder auf ein Paradox: Einerseits gelingt es uns vorzüglich, die Belastungen in der Biographie des Klienten und das Einmünden des Lebenswegs in eine Suchtkarriere stringent zu entfalten. Andererseits wissen wir: Es gibt Millionen anderer Menschen mit einer ähnlichen ‚schweren‘ Lebensgeschichte, die eben keine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt haben. Eine ‚Schuld‘ an der Drogenabhängigkeit ihres Kindes können wir den Eltern also nicht geben. C. Warns in M. Nowak (1994)

2.2.2.1 Soziale Herkunft - „Broken Home“

„Nicht jedes Kind einer ‚Suchtfamilie‘ wird süchtig. Und nicht jede Familie, welche die Merkmale aufweist, welche hier zusammengefasst werden, ‚produziert‘ Jugendliche mit Suchtproblemen.“ R. Welter-Enderlin (1982) Der abhängig werdende oder gewordene Jugendliche ist kein passives Opfer von Instinkten oder Umwelteinflüssen, sondern ein aktiver Mitspieler und Gestalter seiner Umwelt. Seine Möglichkeiten der aktiven Mitgestaltung hängen dabei allerdings wiederum zumindest zum Teil von seiner Herkunftsfamilie ab.

Als einer der ersten berichtet G.E. Vaillant (1966) von überproportional häufig vorkommenden zerbrochenen Herkunftsverhältnissen bei Heroinabhängigen in New York. In seiner Stichprobe von 100 heroinabhängigen Männern stellt er eine hohe Inzidenz (52%) unvollständiger Familienverhältnisse fest. Diese Zahl bezieht sich auf den Tod eines Elternteils oder die Trennung der Eltern vor dem 16. Lebensjahr, bei Eintritt vor dem 6. Lebensjahr ergeben sich 28%.

H. Bösch/ P. Bickel und A. Uchtenhagen (1979) können in ihrer Untersuchung von 382 Probanden im Alter von 14 bis 32 Jahren, die 1972 und 1973 in drogentherapeutische Institutionen in der Schweiz eingewiesen wurden, keine interpretierbaren Zusammenhänge zwischen „Broken Home“ (Verlust eines Elternteils, Trennung der Mutter vor allem im ersten Lebensjahr oder wiederholtem Wechsel des Pflegeplatzes), der elterlichen Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht oder den Konsumgewohnheiten der Eltern auf der einen Seite und der Art oder des Ausmaßes des Drogenkonsums auf der anderen Seite feststellen. Allerdings kristallisiert sich ein Bezug der „Herkunftsfamilie“ zu anderen Laufbahnmerkmalen, wie schlechterer Schul- oder Berufsausbildung, Anschlusschwierigkeiten bei Schulkameraden, hohen Schulden oder unregelmäßiger Berufs- und Erwerbstätigkeit heraus, so dass „Broken Home“ hier als Indikator für soziale Beeinträchtigungen interpretiert wird. Ihr Fazit:

Broken Home, verstanden als Herkunft aus einer äußerlich unvollständigen Familie, ist möglicherweise ein unzureichendes Maß der Zerrüttung einer Familie. Es ist denkbar, daß äußerlich intakte Familien, in denen jedoch pathologische Kommunikationsmuster vorherrschen, den Jugendlichen viel stärker zu schädigen vermögen als eine unvollständige Familie, in der ein befriedigendes, emotionales Klima herrscht.“

Auch R. Wormser (1973) kann in seiner Untersuchung des Drogenkonsums von Oberschülern aus München keinen Unterschied zwischen dem Haschischkonsum von Jugendlichen aus vollständigen Familien und dem von Jugendlichen aus „Broken Home“ - Verhältnissen feststellen.

R. Hornung/ G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) gelangen in ihrer Motivstudie zu Verbreitung und Hintergründen des Drogenkonsums Jugendlicher in Zürich an 2114 Jugendlichen zwischen 15 und 25 Jahren zu folgenden Resultaten: Bei allen Gruppen

der Konsumenten (probierender, leichter, mittlerer und schwerer Konsum) sind die Zahlen getrennter bzw. geschiedener Eltern höher als in der Gruppe der Nichtkonsumenten, dieser Unterschied ist umso deutlicher, je ausgeprägter der Drogenkonsum ist. Große Bedeutung messen sie dem Zeitpunkt des Zerbrechens der Herkunftsfamilie bei. Im Gegensatz zu D. Hell et al. (1976), der einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer „Negativmotivation“ und einem vor dem 5. Lebensjahr eintretenden „Broken Home“ feststellt, sind sie wie M. Sieber und J. Angst (1981) der Meinung, dass gerade Trennungserlebnisse nach dem 6. Lebensjahr eine Disposition zum Drogenkonsum darstellen:

Das Alter des Jugendlichen bei einer solchen Zäsur spielt offensichtlich auch eine Rolle. Erfolgt die Trennung der Eltern, wenn das Kind im Vorschulalter ist, so ist die Drogenkontaktquote mit 25 Prozent nur unwesentlich erhöht gegenüber jener aus unvollständigen Familien: bei einer Trennung der Eltern, sobald das Kind im Alter von 7 - 14 Jahren ist, liegt die Kontaktquote mit 31 Prozent bereits deutlich über dem Durchschnitt, um bei denjenigen, bei denen die Trennung der Eltern erst in der Adoleszenz erfolgte, auf 39,5 Prozent anzusteigen. Für den Tod eines oder beider Elternteile ist eine solche Altersbeziehung nicht nachzuweisen.

H. Berger, K.-H. Reuband und U. Widlitzek (1980) haben 99 Drogenabhängige aus der Jugendvollzugsanstalt Siegburg in Nordrhein-Westfalen befragt. Die Hälfte der Befragten stammten - gemessen am Beruf des Vaters - aus der Unterschicht, so dass sie entgegen ihrer These keine Dominanz der Arbeiterschicht vorfanden. 49% der von ihnen 1978/79 interviewten strafgefangenen Opiatabhängigen geben eine vollständige Herkunftsfamilie an, ansonsten sind die Eltern geschieden, leben getrennt oder ein Elternteil ist verstorben. „Diese Unvollständigkeit, so die gängige Annahme, wirkt als Frustrationspotential; sie bewirkt frühes Leid und schließlich das Bestreben, einer unangenehmen Realität durch Flucht in den Drogenrausch zu entgehen.“

A. Uchtenhagen (1982) hat in seinem Artikel die Befunde der internationalen Literatur zusammengefasst, demnach soll das Fehlen eines oder beider Elternteile, das sogenannte „Broken Home“, bezüglich der Gefährdung für Drogenabhängigkeit mehr Bedeutung haben, wenn es in der Kindheit entsteht, als wenn es in der Adoleszenz eintritt.

Eine Häufung des Broken Home wird aus recht unterschiedlichen Perspektiven interpretiert: als genetisch verankerte Anfälligkeit für eine Art Fehlverhalten, die zum Suizid oder zum Auseinanderfallen der elterlichen Gemeinschaft, aber auch zur Drogenabhängigkeit des Jugendlichen führt, als Ausdruck einer Mehrgenerationenproblematik mit konflikträchtigen Delegations-, Bindungs- und Ausstoßungsmustern, die sich sowohl aus der Ebene der Eltern wie der Kinder auswirkt, als Defizit an Stabilisierungshilfen und Kontrollmöglichkeiten, mit entsprechender Erschwerung für das Auffangen von Adoleszenzkrise.

1985 vergleichen A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler in ihrer Züricher Studie 215 Opiatabhängige mit 523 „normalen Altersgenossen“ und finden, dass 45,1% der Abhängigen gegenüber 93,2% der Kontrollgruppe aus vollständigen Familienverhältnissen stammen. Vor dem 16. Lebensjahr mussten 3,1% der Vergleichsprobanden auf beide Elternteile verzichten, bei den Opiatabhängigen sind es 25,6%. Betrachtet man das Fehlen eines Elternteils, so sind es auf Seiten der Abhängigen 29,3%, denen 3,7% der Vergleichsgruppe gegenüberstehen. Den Opiatabhängigen ist in 17,1%, den „normalen Altersgenossen“ in 12,5% ein Elternteil verstorben, wobei es sich in beiden

Stichproben häufiger um den Vater handelt. Die Opiatabhängigen der Stichprobe sind signifikant häufiger im großstädtischem Kontext aufgewachsen, wo ja bekanntlich die Scheidungsrate höher liegt als im ländlichen Bereich.

N.J. Lavik (1977) findet eine dreimal so hohe Scheidungs- bzw.- Trennungsrate in der Großstadt (im untersuchten Fall handelt es sich um Oslo) als in ländlichen Gebieten. Für die Vergleichsgruppe zeigt sich, dass getrennte Familien sowohl im großstädtischen, als auch im ländlichen Kontext gleich selten vorkommen, wohingegen bei den Opiatabhängigen erstaunlicher Weise die im ländlichen Milieu aufgewachsenen Studienteilnehmer seltener intakte Familien haben als die, die aus der Großstadt stammen. Ein „unerwarteter Nebenbefund“, der den Schluss nahelegt,

daß in der Stadt, wo mehr Toleranz und bessere Infrastruktur für unvollständige Familien vorhanden sind, die Familienunvollständigkeit allein weniger stigmatisierend ist. Hingegen könnte in der generell stabileren gesellschaftlichen Struktur auf dem Lande die instabile Familiensituation im Einzelfall stärker desintegrierend wirken, da eine aufgeschlossene Einstellung und entsprechende Einrichtungen der außerfamiliären Umwelt seltener anzutreffen sind und in der Regel kaum benötigt werden.

Zurück zum Gruppenvergleich von A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985): 27,2% der Opiatabhängigen gegenüber 3,6% der Kontrollgruppe haben Ersatzeltern und 32,1% gegenüber 0,8% weisen Heimerfahrung auf. Die Opiatabhängigen ziehen zu signifikanten 49,6% gegenüber 15,7% schon vor dem 17. Lebensjahr zu Hause aus. Damit verlassen sie ihr Elternhaus im Durchschnitt 4,5 Jahre früher. Ein weiterer Unterschied liegt in der sozialen Schichtzugehörigkeit, die anhand des Berufes des Vaters bzw. der Mutter bestimmt wurde. Der Gruppenvergleich zeigt hier, dass in der Untersuchungsstichprobe der Opiatabhängigen die Unterschicht und die untere Mittelschicht häufiger vertreten sind als die oberer Mittelschicht oder gar die Oberschicht. In der Gruppe der Opiatabhängigen ist häufiger ein Elternteil vorhanden, das ehemals ausländischer Herkunft ist, wohingegen in der Vergleichsgruppe der Nichtabhängigen etwas häufiger beide Elternteile ausländischer Herkunft sind; dies könnte bedeuten, dass „die kulturelle Spannung zweier Kulturen innerhalb des Elternhauses möglicherweise ein disponierender bzw. labilisierender Faktor sein kann, dem weitere Beachtung geschenkt werden sollte“.

Die Opiatabhängigen weisen eine erheblich schlechtere Schulbildung auf, sie haben nach der Schule seltener eine weiterführende Vollzeitschule besucht, dafür etwas häufiger eine Lehre begonnen oder sofort ungelernete Arbeit angenommen. Begannen sie eine Ausbildung, so haben sie sie in mehr als 50% der Fälle abgebrochen (in der Kontrollgruppe gab es nur 5% Abbrecher) ebenso finden sich bei den Opiatabhängigen vermehrt Stellenwechsel, unregelmäßige Arbeitsarrangements und länger andauernde Arbeitseinbrüche. „Es läßt sich also festhalten, daß die Ausbildungs- und Arbeitssituation unserer Probanden erhebliche Instabilität und Defizitkonstellationen spiegelt und daß hier ein wesentlicher Ansatzpunkt für eine erfolgreiche Rehabilitation liegen muß.“ A. Uchtenhagen, D. Zimmer-Höfler (1985)

D. Ladewig und P. Graw (1985) erzielen ähnlich massive Unterschiede im Bezug auf „Broken Home“ - Situationen: 44% der von ihnen interviewten Drogenkonsumenten sind im Vergleich zu nur 3,3% der „Normaljugendlichen“ bis zum 16. Lebensjahr nicht zu Hause aufgewachsen. Auch in dieser Untersuchung weist die Klientengruppe im

Vergleich zur Gruppe „normaler“ Jugendlicher eine geringer qualifizierte Schulbildung und eine hohe Anzahl an Ausbildungsabbrüchen (80% versus 5%) auf.

C. Schmerl (1984) untersucht Jugendliche innerhalb der Frankfurter Drogenszene, dabei zeigt sich, dass Jugendliche ohne Heroinkonsum zu 22% aus „Broken Home“ - Situationen stammen, während es bei Jugendlichen mit Heroinkonsum 52% sind. A. Stoker und H. Swadi (1990) finden ebenfalls eine deutlich höhere Erfahrungsquote der Trennung der Eltern, der Scheidung oder des Verlustes durch Tod bei den Jugendlichen, die Drogen konsumieren, als bei „Non-users“.

Vergleichbare Ergebnisse erzielt die im Frankfurter Raum durchgeführte „Amsel“-Studie. W. Kindermann et al. (1992) haben 324 „ganz normale Drogenabhängige“ interviewt. Diese sind im Durchschnitt 26,2 Jahre alt, 29% haben eine abgeschlossene Berufsausbildung, 29,6% haben nie eine Ausbildung begonnen und 54,3% haben mindestens einmal eine Berufsausbildung abgebrochen. Bei der Untersuchung der Vollständigkeit der Herkunftsfamilie ergeben sich folgende Ergebnisse: 26,5% erleben schon in ihrer frühesten Kindheit (sprich mit 0 bis 5 Jahren) eine „Broken Home“ - Familienkonstellation, bedingt durch Trennung oder Scheidung der Eltern oder durch den Tod eines Elternteils, in der mittleren Kindheit (6 bis 10 Jahre) sind es 35%.

So konnten sie von Kindheit an in ihren Familien nicht die nötige Stabilität, Zuwendung, Geborgenheit, sowie praktische und emotionale Unterstützung bei der Bewältigung der vielfältigen Entwicklungsaufgaben finden. Oft wurden die Betroffenen bereits in diesem Alter als „Problemkinder“ etikettiert. Mit Eintritt ins Jugendalter (11 bis 15 Jahre) lebten 46% der befragten (späteren) Drogenabhängigen in einer unvollständigen oder Stieffamilie. Die Lebenssituation wurde mit zunehmendem Alter instabiler. Im für den Einstieg in die Suchtentwicklung besonders kritischen Alter von 16 - 18 Jahren wohnten nur noch etwa die Hälfte der Befragten in familiären Bezügen. In einer vollständigen Familie lebten 34%, mit der Mutter alleine 11% und in einer Stieffamilie 6% unserer Interviewpartner. S. Kindermann (1989)

Die „Amsel“-Studie ist eine der wenigen Forschungsgruppen, die einen Zusammenhang zwischen „Broken-Home“-Situation in der Herkunftsfamilie und Chancen eines zukünftigen „Lebens ohne Drogenabhängigkeit“, also der Prognose der Opiatabhängigen, herstellen. Sie gehen davon aus, dass die Chancen für einen erfolgreichen Ausstieg umso besser sind, „je länger die Interviewpartner/-innen in einer vollständigen Familie lebten“ R. Sickinger et al. (1992) Anhand dieser und fünf weiterer Variablen konnten die Autoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 84,2% richtig vorhersagen, ob ein drogenabhängiger Proband nach Abschluss der Studie nach vier Jahren, ein „Leben ohne Drogenabhängigkeit außerhalb von Institutionen“ führen würde. Weitere Laufbahnmerkmale, qualitativ schlechtere Schul-/Berufsausbildung, Anschluss-schwierigkeiten an Gleichaltrige oder Schulden haben ebenfalls prognostische Bedeutung für den Verlauf der Drogenkarriere, sie sind Teil des Maßstabes für berufliche und soziale Integration, deren Erfolg maßgeblich zum Drogenverzicht motiviert. „Somit heißt ein Schwerpunkt für jegliche Rehabilitation, die tragfähig sein soll: den Teufelskreis durchbrechen und den schrittweisen Aufbau einer beruflichen Eigenständigkeit und Identität einleiten.“ A. Uchtenhagen/D. Zimmer-Höfler (1985)

In mehreren Untersuchungen haben sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit dem „Broken Home“ gezeigt. Dabei wird dem weiblichen Geschlecht allgemein eine höhere „Vulnerabilität“ in Bezug auf Störungen im Familienleben

nachgesagt. So sind z.B. in der Studie von H. Bölsch/P. Bickel und A. Uchtenhagen (1979) die weiblichen Probanden in der Gruppe der durch „Broken Home“ - Situationen sozial beeinträchtigten Interviewpartner überrepräsentiert. Dies trifft auch auf die Ergebnisse der „Amsel“-Studie zu, so ist der Anteil der Frauen, die zwischen 16 und 18 Jahren in einer vollständigen Familie gelebt haben, beispielsweise deutlich geringer als der der befragten Männer. Abschließend sei nochmals A. Uchtenhagen (1982) zitiert, der zum Thema der Geschlechtsspezifität generell bemerkt: „Insgesamt hätten allerdings die verschiedenen Aspekte des Familienlebens mehr Einfluss auf den Heroinkonsum der Töchter als der Söhne.“

Die Projektgruppe Tudrop (1984) untersucht in einer groß angelegten Studie in Berlin im Zeitraum Mai 1979 bis Juni 1980 574 Opiatabhängige. Entgegen ihrer Erwartung, „eine stärkere Belastung benachteiligter sozialer Schichten zu finden“ sowie „daß sich in der retrospektiven Rekonstruktion der Biographien Hinweise auf frühe Störungen der primären Sozialisationsagenten zeigen würden“ und entgegen der ihnen plausibel erscheinenden Annahme von Gerdes & V. Wolffersdorf-Ehlert (1974), dass die „verschiedenen Elemente von Unterschichtsherkunft und ‚Broken Home‘ ein Geflecht von Ausweglosigkeit bilden, das für die Betroffenen undurchdringlich ist“, können sie in puncto „familiärer oder Ersatzfamilien-Sozialisation“ keine eindeutigen Unterschiede zwischen den befragten Heroinabhängigen und Vergleichsgruppen sichern. „Die öffentliche Ansicht von der Einzigartigkeit einer ‚Fixerkarriere‘ ist danach falsch, Heroinkonsum entsteht unter den gleichen Bedingungen eines allgemein zerrütteten Familienlebens wie Leistungsversagen oder Zerstörungswut.“

M. Rennert (1990) interpretiert die unterschiedlichen Ergebnisse der empirischen Forschung vor dem Hintergrund der sich verändernden Zusammensetzung der Generationen opiatkonsumierender Abhängiger. Die noch von Fort (1954) und G.E. Vaillant (1966a) festgestellten „zerütteten Familienverhältnisse der ersten Generation von Heroinabhängigen in den USA, von schwarzen Jugendlichen aus den Ghettos, in denen viele Familien aus alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern bestanden“, konnten schon 10 Jahre später von Blechmann/Berberian und Thompson (1977) oder Fawzy u.a. (1987) nicht mehr bestätigt werden, da inzwischen nacheinander auch andere Minoritätengruppen, wie u.a. Puertoricaner und schließlich z.B. durch den Einfluss von Vietnamveteranen auch Mitglieder der weißen Schicht, zum Heroin gegriffen hätten.

Des Weiteren zeigt sie Widersprüche in der „Broken Home“ - Forschung in der BRD und in der Schweiz auf: Gerdes und v. Wolffersdorf-Ehlert (1974), Skarabis und Becker (1979) und Lazarus (1980) befinden, dass Heroinabhängige häufig aus der Unterschicht stammen - ein Ergebnis, das von der Projektgruppe Tudrop (1984) als nicht haltbar kritisiert wird; Stiksrud und Markgraf (1982) ziehen gar den Schluss, dass Drogenabhängige überwiegend der Mittelschicht entstammen. Sie differenzieren aber auch dahingegen, dass die sich seltener findenden Angehörigen der Unterschicht vorwiegend Mitglieder der „harten Szene“ sind, während es sich bei den häufiger vertretenen Angehörigen der Mittel- und Oberschicht eher um Mitglieder der „weichen Szene“ handelt. Hinweise auf eine besondere Drogengefährdung in zerrütteten bzw. unvollständigen Familien finden sich bei Stahl und Panzer (1973), Lazarus (1980), H.Berger, K.-H. Reuband und U. Widlitzek (1980) und C. Schmerl (1984), wohingegen weder die Projektgruppe Tudrop noch Stiksrud und Markgraf (1982) eine Bestätigung für

die Hypothese der zerrütteten Familie finden. Somit gibt es zu jeder These den entsprechenden, empirischen Beleg und die entsprechende Gegenthese. Die Gruppe heroinkonsumierender oder -abhängiger Menschen ist heterogen zusammengesetzt und fließend dem Wandel der Zeit ausgesetzt:

immer mehr Konsumenten sind von mehreren Drogen zugleich abhängig. Weiterhin führen viele Drogenabhängige ein bürgerlich angepaßtes Leben. [...] Es steht zu befürchten, daß die mit mehr oder weniger wissenschaftlicher Akribie zusammengetragenen Forschungsergebnisse hinter den ständigen Veränderungen der Drogen- und Konsumszene herhinken ... Im Gegensatz zu den widersprüchlichen Ergebnissen von Untersuchungen, die nach „Ursachen in der Familie“ forschen, sind viel mehr Gemeinsamkeiten zu beobachten, wenn familiäre Prozesse und Verhaltensmerkmale der Betroffenen als Reaktion auf das Drogenproblem betrachtet werden. M. Rennert (1990)

2.2.2.2 Emotionale Situation innerhalb der Herkunftsfamilie

H. Berger, K.- H. Reuband und U. Widlitzek (1980) weisen darauf hin, dass die Unvollständigkeit der Familie nur einen Teilaspekt der innerfamilialen Verhältnisse darstellt. Für weitaus bedeutsamer für das Sozialisationsklima und die persönliche Entwicklung eines jeden Familienmitgliedes erachten sie die Beziehungen untereinander. Sie finden ein „Muster innerfamilialer-emotionaler Beziehungen [...], das ebenfalls als Belastung und Störung des ‚sozialen Nahraums‘ gedeutet werden kann.“ Nur sind diese Störungen weniger spektakulär, sondern eher subtiler Art.

Von außen betrachtet ist die Familie vielmehr intakt, die Beziehungen sind durch ein mehr oder minder konfliktfreies Miteinanderauskommen gekennzeichnet. So schien die Art der Erziehung insgesamt wesentlich häufiger permissiv (Freiheit und Selbständigkeit als bewußtes Prinzip; lasche Nachgiebigkeit oder Sich-selbst-Überlassen) als restriktiv (strenge oder autoritäre Aufsicht) gewesen zu sein.

Direkt vernachlässigt fühlt sich nur ein kleiner Teil der Befragten. Mehrheitlich herrscht ein Miteinander-Auskommen und Nebeneinander-Herleben vor.

Gemeinsame Probleme bestanden nicht oder kaum; mit den Problemen der Eltern hat der Jugendliche „nichts zu tun“ und seine eigenen behält er lieber für sich oder erwartet von den Eltern keine Lösungen dafür. Sie werden nicht als Vorbilder zur Entwicklung von eigenen Lebensmodellen oder als Ratgeber in Entscheidungssituationen angesehen, [...] die Eltern werden in erster Linie als Versorgungs- aber kaum als Sozialisationsinstanz erlebt. [...] Ein Schwanken zwischen entgegengesetzten Erziehungshaltungen [...] war nicht direkt ersichtlich, jedoch zeigte sich [...] ein Nebeneinander von rigiden Leistungsanforderungen und hoher Permissivität.

Ein Großteil der befragten Opiatabhängigen bringt ihren Eltern Vertrauen entgegen, fühlt sich von ihnen aber nicht verstanden. Sie halten ihnen zwar gutgemeinte Hilfsbereitschaft zugute, schreiben ihnen aber gleichzeitig Ignoranz und Inkompetenz zu. Wenn es überhaupt zu tiefgründigen Gesprächen kommt, dann häufig nur mit der Mutter, zu der mehrheitlich ein engeres und vertrauterer Verhältnis besteht, allerdings nur, weil man von ihr stillschweigende Unterstützung und keine Sanktionen erwartet. Die Väter werden dagegen zum Großteil als wenig kontaktfreudig oder bezugswillig erlebt. Zusätzlich haben sie das Verhältnis der Eltern untereinander untersucht. Nur selten herrscht ein im Sinne von gegenseitigem Verständnis oder harmonischem Zusammenleben positives Verhältnis zwischen den Eltern.

R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) kommen zu dem Teilergebnis, dass die schweren Konsumenten von Drogen doppelt so häufig negative Gefühle im Bezug auf ihre Kindheit haben wie distanzierte Nichtkonsumenten. Damit reichen sie im Vergleich nicht an die Ergebniszahlen von M. Weidmann (1977) heran. Dieser findet „eine massive Zunahme des subjektiven Erlebens der Kindheit als weniger oder gar nicht schön“ mit der Schwere des Konsums. Nichtkonsumenten berichten zu 9% von einer unerfreulichen Kindheit, während es bei den „Probierern“ bereits 20% sind, bei den „Usern“ 32% und bei den klinisch auffällig gewordenen Konsumenten („Patienten“) 59%.

Die drei verweisen auf bisherige Forschungsergebnisse, nach denen besonders vier Merkmale des Erziehungsverhaltens der Eltern eine Beziehung zu eventuellem Drogenkonsum aufweisen: Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit der Eltern (diese beiden Punkte treffen vor allem auf den Vater zu), Überbesorgtheit der Mutter und Inkonsequenz im Verhalten der Eltern, wobei die Uneinigkeit im Erziehungsstil einen größeren Einfluss auf eine evtl. entstehende Abhängigkeit haben soll als die Art des Erziehungsstils selbst.

Verständnislosigkeit oder gar Gleichgültigkeit stellen dabei eine grundlegende Beziehungsstörung dar, die das Risiko erhöht, dass die Persönlichkeits- und Ich-Entwicklung des Kindes gestört ist. Es wird sich - gerade in der Neuorientierungsphase der Adoleszenz - auf die Suche nach alternativen Beziehungssystemen begeben und dabei evtl. auch leicht Kontakt mit Drogen aufbauen. Beim überbesorgten Erziehungsstil, wie er gerade von Müttern gelegentlich praktiziert wird, werden dem Kind die zur Entwicklung von Selbständigkeit notwendigen Möglichkeiten, sich aktiv mit Problemen auseinanderzusetzen, sich den Anforderungen der sozialen Umwelt zu stellen und sich so soziale Handlungskompetenz anzueignen, vorenthalten. Mangelnde Entschluss- und Durchsetzungsfähigkeit, Passivität und Abhängigkeit sind mögliche Folgen, die die Integration in eine leistungsbezogene Erwachsenenwelt erschweren und die Gefahr in sich bergen, als kompensatorischen Ersatz für nicht vorhandene soziale Handlungskompetenzen zu Drogen zu greifen. Inkonsequenz bedeutet einen willkürlichen, für das Kind nicht nachvollziehbaren Wechsel im Erziehungsverhalten. Daraus ergeben sich Verunsicherungen, eine erschwerte Entwicklung von Orientierungsmaßstäben sowie ein Verlust bzw. ein gar nicht erst entstehendes Urvertrauen.

Gemäß ihren Ergebnissen steht vor allem eine wenig verständnisvolle, negative Haltung des Vaters im deutlichen Bezug zur Drogenabhängigkeit. Auch die Mutter wird seltener als verständnisvoll und häufiger als bemutternd geschildert als die Mutter des Nichtkonsumenten, die als kameradschaftlich bezeichnet werden und ihren Kindern mehr Freiheit und Selbständigkeit zugestehen.

Als prophylaktische Konsequenz aus dem bisher Gesagten läßt sich ableiten, daß familiäre Beziehungen, die durch Verständnis, Offenheit und Eigenverantwortlichkeit der Familienmitglieder gekennzeichnet sind, in denen das Kind und später der Jugendliche als Gesprächspartner akzeptiert wird, einen erhöhten Schutz vor einer „Drogenkarriere“ darstellen dürften. Da eine solche Haltung für viele Eltern keineswegs selbstverständlich ist, kommt den Elternschulen und Elternselbsthilfegruppen eine wichtige präventive Bedeutung zu. R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983)

Auch D. Ladewig (1996) führt an, dass „erfolgreiche Unterstützung und konsistente erzieherische Kontrolle [...] hingegen die Entwicklung zu einem jugendlichen Alkohol- und/oder Drogenmißbrauch“ erschweren sowie dass sich das Verhalten der

Geschwister produktiv auswirken kann, wenn sich diese „vom Substanzmittelgebrauch distanzieren“. Er sieht in der fehlenden elterlichen Kontrolle, besonders in der nicht vorhandenen Aufsichts- und Kontrollfunktion des Vaters, einen bedeutenden Risikofaktor für Kontakte zu drogenkonsumierenden Peer-Groups.

A. Uchtenhagen (1982) kommt zu dem Schluss, dass je zufriedenstellender die Beziehung bzw. das Familienklima ist, desto später, bzw. geringer manifestiert sich die Neigung Jugendlicher, mit dem Drogenkonsum zu beginnen. In seiner Literaturzusammenschau stellt er eine Liste von verschiedenen Autoren vorgefundenen Charakteristika des Erziehungsmilieus in den Herkunftsfamilien späterer Opiatabhängiger zusammen:

- ein Defizit an elterlicher Zuwendung und ein Übermaß an körperlicher Züchtigung
- Familienstrukturen, in denen die Kinder in verschiedenen Funktionen gleichwertig oder über der elterlichen Generation rangieren - die Intergenerationsgrenzen sind besonders durchlässig bis hin zur Umkehrung der Hierarchien
- gestörte Prozesse der klaren Entscheidungsfindung
- Vernachlässigung durch den Vater, er wird als abwesend erlebt, „der nicht oder nicht mehr vorhanden ist oder sich hinter seiner Unzulänglichkeit, seinem Alkoholismus, seiner Sturheit usw. verbirgt“
- eine Mutter, die als wenig aufrichtig, verlässlich oder hilfreich erlebt wird oder eine zu symbiotische Beziehung der Mütter zu ihren Söhnen
- Geschwistern, denen gegenüber sich die späteren Drogenabhängigen vor allem durch feindseligere Beziehungen zum Vater und vermehrte Verhaltensstörungen vor Beginn des Drogenkonsums unterscheiden, die sie zum „Sündenbock“ machen

M. Sieber und J. Angst (1981) beschreiben in ihrer Untersuchung eine von den Drogenkonsumenten häufig als negativ erlebte Beziehung zu den Eltern, die kaum als Gesprächspartner zur Verfügung standen.

B. Seifert-Schröder (1984) geht davon aus, dass das Suchtverhalten eng mit Beziehungsstörungen im sozialen Nahraum und mit Erziehungsfehlern der Eltern verbunden ist. Auch wenn der wichtige Aspekt noch nicht geklärt ist, warum bei gleicher ungünstiger Ausgangslage der eine mit süchtigem Verhalten reagiert, der andere mit Verwahrlosung und der dritte mit angepasstem Verhalten, steht für sie die zentrale Bedeutung familiärer Probleme außer Frage. So weisen ihrer Meinung nach die Familien von drogenabhängigen Kindern häufig sich widersprechende Erziehungsmuster der Eltern auf, die die Identitätsfindung der Heranwachsenden beeinträchtigen und zur Entwicklung von Abhängigkeiten beitragen. Die Probanden der Projektgruppe TUdrop (1984) berichten vermehrt von verzerrten Kommunikations- und nicht offenen Auseinandersetzungsformen innerhalb ihrer Familien.

In der Studie von A. Stoker/H. Swadi (1989) bewerten die Drogenkonsumenten ihre Familienverhältnisse im Vergleich zu Nichtkonsumenten zwar häufiger negativ, beschreiben sie als distanziert oder abwesend, fühlen sich unverstanden oder Konflikten ausgesetzt, insgesamt beschreiben aber z.B. immerhin noch 54,3% der Konsumenten gegenüber 76,6% der Nichtkonsumenten ihre Familie als warm und liebevoll. Dabei wird die Mutter öfter als körperlich bestrafend und der Vater eher als abstinent oder ineffektiv erlebt. Sie kommen zu dem Schluss, dass schlechte Eltern-Kind-Beziehungen wichtige Determinanten für eine entstehende Drogenabhängigkeit sind. In diesem Zusammenhang verweisen sie aber auf eine notwendige

Differenzierung zwischen der Beziehung zu Müttern bzw. Vätern und der Berücksichtigung weiterer Faktoren, wie z.B. Depressivität, niedrigem Selbstbewusstsein oder anderen Persönlichkeitszügen sowie dem Einfluss der „Peer- Group“.

M. Textor (1989) zeichnet unter Berufung auf die Forschungsergebnisse verschiedener Autoren ein durchweg negatives Bild der Herkunftsfamilie Drogenabhängiger. Seiner Zusammenstellung nach gibt es in diesen Familien gestörte Kommunikationsprozesse, die einzelnen Familienmitglieder sind nicht fähig, persönliche Probleme miteinander zu besprechen oder ihre Gefühle auszudrücken. Das Familienleben wird mehrheitlich als oberflächlich, langweilig und freudlos beschrieben. In vielen Familien sind die Jugendlichen mit einer ausgesprochenen Konsumhaltung der Eltern konfrontiert, auch bei ihnen stellt sich so eine Tendenz zur Ersatzbefriedigung ein, die den Weg zum Konsum von Drogen ebnet. Die Ehebeziehung der Eltern Drogenabhängiger bezeichnet er als in der Regel gestört. Die Partner leiden unter emotionaler Distanz, Unzufriedenheit - auch im Bezug auf das Sexualleben – sowie unter Mangel an Intimität und Dialogfähigkeit.

Oft wird der zukünftig Abhängige vom gegengeschlechtlichen Elternteil in eine symbiotische Beziehung verwickelt, erwartet wenig Eigenleistung und verhält sich dem Kind gegenüber zu nachgiebig oder behütend, während der gleichgeschlechtliche Elternteil eifersüchtig reagiert und nur noch eine Randposition einnimmt. Seine Erziehungsbemühungen werden vom überprotektiven Partner zunichte gemacht, das Kind hat keine klaren Regeln und wird für sein Verhalten nicht zur Verantwortung gezogen; die Erziehung wird inkonsistent und bei der Bekämpfung der Sucht können die Eltern nicht mehr zusammenarbeiten. Es kommt zur Spaltung in der Familie, die in der Entwicklung der Abhängigkeit und den Reaktionen des Koalitionseelternteils bzw. des Oppositionseelternteils noch zunimmt. Diese Beziehungssituation lässt auf Seiten des Kindes eine nur geringe Leistungsbereitschaft und Frustrationstoleranz entstehen; Selbstdifferenzierung, Identitätsbildung und Ablösungsbestrebungen entwickeln sich nur unzureichend. M.D. Stanton (1982) verweist darauf, dass sich in der „prototypischen“ Familie eines Drogenabhängigen oftmals ein Elternteil - für gewöhnlich der gegengeschlechtliche - zu sehr mit dem Abhängigen engagiert habe, zu nachsichtig oder überprotektiv gewesen sei, während der andere eher strafend, distanziert und/oder abwesend gewesen sei. Auf diese Art und Weise erfüllt der Abhängige eine Funktion für die Eltern und ihre Beziehung, er bietet eine Möglichkeit zur eigenen Kommunikation oder wirkt als „Störer“, dessen auffälliges Verhalten sie davor bewahrt, ihre eigenen Kämpfe auszutragen, er kann sich aber auch durch seinen „Krank-sein-Status“ in den Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit stellen.

Dass Drogenabhängigkeit die Familienstabilität und Homöostase zwischen den Mitgliedern aufrecht erhalten kann und wie die Familie dabei zur Erhaltung des Systems versucht, die Selbstachtung des Drogenabhängigen zu untergraben, belegen M.D. Stanton und T.C. Todd et al. (1981). Diese Theorie der notwendigen Abhängigkeit eines „identifizierten“ Nachkommens zur Stabilisation der familiären Beziehungsmuster bietet auch Erklärungsansatz zur wiederholten, generationsübergreifenden Abhängigkeitsentwicklung und erklärt die abhängigkeitsunterstützenden oder sabotierenden Handlungsweisen der Familienmitglieder. Somit verweist M.D. Stanton (1982) des öfteren auf die Bedeutung einer Familientherapie, um langfristige Erfolge in

der Behandlung der Drogenabhängigkeit zu erreichen: „Die Familie ist der entscheidene Faktor, um zu bestimmen, ob jemand abhängig bleibt oder nicht.“

Weitere Autoren, wie C. Madanes, et al. (1981), A. Uchtenhagen (1982), B. Seifert-Schröder (1984), M. Textor (1989) oder A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1990) argumentieren ebenfalls, dass die Familienverhältnisse (späterer) Drogenabhängiger oftmals von Dysfunktionalität, fehlenden Generationsschranken, Hierarchieumkehrungen oder indirekten, verwirrenden Kommunikationsmustern geprägt sind und es somit zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts innerhalb des Beziehungsgeflechts notwendig wird, ein Familienmitglied zum Symptomträger zu machen.

M. Cleveland (1982) hat, in Anlehnung an Familienmodelle von S. Minuchin (1977) von der Grundannahme ausgehend, dass Familien mit symptomatischen, in diesem Zusammenhang drogenabhängigen Jugendlichen dysfunktionale Strukturen aufweisen, die durch Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Rigidität und Konfliktvermeidung gekennzeichnet sind, die Bedeutung der Geschwister untersucht. Sie verweist auf das sogenannte „perverse Dreieck“ nach Haley, demzufolge in der Familie eines Drogenabhängigen in typischer Weise die Konstellation vorherrscht: überfürsorglicher Elternteil ist mit symptomatischem Kind verstrickt und der weniger verpflichtete Elternteil kämpft dagegen an. Sie beschreibt verschiedene Rollen, die von den Kindern übernommen werden können, wie die des „Eltern“-, des braven und des symptomatischen (später) drogenabhängigen - Kindes und andererseits Hilfsrollen, wie die des „Anwalts“-, „Analytiker“-, „Friedensstifter-Kindes“- oder des Kindes als Therapeut.

In der Auseinandersetzung mit dem Gesamtsystem Familie und der Möglichkeit, sich nur mit der Tryade der Eltern und des symptomatischen Kindes auseinanderzusetzen, sieht sie einen wirkungsvollen Ansatz der therapeutischen Intervention, mit dem Ziel, den Drogenkonsum des symptomatischen Kindes zumindest auf ein zu kontrollierendes Maß einzuschränken und die starre Rollenverteilung innerhalb der Familie aufzuweichen, so dass die Kinder von den Beziehungsproblemen der Eltern befreit werden und sich auf eine geschlossene, kongruente Elterneinheit verlassen können.

2.2.2.3 Drogenkonsum - Vorbildfunktion der Eltern

I. Vogt (1985) führt zu diesem Themenkomplex an, dass in der heutigen Zeit viele Kinder und Jugendliche schon frühzeitig Erfahrungen mit Psychopharmaka machen, um unerwünschtes Verhalten zu vermeiden bzw. Schmerzen zu unterdrücken. So wird der Medikamentenkonsum selbstverständlich in alltägliche Verhaltensweisen eingebaut und verliert seinen „Notfall - oder Sonderfallstatus“. Ihrer Meinung nach machen sich Kinder und Jugendliche „ein Bild über das Ausmaß des Drogenkonsums ihrer Eltern im allgemeinen und über den Medikamentenkonsum ihrer Mutter im besonderen“ und diese Vorstellungen beeinflussen wiederum den eigenen Umgang mit Drogen ganz erheblich. Jugendliche, die selber illegale Drogen konsumieren, tendieren dabei dazu, bei den Eltern einen höheren Konsum zu vermuten, als dies real der Fall ist.

A. Uchtenhagen (1982) stellt fest, dass in der Familien Drogenabhängiger insbesondere die Eltern im Vergleich mit repräsentativen Bevölkerungsgruppen einen vermehrten Konsum psychotroper Substanzen betreiben. Das Interesse, Drogen zu konsumieren, oder der eigentliche Drogenkonsum auf Seiten der Kinder korreliert dabei mit einer eher

gewährenden oder gleichgültigen Einstellung der Eltern zum Konsum von Drogen, er verweist aber auch auf Grenzen des elterlichen Einflusses:

Elterlicher und Peer-Einfluss unterscheiden sich je nach Suchtmittel: sind sie bezüglich des Alkohols eher gleichsinnig, überwiegt der Peer-Einfluss bei der Einstellung zum Haschischgebrauch und der elterliche Einfluss bezüglich des Gebrauchs harter Drogen. Am verlässlichsten ist der elterliche Einfluss dann, wenn schon früher gute Beziehungen zwischen Jugendlichen und Eltern bestanden. Je zufriedenster diese Beziehungen und das Familienklima sind, desto später und geringer manifestiert sich die Neigung Jugendlicher, mit dem Drogenkonsum zu beginnen. Peer-Einflüsse sind wechselhafter und betreffen häufiger momentane Entscheidungen als die elterlichen Einflüsse. Fragt man nach der Art der Einflußnahme, dann ist es einmal mehr die Kraft des Beispiels: der eigene Drogenkonsum beziehungsweise Nichtkonsum bei Eltern und Peers wirkt am deutlichsten auf die Einstellung zum Konsum. [...] Beim Einstieg in den Drogenkonsum etc. erweist sich die Haltung Gleichaltriger als bedeutsamer, während beim Übergang zu fortgesetztem und häufigerem Konsum man sich stärker an den familiären Erfahrungserfahrungen orientiert.

In der Untersuchung von A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985) stellt sich eine im Vergleich mit der Kontrollgruppe hohe Vorbelastung der Herkunftsfamilie mit Suchtproblemen heraus: 56,5% der Opiatabhängigen berichten gegenüber 7,3% der Kontrollprobanden über Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenprobleme in der Familie. In 22,3% der Fälle handelt es sich um mehrere betroffene Personen. In beiden Stichproben ist es analog in erster Linie der Vater, der die Drogen konsumiert.

Laut R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) findet das Lernen der Kinder anhand des Verhaltensvorbildes der Eltern statt. Das gilt auch im Bereich des Drogen- und Genussmittelkonsums. Sie verweisen auf die Untersuchungen von Angst u.a. (1973), Battegay und Mühlemann (1974), Smart und Fejer (1969) und Wieser (1973), die allesamt einen Zusammenhang zwischen dem Drogengebrauch der Eltern, insbesondere dem der Mutter und dem der Kinder nachgewiesen haben. Die Autoren ermitteln ebenfalls einen Bezug zwischen den Konsumgewohnheiten der Eltern und denen der Kinder, wobei sie der Mutter als Modell eine größere Rolle zubilligen als dem Vater, dessen Konsumgewohnheiten oftmals gar nicht bekannt sind.

Die massive Häufung von Vätern und Müttern, die Drogen konsumieren, bei mittleren und schweren Konsumenten läßt vermuten, daß das elterliche Modell dann besonders bedeutsam ist, wenn es darum geht, ob aus einem Gelegenheitskonsumenten ein regelmäßiger Konsument wird und ob ein Jugendlicher richtig in die Drogenszene einsteigt. Das durch unsere Befunde bestätigte kindliche Lernen am Modell enthält aber auch für die Eltern die präventive Chance, ihren Kindern zu zeigen, daß und wie Probleme, belastende Situationen und Spannungen ohne die Hilfe von Alkohol, Zigaretten und Tabletten bewältigt werden können.

D. Ladewig/P. Graw (1985) finden mit 48% im Vergleich zu 9% in der Familie von „Normaljugendlichen“ gleichfalls eine häufigere Vorbelastung mit Drogen in der Herkunftsfamilie von Opiatabhängigen.

S. Kindermann (1989) geht in der Darstellung der Ergebnisse der „Amsel“-Studie auch auf die These der Suchtmittelkonfrontation in der Herkunftsfamilie ein. In fast einem Drittel der Herkunftsfamilien der Interviewpartner liegt eine Abhängigkeit vor: 18% der Väter und 4% der Mütter sind Alkohol- bzw. 4% der Mütter und 3% der Väter medikamentenabhängig, bevor die „Suchtkarriere“ der Untersuchungsprobanden beginnt. Dabei konstatiert sie nicht nur den Eltern (späterer) Drogenabhängiger ein

oftmals mangelhaftes Problembewusstsein im Umgang mit legalen bzw. illegalen Drogen, sondern sie verweist auch auf den Einfluss der Ärzteschaft, die mit medikamentösen Therapien schnell an der Hand sind, wenn es sich um psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter handelt.

Drei von fünf Mädchen wuchsen mit Bezugspersonen auf, die problematischen oder abhängigen Drogengebrauch aufwiesen und auch bei den Jungen ist es jeder zweite. [...] Dass sich exzessiver Drogenkonsum innerhalb der Familie sehr negativ auf die Heranwachsenden auswirkt, wurde [...] bereits nachgewiesen. Kinder lernen, die Drogen ebenso wie ihre erwachsenen Vorbilder als Problemlösemechanismus einzusetzen.

Auch M. Textor (1989) weist in seiner Literaturzusammenschau darauf hin, dass (spätere) Drogenabhängige bereits in ihren Herkunftsfamilien häufig mit „Suchtmitteln“ konfrontiert werden. „Die Eltern rationalisieren nicht nur den eigenen Alkohol- und Medikamentenmißbrauch, sie stehen auch den Experimenten ihrer Kinder mit Suchtmitteln gewährend oder gleichgültig gegenüber“. Meist tendieren sie dazu, weder sich noch die Kinder für Konsumgewohnheiten verantwortlich zu machen, und trauen ihrem Kind nicht zu, sein Verhalten zu kontrollieren.

R. Sickinger (1994) findet 54,2% seiner Probanden, die von Suchtproblematiken seitens ihrer Eltern berichten, wobei Frauen signifikant häufiger belastet sind als Männer.

2.2.2.4 Belastungen in der Vorgeschichte

In seiner Literaturübersicht zitiert A. Uchtenhagen (1982) Baer und Corrado (1974), die bei jugendlichen Drogenabhängigen u.a. Unterschiede zu nichtdrogenabhängigen Jugendlichen im Bereich der „Anwendung strenger körperlicher Züchtigung“ feststellen, sowie Wurmser (1981), der in der Vorgeschichte von Drogenabhängigen Verhältnisse vorfindet, die er als „ausgesprochene Kindesmißhandlung taxiert“. Zu eben solchen Rückschlüssen kommt auch R. Sickinger (1994), in dessen Studie 42,3% der Befragten über häufigere Gewalterfahrungen innerhalb ihrer Herkunftsfamilie berichten.

S. Kindermann (1989) beschreibt in ihrer Darstellung der Ergebnisse der „Amsel“-Studie Gewaltpotential in anderer Richtung: „Bereits im Jugendalter kam es in etlichen Fällen zu körperlichen Übergriffen der Kinder gegen die Eltern (meist den Vater).“

In ihrer Vergleichsstudie (1985) finden A. Uchtenhagen/D. Zimmer-Höfler bestätigt, dass Opiatabhängige erheblich häufiger mit Suiziden ihnen nahe stehender Personen konfrontiert werden als die Probanden der Kontrollgruppe (34% im Vergleich zu 10%).

I. Vogt (1987) schreibt zum Thema der herrschenden Gewalt in Familien allgemein:

Es sind im übrigen die Jungen, die in der Kindheit von ihren Eltern häufiger und brutaler verprügelt werden als Mädchen. Aber Mädchen drohen andere Gefahren in der Familie und an erster Stelle steht hier der sexuelle Missbrauch. Sexuelle Gewalt in Familien geht fast ausschließlich von Männern aus, also vom Vater, vom Großvater oder von anderen männlichen Verwandten und Freunden, die in engem Kontakt mit der Familie stehen. Rund 10.000 Fälle von sexuellem Mißbrauch an Kindern werden in der BRD jährlich angezeigt. Expertinnen schätzen die Dunkelziffer auf rund 300.000 Fälle im Jahr. 85% der missbrauchten Kinder sind Mädchen und rund 15% Jungen.

G. Braun (1992) geht sogar noch von höheren Zahlen aus: „Sexuelle Gewalt gehört zum Alltag sehr vieler Mädchen und Jungen. Man kann davon ausgehen, daß etwa jedes dritte bis vierte Mädchen und jeder neunte bis zwölfte Junge sexuell mißbraucht wird“. Die Thematik eventueller Zusammenhänge oder Überlappungen der Drogenabhängigkeit und des in der Biographie erlittenen sexuellen Missbrauchs wird in den USA schon seit den siebziger/achtziger Jahren eifrig erforscht, während sich hierzulande erst in den neunziger Jahren langsam einige Autoren mit sexuellen Übergriffen im Allgemeinen sowie im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit und „Sucht als Überlebensstrategie“ (vgl. M. Mebbes 1990) befassen.

Laut I. Vogt (1986) reagieren Frauen auf sexuelle Gewalt entweder mit dem Gang zum Arzt, der häufig nur die Verschreibung von Beruhigungs- oder Schlafmitteln zur Hand hat, ja sie nach wiederholter Konsultation im Extremfall sogar in die Psychiatrie einweist - ein Weg auf dem sich nach Ansicht der Autorin möglicher Weise eine Medikamentenabhängigkeit etabliert hat - oder mit dem Griff zur „Flasche“. Die zweite Gruppe greift ohne Vermittlung des Arztes auf den Konsum psychotroper Substanzen zurück, „viele von ihnen trinken Alkohol oder nehmen Medikamente oder illegale Drogen, um sich unempfindlich zu machen gegenüber der Gewalt.“

Die „Amsel“ - Studie ist eine der wenigen allgemeinen Studien zum Thema Drogenabhängigkeit, die sich auch mit dem Themenkomplex des sexuellen Missbrauchs auseinandersetzt, ansonsten finden sich Forschungsansätze und -berichte eher in Studien, die sich speziell mit der Drogenabhängigkeit von Frauen beschäftigen. So berichten schon im Rahmen des Erstinterviews der „Amsel“-Studie 33% der Frauen und auch ein Mann über sexuelle Gewalt, der sie in der Kindheit ausgesetzt gewesen sind. Bei mehr als der Hälfte haben diese Missbrauchserfahrungen schon vor dem 16. Lebensjahr stattgefunden. (vgl. D. Hedrich 1989) Im Verlauf des Längsschnitts berichten noch weitere 20% der drogenabhängigen Frauen von sexuellem Missbrauch oder sexuellen Übergriffen durch ihnen bekannte Männer - meist durch den Stiefvater. (vgl. R. Lind-Krämer/A. Timper-Nittel 1992) In weiteren Ausführungen zitiert D. Hedrich (1989) Forschungsergebnisse, wonach Drogenabhängigkeit eine der möglichen Spätfolgen bei sexuellem Missbrauch darstellt. „So wurde beispielsweise bei 70% aller Frauen, die in eine auf die Behandlung von Inzestopfern spezialisierte amerikanische Klinik kamen, Drogenabhängigkeit festgestellt.“ (Holman 1986).

E. Hanel (1989) berichtet in ihrer Prospektivstudie über stationär behandelte Drogenabhängige und deren Therapieverläufe davon, dass 41% der interviewten Frauen und 8% der befragten Männer angegeben haben, im Alter von durchschnittlich dreizehn Jahren sexuell missbraucht worden zu sein.

2.2.2.5 Adoleszenzkrise - Vermittlung von Ressourcen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben

Die Entwicklungsphase zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr, die Adoleszenz, der Lebensabschnitt des Heranwachsens, sich vom Elternhaus-Loslösens und Selbständig-Werdens, ist in vielen Fällen die einschneidende Phase des ersten Kontaktes zu Drogen: „Wahrscheinlich werden bei der fast totalen Verfügbarkeit legaler und illegaler Drogen künftig sehr viele junge Menschen in einer bestimmten Entwicklungsphase

Drogen ausprobieren. [...] Nach vorliegenden Untersuchungen wenden sich stabile Jugendliche mit gesunder Neugier nach einer Experimentierphase wieder von den Drogen ab.“ H. Schwehm (1994)

Gerade in der Zwischenphase nach einer spielbestimmten Kindheit und vor dem eigenverantwortlichen Leben als Erwachsener sind die Anforderungen an die jungen, heranwachsenden Menschen besonders hoch. Der schulische Bewährungs- und Leistungsdruck wird größer, die psychische Ablösung von den Eltern tritt in ihre kritische Phase und die soziale Integration in die Gleichaltrigen- und Freundesgruppe wird immer bedeutsamer. Die in dieser Phase zu bewältigenden sogenannten Entwicklungsaufgaben wurden als Erstes von R.-J. Havighurst (1972) formuliert:

- das Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und die effektive Nutzung des Körpers
- der Erwerb der männlichen bzw. weiblichen Rolle
- der Erwerb neuer und reiferer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts
- die Fähigkeit, in einer Gleichaltrigengruppe eine anerkannte Position zu erreichen
- die Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen
- die Vorbereitung auf die Lösung von der Herkunftsfamilie
- die Vorbereitung auf eine berufliche Karriere
- die Vorbereitung auf Partnerschaft und Familienleben
- die Gewinnung eines sozialverantwortlichen Verhaltens
- den Aufbau eines Wertsystems und eines ethischen Bewusstseins als Richtschnur für eigenes Verhalten

E. Dreher und M. Dreher haben diese (1985) ergänzt, um

- das Über-sich-selbst-im-Bilde-sein: wissen, wer man ist und was man will
- die Aufnahme intimer Beziehungen zum Partner (Sexualität, Intimität)
- die Entwicklung einer Zukunftsperspektive

Jede dieser Aufgaben birgt in sich das Risiko des Scheiterns, woraus sogenannte Adoleszenzkrise hervorgehen können; J. Hille (1994) nennt als solche z.B. Störungen in der Sexualentwicklung, Identitätskrisen, Autoritätskrisen, Depersonalisations-syndrome, narzisstische Krisen bis hin zu Suizidversuchen.

Die aktuelle gesellschaftliche Situation: einen Arbeits- und Beschäftigungsmarkt, der immer unsicherer wird, einen schon in der Schule entstehenden, enormen Konkurrenz- und Leistungsdruck, die Gefährdung der ökologischen Umwelt, das Aufwachsen in einer, sich schnell wandelnden Gesellschaft, deren Beziehungsnetze zu scheitern drohen, ... dürfte diese Entwicklungsphase zusätzlich belasten.

W. Kindermann (1992) sieht die Chancen, diese Problemsituationen adäquat zu bewältigen, von der antezedenten Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation beeinflusst, d.h. die Chancen stehen gut, wenn die Herkunftsfamilie die Möglichkeiten geschaffen bzw. die Fähigkeiten vermittelt hat, die zur Lösung der Aufgaben notwendig sind und in der aktuellen Situation ein angebrachtes Maß an Unterstützung liefert.

Bei drogengefährdeten Jugendlichen sind Schwierigkeiten beim Lösen dieser Aufgaben und der Drogenkonsum eng miteinander verbunden: Einerseits sehen sie die Möglichkeit, den Problemen bei der Bewältigung durch die Flucht in die scheinbar heile Drogenwelt zu entfliehen oder sich illusionäre Bewältigungsstrategien vorzugaukeln, andererseits wird die Meisterung dieser gesellschaftlichen Entwicklungsaufgaben durch den Drogenkonsum erheblich erschwert. „Die Chance zum Ausstieg aus der Sucht steigt dabei in dem Maße, in dem Drogenabhängige Gelegenheit erhalten oder sich

verschaffen, die ‚verschleppten‘ Entwicklungsaufgaben, [...] verspätet, aber dennoch Stück für Stück produktiv anzugehen.“

A. Uchtenhagen/D. Zimmer-Höfler (1985) gründen den theoretischen Hintergrund ihrer Vergleichsstudie, ausgehend vom empirisch belegten, biographisch immer früheren Beginn von Drogenkonsum und -abhängigkeit und der zunehmenden Assoziierung des „Suchtverhaltens mit anderen Formen der Distanzierung von konventionellen Werthaltungen und Normen“, auf das systemtheoretische Modell des psychosozialen Gleichgewichts. Die Grundannahme dieses Modells besteht darin, dass es für das Überleben, die Funktionsfähigkeit und die Weiterentwicklung, also für die soziale Integration sowohl eines Kollektivs als auch jedes einzelnen Individuums notwendig ist, dass die Anforderungen, die zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehenden Ressourcen und die Autonomie - „als Inbegriff der Gesamtheit aller Fähigkeiten, den gestellten Anforderungen einerseits, den eigenen Bedürfnissen andererseits zu genügen - im Gleichgewicht sind. Jede Veränderung, Ab- oder Zunahme einer der drei Größen erfordert eine explizite Anpassung der anderen beiden Größen zur Behebung des daraus entstandenen Ungleichgewichts, der individuellen Krise. Anhand dieses Modells lässt sich somit die besondere Bedeutung der Phase der Adoleszenz verdeutlichen: „Sie ist gekennzeichnet durch eine neue Anforderungen auf sozialer, emotioneller, intellektueller und ideologischer Ebene, durch eine Relativierung der bisher maßgebenden Bezugspersonen, durch das wachsende Bedürfnis einer eigenen Identität und Zukunftsperspektive“. Auch die Bezugsgruppe, die Eltern sind neu gefordert. Krisen können von beiden Seiten ausgelöst werden, denn beide haben ein Ablösungsproblem zu bewältigen.

Im günstigen Fall wird das Ungleichgewicht durch autonome Stabilisierung aus eigener Kraft oder durch subsidiäre Stabilisierung mit Hilfestellung von außen wieder eingereckt, bis der erforderliche Autonomiezuwachs geglückt ist. Das Fehlen einer stabil strukturierten und tragfähigen Bezugsgruppe erschwert somit die Bewältigung der Krise oder lässt sie sogar eskalieren bzw. sich von einer individuellen auf eine allgemeine Krise ausweiten. Kommt es dagegen im ungünstigeren Fall durch Bildung eines pathologischen Gleichgewichts nur zu einer Pseudostabilisierung, führt dies zu einer Einschränkung der Autonomie mit der Entwicklung von „neurotischem“ Fehlverhalten und einer erhöhten Störanfälligkeit des Systems.

Nach M.D. Stanton (1982) ist die Drogenabhängigkeit aufs Engste mit der Problematik des „Aus-dem-Haus-gehens“ verbunden. Seiner Meinung nach lässt sich der Drogenmissbrauch in drei Phasen einteilen, die erste ist der Gebrauch „legaler Drogen wie Alkohol und ist im Wesentlichen eine soziale Erscheinung. Die zweite schließt den Gebrauch von Marihuana ein und ist zuallererst von den Gleichaltrigen beeinflusst. Die dritte Phase - häufiger Gebrauch anderer illegaler Drogen - ist stärker auf die Qualität der Eltern-Heranzwachsenden-Beziehung bezogen als auf andere Faktoren“. Daraus zieht er den Schluss, dass „schwerer Drogengebrauch zuallererst ein Familienproblem ist“. Er verweist auf die große Bedeutung des Lebenszyklusses - man ist nicht von Geburt an süchtig, sondern wird es zu einem bestimmten Zeitpunkt. Deshalb legt er sein Augenmerk nicht nur auf die individuelle Biographie des Süchtigen, sondern gerade auch auf Veränderungen im Familienzyklus.

Das Drogenproblem entwickelt sich innerhalb des familiären Kontextes. Die Drogenabhängigkeit eines Familienmitgliedes kann dabei als Mittel, sich an

Veränderungen im Familiensystem anzupassen, eine funktionale Bedeutung haben, z.B. als „homöostatischer Mechanismus, der Familientransaktionen regelt“ oder „als ein kommunikativer Akt, der als Vertrag zwischen zwei oder mehr Mitgliedern dient und oft auftritt, wenn sich eine Person in einer unmöglichen Situation befindet und versucht, aus ihr auszubrechen“. Wird dann z.B. durch Familientherapie ein anderer Weg der Anpassung aufgezeigt, wird das Symptomverhalten des Drogenabusus überflüssig. Problematisch wirkt sich demnach eine Behandlung aus, die nur zu einer Veränderung des Symptomträgers innerhalb der Familie führt, denn ohne entsprechende Mitveränderungen über das interpersonelle System hinaus, im größeren, sozialen System verringert sich die Chance auf langfristigen Erfolg, da das umgebende System erheblichen Druck zur Erhaltung der alten Verhältnisse und somit zum „Rückfall“ in die alten Verhaltensweisen auf Seiten des Symptomträgers ausübt.

Auch B. Seifert-Schröder (1984) sieht im „Suchtverhalten“ einen Ausdruck der nicht gelungenen Ablösung vom Elternhaus oder der nicht gelungenen Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit. Die Familienverhältnisse sind so dysfunktional, dass zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes einer der Familienmitglieder zum Symptomträger gemacht werden muss.

Die Projektgruppe TUDrop (1984) versteht die Zuwendung Jugendlicher zu Drogen ebenfalls als Problem der Jugendentwicklung. Unter Verweis auf die mannigfaltige Ätiologie von „Drogengebrauch“ werden folgende Aspekte als die wichtigsten herausgestellt: Drogenkonsum als

- Bewältigungsstrategie gegenüber Selbstwert- und Kontrollverlust
- Anschluss und Positionsfindung in Peer-Gruppen
- Entwicklungsanreiz im System altersgraduierter Bevorrechtungen
- Demonstrative Selbst-Etikettierung mit Devianz

Dabei kommt ihrer Meinung (Projektgruppe TUDrop (1984)) nach gerade in der Anfangsphase des Drogenkonsums der „drogeninduzierten Möglichkeit zur Bewältigung von Alltagskonflikten“ eine Schlüsselrolle zu, somit haben Drogen, „gerade wegen der engen zeitlichen und sachlichen Verknüpfung mit zentralen Entwicklungsaufgaben der Jugendzeit“ die Chance, „unter (extremen) Umständen zum dominierenden Element des Lebensstils zu werden“. So heterogen die Jugendlichen auch sein mögen, allen gemein ist, dass sie sich bezüglich ihrer zukünftigen Lebensplanung bestimmten Anforderungen stellen müssen. Dabei sind „in allen kognitiv komplexen Problemsituationen, in denen sich Menschen zurechtfinden wollen, Antizipierbarkeit und Kontrollierbarkeit der Folgen des eigenen Handelns unabdingbare Voraussetzungen, um eine persönlich zumindest als neutral bewertete Gesamtverfassung zu halten“. Grundsätzlich findet der Konsum von Drogen nicht ziellos statt: Der Beginn von Drogenkonsum kann die Übernahme einer normgerechten Verhaltensweise im Laufe des Sozialisationsprozesses sein und somit als Reifensymbol, das Erwachsensein demonstriert, dienen und so „Tür und Tor für weitere altersgerechte Vorrechte“ öffnen, oppositionelles Verhalten gegenüber Eltern oder Erwachsenenwelt symbolisieren, Grenzüberschreitung darstellen, zu neuen Körper-, Seelen- oder Geisterfahrungen verhelfen, Bestandteil von Lebensstilen sein, die von Jugendlichen ausprobiert und angenommen werden, Anerkennung bei Gleichaltrigen verschaffen und so eine sozial integrative Funktion erfüllen oder Spielart exzessiv-ritualisierter Verhaltensweisen sein, zur Entwicklung weiblicher oder männlicher Identität und Sexualität beitragen, eventuell

einfach „Spaß“ machen oder Frust oder Langeweile überbrücken und letztendlich einen Lösungsversuch bei überfordernden Entwicklungsanforderungen und entstehenden -problemen darstellen.

Als Ergebnis seiner empirischen Studien fasst Dr. med. R. Thomasius (1993) in seiner Habilitation zusammen:

Voraussetzungen für die Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben sind bei Drogenabstinenten nicht allein auf individueller Ebene günstiger als bei betreuten Heroinkonsumenten, sondern auch in familienbezogener Hinsicht. In den Familien der Opiatkonsumenten wird vergleichsweise weniger kommuniziert, Rollenerwartungen werden seltener erfüllt, der Ausdruck von Gefühlen ist schwächer und Normverletzungen weichen stärker ab. Demgegenüber ist das Ausmaß an Grenzstörungen signifikant höher als in den abstinenten Familien. Die Ergebnisse belegen eindringlich, daß sich insbesondere im Frühstadium der Suchtentwicklung Drogenkonsum und familiäre Belastungen wechselseitig im Sinne eines *circulus vitiosus* beeinflussen.

2.2.2.6 Elterliche Dysfunktionalität als Reaktion – Co-Abhängigkeit als zirkulärer Prozess

Der Begriff der „Co-Abhängigkeit“ stammt aus der amerikanischen Suchtkrankenhilfe, er wurde ursprünglich im Zusammenhang mit der Therapie von Alkoholikern geprägt. In Theorie und Praxis der Alkoholbehandlung stand lange Zeit der Alkoholabhängige im Mittelpunkt, dann wurde das soziale Beziehungskonzept des Abhängigen mit einbezogen, Alkoholabhängigkeit wurde als „Familienkrankheit“ definiert, die übrigen Familienmitglieder als „Co-Abhängige“ bezeichnet. Seit Mitte der achtziger Jahre betrachtet man „Co-Abhängigkeit“ als eigenständige, ernstzunehmende Krankheit mit eigener Symptomatik und Pathologie.

M. Rennert (1990) orientiert sich an den Konzepten der Systemtheorie und betrachtet Drogenabhängigkeit „als problematisches Verhalten, das in Interaktionen mit anderen Verhaltensweisen steht und das seinerseits von Interaktionen und Veränderungen beeinflusst wird“. Dabei steht der Abhängige nicht nur in Interaktion mit anderen Personen, Subsystemen und der Gesellschaft, sondern er entwickelt auch eine Beziehung zur Droge und erfährt durch deren Konsum Veränderungen in seinem Erleben und Verhalten. Die drogenabhängigen Kinder stehen im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses, es soll eine Erklärung für ihr Verhalten gefunden werden. Dabei wird ihrer Meinung nach der Aspekt, welche „Therapeutika“ die Angehörigen für ihre persönliche Entwicklung und Gesundheit nötig haben und wozu sie im Bezug auf ihre eigene Erkrankung der „Co-Abhängigkeit“ Hilfe brauchen, immer noch völlig übersehen. Sie teilt sowohl die Drogenabhängigkeit als auch die Entwicklung der „Co-Abhängigkeit“ der anderen Familienmitglieder in vier Phasen ein:

1. in die Lernphase, in der sich zunehmend Veränderungen und Stress im Zusammenleben einstellen, die Familienmitglieder versuchen, sich vor Belastungen zu schützen und das alte Gleichgewicht wieder herzustellen. Die Familie ist sich noch nicht bewusst, dass es sich um ein entwickelndes Drogenproblem handelt;
2. in die Suchphase, in der sich kleine, versteckte Hinweise auf das entwickelnde Drogenproblem einstellen, die jedoch anders interpretiert oder einfach nicht zur Kenntnis genommen werden. Dieses Verhalten wird familiäre Verdrängung und Verleugnung genannt. Mit der Zeit lässt sich die Drogenproblematik aber nicht mehr

verleugnen, die Familie kommt zur Verkenning der Realität dahingegen, dass sie den Drogenkonsum kontrollieren könnte. Diese Verdrängung und Verleumdung ermöglicht das Abgleiten des abhängigen Familienmitgliedes in die Abhängigkeit.

3. in die Phase der schädlichen Konsequenzen, jetzt nimmt das Abwehrverhalten einen zwanghaften Charakter an. Die Reaktionen der Familie werden ebenso vorhersagbar und automatisch wie die der abhängigen Person. Die Familienmitglieder fühlen sich ohnmächtig, den Drogenkonsum des Abhängigen zu kontrollieren, und halten sich fälschlicherweise für die Ursache der Abhängigkeit.

4. in die Phase, in der man Drogen nimmt, um sich normal zu fühlen, bzw. in die Fluchtphase. Dies ist die letzte Phase in der Entwicklung der familiären Abhängigkeit, charakterisiert durch verschiedene große Krisen. In dieser Phase kommt es zu Trennungen und Scheidungen, aber „wer sich aus einer abhängigen Familie löst, kann selbst durchaus abhängiges bzw. co-abhängiges Verhalten entwickelt haben und es auch außerhalb der Familie fortführen“.

Dabei gibt es in den Familien mit einem Drogenabhängigen meistens ein Mitglied, das besonders unter der Situation leidet, mit spezifischen Verhaltensweisen reagiert, die den Konsum und die Abhängigkeit erst recht fördern. Dieses Mitglied nennt man in der amerikanischen Literatur den „primary enabler“ oder den „chef enabler“. Sehr oft entwickeln die „Enabler“ selbst ein selbstzerstörerisches Verhalten bis zum Eigengebrauch illegaler Drogen. Laut M. Rennert (1990) besteht das Problem darin, dass

der Abhängige bei anderen noch mit Verständnis rechnen darf, da er ja anerkanntermaßen krank ist, sich der Co-Abhängige aber in einer ausgesprochen undankbaren Situation befindet: Die Mechanismen, die er sich angeeignet hat, um überleben zu können, werden ihm im allgemeinen als ganz individuelle Persönlichkeitszüge angelastet und durchaus auch als Ursache des Suchtmittelmissbrauchs der abhängigen Person interpretiert.

S. Wegscheider-Cruse (1987) definiert „Co-Abhängigkeit“ als einen spezifischen Zustand,

der durch die vorrangige Beschäftigung mit einem anderen Menschen oder Objekt sowie die Abhängigkeit (emotional, sozial, manchmal auch körperlich) von diesem charakterisiert ist. Schließlich wird diese Abhängigkeit von einer anderen Person zu einem pathologischen Zustand, der die co-abhängige Person in allen anderen Beziehungen beeinträchtigt.

Ein entscheidender Schritt auf dem Weg zur Co-Abhängigkeit, zur Übernahme der Rolle des „Enablers“ besteht ihrer Meinung nach in der Übernahme der Verantwortlichkeit des Abhängigen in den eigenen Verantwortungsbereich: Eltern bezahlen oder besorgen die Drogen oder verschaffen den Abhängigen Alibis, um sie vor den Folgen der Beschaffungskriminalität zu schützen. Für die Autorin sind generell „alle, die in einer Familie voller Realitätsverleugnung, zwanghaftem Verhalten und Unterdrückung von Gefühlen leben“ in hohem Maße gefährdet, an Co-Abhängigkeit zu erkranken, besonders „Personen aus Familien, die ein Geheimnis haben, aus traumatisierten und aus rigiden und dogmatischen Familien“. Das gemeinsame Grundproblem liegt darin, dass die betroffenen Familien nicht in der Lage sind, Veränderungen in ihrem Leben zu akzeptieren, statt eine neue Balance zu finden, ist man bemüht, den gewohnten Ist-Zustand zu erhalten. Die Entwicklung der Krankheit „Co-Abhängigkeit“ ist demnach nicht auf die typische, überprotektive, selbstzerstörerische Mutter oder die sich selbst

vernachlässigenden Eltern zurückzuführen, sondern alle beobachteten Persönlichkeitseigenschaften in einer Familie mit drogenabhängigen Mitgliedern sind als Symptom der Familienkrankheit zu werten.

R. Subby (1987) definiert Co-Abhängigkeit als ein „Lebensbewältigungs- und Problemlösungsmuster, das durch eine Reihe von dysfunktionalen Regeln innerhalb der Familie oder des sozialen Systems geschaffen und aufrechterhalten wird.“ Diese Regeln wirken der gesunden Entwicklung oder konstruktiven Veränderungen entgegen und Kinder werden in ihrer persönlichen Entwicklung behindert. Über Probleme wird in solchen Familien nicht gesprochen, Gefühle wie Angst oder Schuld, Wut, Ohnmacht oder Einsamkeit werden „eingefroren“ oder nur zielgerichtet zugelassen, zwanghaftes Verhalten dient als primärer Abwehrmechanismus. Das eigene Selbst muss dahingegen verleugnet werden, dass positive Erfahrungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins nur durch die Erfüllung der Wünsche der anderen erreicht werden können, so vermitteln „Co-Abhängige“ nach außen hin immer die glückliche „Alles-ist-in-Ordnung-Fassade“, obwohl in der Realität alles auseinanderbricht. Dieses Phänomen der „Co-Abhängigkeit“ entsteht seiner Meinung nach sowohl in der Interaktion mit Abhängigen als auch in allen anderen Beziehungen, in denen dysfunktionale Regeln gelten, wie z.B. in Familien mit einem psychosomatisch erkrankten Mitglied oder in Familien mit Missbrauchsthematik.

Im psychodynamischen Modell zur Erklärung der „Co-Abhängigkeit“ von T.L. Cermak (1986) nimmt die abhängige Persönlichkeit eine spiegelbildliche Rolle zur Person des „Co-Abhängigen“ ein und umgekehrt. Während der Abhängige mit seiner narzisstischen Persönlichkeit seine Selbstwertproblematik zu Lasten von Objektbeziehungen in Form von übersteigter Selbstachtung kompensiert, so liegt im innersten Kern der „Co-Abhängigkeit“ die Selbstaufgabe und das Gewinnen positiver Impulse aus der Aufwertung durch andere. Der Autor definiert „Co-Abhängigkeit“ als Persönlichkeitsstörung, wenn folgende Kriterien erfüllt werden: Der „Co-Abhängige“ besitzt ein erniedrigtes Selbstbewusstsein und leidet an einer gewissen Identitätskonfusion, sein Selbstwert ist unmittelbar abhängig vom Verhalten anderer Personen, die als Selbstwertobjekte fungieren, er erachtet die Belange und Bedürfnisse anderer für bedeutender als seine eigenen, zeigt in Beziehungen große Ängstlichkeit, nicht mehr gebraucht oder geliebt zu werden, und eine gewisse Abgrenzungsproblematik, eine Aufgabe der eigenen Persönlichkeitsgrenzen zur Stärkung der Verbindung zum Objekt.

A. Wilson Schaef (1986) geht soweit, dass sie „Co-Abhängigkeit“ als eigenständige Krankheit mit eigener Symptomatik, vorhersehbarem Verlauf und letztendlich tödlichem Ausgang betrachtet. Ihrer Meinung nach sind „viele Krankheiten sowie psychische Leiden und Verhaltensstörungen letztlich Erscheinungsformen des Suchtprozesses“, aus dieser „Primärerkrankung“ ergeben sich eine Fülle an „Sekundärerkrankungen“.

Diese Theorie erklärt ihrer Meinung nach, weswegen es nicht ausreicht, sich vom unkontrollierten Konsum der Droge zu lösen, sondern erst von Grund auf neu überdachte Einstellungen zum Denken und Leben allgemein den Abhängigen, Beziehungs-, Fress- oder Magersüchtigen, langfristige Erfolge erzielen lassen. Diese Verhaltensänderungen helfen ihm, „aus einem Suchtsystem in ein System eines lebendigen Prozesses überzuwechseln. [...] In unserer Gesellschaft gibt es unglaublich viele ‚Co-Abhängige‘ [...] wenn überhaupt welche frei davon sind [...] jeder Mensch kann der ‚Co-Abhängigkeit‘ verfallen.“ Ihrer Meinung nach ist die gesamte Gesellschaft erkrankt, so dass alle behandelt werden müssten.

2.3 Aktuelle Familiensituation

2.3.1 Die gegenwärtige Beziehung zu den Eltern und Geschwistern

In verschiedenen Studien wird die aktuelle Beziehung zu Eltern oder Geschwistern als überdurchschnittlich anhänglich und zu wenig losgelöst beschrieben. So folgern U. Engel und K. Hurrelmann (1989), dass sich der Drogenkonsum in der Adoleszenz oder in der Jungerwachsenenphase verstärkt, wenn Konflikte mit den Eltern bestehen. Der Drogenkonsum und die Abhängigkeitsentwicklung Jugendlicher oder Jungerwachsener kann als kompromissbildene Beziehungsgestaltung eines Familiensystems verstanden werden und R. Thomasius (1993) schreibt, dass insbesondere der fortgesetzte Missbrauch von Drogen die familiäre Kohäsion dahingegen stärkt, dass Loyalitätskonflikte entschärft und Prozesse, die mit einer eventuellen Trennung des Drogenkonsumenten einhergehen, von vornherein verschoben oder sogar verhindert werden. Somit wirkt die Droge als „zentraler Regulator von Ablösung und Autonomie einerseits und von Verschmelzung und Abhängigkeit andererseits“.

G.E. Vaillant (1966) befindet, dass die Mehrzahl der untersuchten Abhängigen bis ins hohe Erwachsenenalter hinein mit mindestens einem Elternteil zusammen wohnt und schließt daraus auf eine ungenügende Ablösung vom Elternhaus. Ebenso findet auch M.D. Stanton (1982) „viele Anzeichen, dass die Mehrzahl der Drogenabhängigen trotz ihrer Unabhängigkeitsproteste enge Familienbindungen aufrecht hält“, oder, so M. Textor (1989) auch „noch mit dreißig Jahren und mehr eine sehr intensive innerliche Verbundenheit zu ihren Eltern hat“. Seiner Meinung nach wird diese gegenseitige Abhängigkeitssituation von beiden Seiten, also von den Eltern, bzw. dem symbiotisch zugewandten Elternteil, und dem Abhängigen zur Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Familienhomöostase bewusst gefördert und beibehalten. C. Madanes et al. (1982) sieht in diesen lang und eng aufrechterhaltenen Familienbindungen einen Faktor, der am Fortdauern der Drogenabhängigkeit mitbeteiligt ist, und fordert daher, Drogenhilfsprogramme durch familientherapeutische Maßnahmen zu komplettieren.

Im Gegensatz dazu wird gerade der biographisch frühe Auszug aus dem Elternhaus von Autoren wie M. Sieber/J. Angst (1981) - bezogen auf Cannabis-Konsumenten - oder A. Uchtenhagen/ D. Zimmer-Höfler (1985) als Hinweis auf die nicht gelungene Ablösung gewertet. Die Probanden ihrer Studie wohnen zwar im Vergleich seltener bei den Eltern, fühlen sich aber in finanzieller Hinsicht und bezüglich lebenspraktischer Belange mehr von den Eltern abhängig und auf ihre emotionale Unterstützung angewiesen. Unter Berücksichtigung derjenigen Studienprobanden, die ihre Elternressource für durchaus befriedigend befinden, kommen sie zu dem Schluss, dass

sich die relativ frühe Anforderung an Selbständigkeit an die Opiatabhängigen im bleibenden Gefühl der emotionalen Abhängigkeit spiegelt, während die Kontrollgruppenprobanden in der natürlichen Sicherheit und dem emotionalen Rückhalt des längeren Zusammenwohnens mit den Eltern ganz nebenbei lernen konnten, wie die eigenen finanziellen und administrativen Belange zu regeln sind und sich eben nur auf die konkrete Ressource des Wohnens angewiesen fühlen.

D. Ladewig und P. Graw (1985) finden eine im Vergleich zu „Nicht-Drogen-Usern“ schlechtere Beziehung zur Herkunftsfamilie, die sich aber teilweise im Verlauf der Studie z.B. in der Frage nach der Anteilnahme der Eltern am eigenen Leben, einander angeglichen haben. Die Beziehung der Abhängigen zu ihrer Herkunftsfamilie hat sich also ihrer Meinung nach im Rahmen des Ablösungsprozesses verbessert, z.B. haben die Kontakte zugenommen. Demgegenüber zählen die Befragten trotz zunehmender Selbständigkeit zum Großteil noch auf die finanzielle Unterstützung durch die Eltern, während dem eh schon gering geschätzten emotionalen Rückhalt zunehmend weniger Bedeutung beigemessen wird.

R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) sehen die Beziehung zur Herkunftsfamilie eher als zu distanziert. Sie erfassen die Frage nach der Beziehung zu den Eltern in der Frage nach übereinstimmenden - also übernommenen bzw. abweichenden Lebenseinstellungen - und kommen dabei zu dem Schluss, dass die Diskontinuität der Sozialisation mit der Nähe zum Drogenkonsum zunimmt: Je zugewandter ein Jugendlicher den Drogen ist, um so mehr weichen seine Vorstellungen von der Generation seiner Eltern ab.

H. Berger, K.H. Reuband und U. Widlitzek (1980) finden eine mit zunehmendem Drogenkonsum korrelierend ansteigende emotionale Distanzierung von den Eltern. Dabei ändert sich häufig vor allem die Beziehung zum Vater, während die engere Hinwendung zur permissiveren Mutter bestehen bleibt. In den meisten Fällen löst das Bekanntwerden des Opiatkonsums mehr emotionale oder finanzielle Zuwendungen aus, die allerdings oftmals in ablehnende Rat- und Verständnislosigkeit bis zum absoluten Beziehungsbruch umschlagen, wenn die Abhängigkeit bestehen bleibt. Nur rund ein Viertel der Eltern raten zu einer Therapie und unterstützen ihre Kinder dabei, die Abhängigkeit zu überwinden.

S. Kindermann (1992) sieht in der notwendigen Loslösung vom Elternhaus und dem Aufbau neuer, distanzierter Beziehungsgeflechte zur Herkunftsfamilie die entscheidene Entwicklungsaufgabe, die von den „Cleanen“ signifikant öfter produktiv gelöst werden konnte, als von den „Abhängigen“ und deren - wenn auch verschleppte Bewältigung - zum Ausstieg aus der Sucht beitragen kann.

2.3.2 Aktuelle Partnerschaft

Dies ist eine Themenauskopplung, die in der Literatur nicht die Beachtung gefunden hat, wie das vielfach erforschte Gebiet der Herkunftsfamilie, was evtl. auch an dem jugendlichen Alter vieler Drogenabhängiger liegen mag. Bei Alkoholikern, einer Abhängigkeit, die sich häufig erst in späteren Lebensjahrzehnten manifestiert, ist dagegen auch der Bereich der Partnerschaft, der eigenen Kinder und der Familie eingehend in der Literatur vertreten, wobei dabei

die Frau des Alkoholikers als ebenso pathologische Gestalt in die wissenschaftliche Literatur eingegangen ist, wie etwa die Mutter des Schizophrenen [...] Wer sich mit einem Drogenabhängigen einläßt, mit dem kann etwas nicht stimmen. Mit größter Bedenkenlosigkeit werden in den meisten Therapieprogrammen bestehende Partnerschaften ignoriert oder als schädlich für den therapeutischen Prozeß des Drogenabhängigen abgelehnt. A. Uchtenhagen (1982)

Auch im Bereich der Opiatabhängigkeit ist gerade im Hinblick auf Langzeitabhängige die Problematik der eigenen Familie in Hinsicht auf ihren Einfluss auf die Abhängigkeit keineswegs zu vernachlässigen. S. Kindermann (1989) beschreibt detailliert die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe, „Sexualität und Intimität entwickeln zu lernen“. An die Erprobungsphase der „seriellen Monogamie“, in der der Jugendliche sehr stark auf die Unterstützung durch die Herkunftsfamilie bzw. andere Bezugspersonen oder die Gleichaltrigengruppe angewiesen ist, schließt sich die Phase der „stabilen Paarbildung“ sowie die des „Aufbaus und der Produktion“ an, in denen die drei „Funktionsprinzipien der Partnerbeziehungen, [...] Abgrenzung, [...] regressives und progressives Abwehrverhalten [...] und die Gleichgewichtsbalance“ häufig zu Problemen führen. Generell ist zu bemerken, dass die (später) Drogenabhängigen der „Amsel“-Studie auf Kosten anderer Anforderungsbereiche wie Schule oder Beruf eher zu früh mit diesem Bewältigungsprozess der Liebe und Sexualität beginnen. Häufig werden sie dabei von dem Wunsch geleitet, Ersatz für die mangelnde Zuwendung und körperliche Nähe in der Herkunftsfamilie zu finden. Drogenabhängige sind dabei häufig unfähig, echte Zuwendung zu einem anderen Menschen zu entwickeln oder zum Ausdruck zu bringen. Weibliche Abhängige neigen als Folge davon eher dazu, zu viel zu lieben, Männer mit ihrer Fürsorge zu überschütten und schädliche Beziehungen zu erdulden, während männliche sich eher emotional zurückziehen oder sich verantwortungslos verhalten. (Vergleichend geben in der Studie von D. Zimmer und A. Uchtenhagen (1982) die befragten opiatabhängigen Frauen als wichtigsten Menschen in ihrem Leben oftmals den Partner und die Männer sich selbst an). Häufig versuchen Abhängige dabei ihre eigenen Schwächen durch vermeintlich starke Partner zu kompensieren. Sobald erkennbar wird, dass die Erwartungen unerfüllbar sind, entsteht eine schwere Krise, in der häufig auf die gewohnte Bewältigungsstrategie Drogenkonsum zurückgegriffen wird. So werden Beziehungsprobleme von den Drogenproblemen überlagert und ein Ausstieg aus der Drogenszene ist nur möglich, wenn gleichzeitig eine produktive Bewältigung der Partnerschaftsprobleme erfolgt.

Ähnlich zeigt sich das Bild in der Untersuchung von D. Ladewig und P. Graw (1985), in der das Beziehungsbedürfnis zu allen Untersuchungszeitpunkten als groß bezeichnet wird, wohingegen in der Entwicklung der Opiatabhängigen eine feste und konstante Beziehung zu einem festen Partner zunehmend an Gewicht gewinnt, obwohl sie im Vergleich weniger verheiratet und häufiger geschieden sind als Nichtdrogenkonsumenten. Bemerkenswert ist das Teilergebnis, dass die Drogenkonsumenten sich zu 40% (im Vergleich zu nur 7% der Nichtkonsumenten) durch diesen fehlenden festen Partner belastet fühlen.

Nach der Meinung von M.D. Stanton und D.C. Todd et al. (1978) ist die in vielen Einzelheiten im Vorangegangenen näher behandelte Beziehung zur Herkunftsfamilie bedeutsamer für den Drogenabhängigen als seine Beziehung zum evtl. vorhandenen Lebenspartner bzw. zur selbst gegründeten Familie, da die „heterosexuellen dyadischen Beziehungen, die Abhängige eingehen“, nur „eine Wiederholung der Rollen und Interaktionsmuster der Herkunftsfamilie sind, so wie sie diese beim Umgang der Eltern beobachtet haben“, und die häufig zu einem ebenfalls abhängigen Partner bestehenden Beziehungen sowohl durch Einflüsse der Drogenabhängigkeit als auch durch den Druck der Eltern, zu ihnen zurückzukehren, zumeist nur von kurzlebiger Dauer sind.

In der Studie von D. Zimmer-Höfler und A. Uchtenhagen (1985) haben die Opiatabhängigen seltener einen festen Partner, sind häufiger geschieden und fühlen sich in bestehenden Beziehungen in emotionaler Hinsicht mehr auf den Partner angewiesen als nichtabhängige Vergleichsprobanden.

M. Textor (1989) weist ebenfalls auf den negativen Einfluss der Herkunftsfamilie auf die Gründung eigener Familien der Drogenabhängigen hin - oftmals würden die Partner abgelehnt, kritisiert oder in Streitigkeiten verwickelt. So erhoffen die Eltern den Erhalt des zur Aufrechterhaltung der Familienhomöostase benötigten Symptomkinds zu erreichen. Dabei ergreift der Abhängige, der sich in vielen Fällen nicht wirklich von seiner Familie abgelöst hat, eher die Partei der Eltern, anstatt den Partner zu unterstützen.

Von vielen Autoren, wie z.B. von G. Vaillant (1966), W. Kindermann (1992) oder R. Sickinger (1994) wird dem Aufbau einer stabilen und drogenfreien Partnerbeziehung eine immens unterstützende Rolle zur Überwindung der Abhängigkeit beigemessen. Im Vergleich zu akut Drogenabhängigen, die zu ca. 50% keine Partnerbeziehung oder eine Beziehung zu ebenfalls Abhängigen unterhalten, leben 62,7% der beim Abschlussgespräch der „Amsel“-Studie „Cleanen“ in einer festen und weitere 8,5% in einer lockeren Beziehung zu einem drogenfreien Partner. „Die aktuelle Partnerbeziehung ist auf jeden Fall für die deutliche Mehrheit der Befragten, die eine Beziehung haben, ein wichtiger Grund für das momentane Leben ohne Drogen“. W. Kindermann (1992)

D. Hedrich (1989) stellt generell fest, dass die Abhängigen im Vergleich zur normalen Durchschnittsbevölkerung seltener verheiratet sind. Sie verweist außerdem darauf, dass die drogenabhängigen Frauen deutlich häufiger verheiratet bzw. geschieden sind, sich in engeren Beziehungen, häufiger zu einem ebenfalls abhängigen Partner befinden und diese länger, auch über Trennungszeiten (z.B. durch Gefängnisaufenthalte), aufrechterhalten als die männlichen Abhängigen.

2.3.3 Auch Drogenabhängige haben Kinder

Während A. Uchtenhagen (1982) in seiner Literaturübersicht noch feststellt, dass bezüglich dieser Thematik nur wenig systematisch ausgewertete Ergebnisse vorliegen, wird ihr in den letzten Jahren zunehmend Bedeutung beigemessen. Ein Großteil der Veröffentlichungen beschränkt sich allerdings auf die Lebenssituation der Kinder von Alkoholabhängigen.

Besonders aus medizinischer Sicht muss ein umfassender Kommentar bei der Betrachtung der Schwangerschaft ansetzen. M. Textor (1989) stellt Schwangerschaft, Geburt, Erziehung und die Entwicklung der Kinder Drogenabhängiger als durchweg negativ und benachteiligend für die Nachkommenschaft der Abhängigen dar.

Ich glaube, dass die Aufgabe der Gesellschaft bzw. der Ärzteschaft unter anderem darin besteht, Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer diese Kinder und ihre Eltern eine Chance haben. Dazu sollte man vom Leidensdruckprinzip auf eine akzeptierende Drogenarbeit umschwenken.

„Akzeptierende Drogenarbeit“ ist das Stichwort für einen neuen Weg in der Drogenhilfe: eine Haltung, die akzeptiert, daß Menschen Drogen nehmen und trotzdem leben wollen und können; die Hilfe anbietet, aber nicht aufzwingt, und davon ausgeht, daß die Entscheidung für ein Leben

ohne Drogen nur eine selbst gewählte sein kann. [...] Akzeptierende Drogenarbeit bedeutet, Menschen den Zugang zu ihren Suchtmitteln nicht unnötig zu erschweren, ihnen erst eine Überlebenshilfe zur Verfügung zu stellen und dann ein weiteres Therapieangebot. J. von Soer/ I. Stratenwerth (1991)

Es stellt sich nicht die Frage, ob Drogenabhängige überhaupt Kinder haben sollten. Es ist davon auszugehen, dass sie - wie viele andere Menschen in problembehafteten Lebenssituationen ebenfalls - Kinder bekommen und demnach geht es um die Frage, inwiefern man sie in ihrer Elternschaft unterstützen kann. Der Ansatz der akzeptierenden Drogenhilfe, der noch bis 1988 von der Schulmedizin verteufelt wurde, gewinnt immer mehr an Bedeutung. „Wenngleich sehr spät, hat sich auch in unserem Land die Erkenntnis durchgesetzt: Drogenabhängigkeit erfordert eine Palette von spezifischen medikamentösen, psycho- und sozialtherapeutischen Behandlungskonzepten, so auch ganz besonders in der Schwangerschaft und in der Zeit danach.“ R. Raben (1996)

Im Jahre 1985 wurde von der Universität Utrecht wissenschaftlich fundiert bekräftigt, dass drogenabhängige Eltern zu relativ großen Erziehungsanstrengungen imstande sind. Es ist unbestritten, dass Drogenabhängigkeit die Gründung einer Familie erschwerend beeinflusst, aber viele Autoren, wie z.B. I. Arenz-Greiving (1994), sind der Meinung, dass die Schwangerschaft den Drogenabhängigen einen Weg zum „normalen“ Leben aufweist, ihnen die Möglichkeit bietet, ein anderes Leben - z.B. ohne Drogen oder zumindest mit einem kontrollierten Umgang mit Drogen - anzufangen. In diesem Kind sehen nicht nur gewollt Schwangere, sondern laut z.B. R. Raben (1996) auch unverhofft schwanger gewordene Drogenabhängige häufig die Chance auf eine radikale Wende ihres Lebens.

Oftmals bemerken heroinabhängige Frauen ihre Schwangerschaft erst im vierten oder fünften Monat, da sie als Folge des Opiatkonsums seit längerer Zeit keinen regelmäßigen Zyklus mehr haben oder nicht damit gerechnet haben, überhaupt schwanger werden zu können. Im Abschlussgespräch der „Amsel“-Studie werden als Motivationsgründe zum Ausstieg oder für Clean-Phasen an erster Stelle der Wunsch nach einem ganz normalen Leben mit Familie, an dritter Stelle die Verantwortlichkeit gegenüber Kindern und Partnern bzw. an vierter Stelle der Aufbau einer neuen, drogenfreien Beziehung genannt. Im Bereich der Entwicklungsaufgabe der Gestaltung einer gewünschten Partnerschaft und eines Familienstandes sind im Vergleich zu weiteren Aufgaben, wie berufliches Vorankommen, Ablösung von der Herkunftsfamilie, usw. die größten Fortschritte im Vergleich zur Ausgangssituation der Probanden der „Amsel“-Studie zu beobachten. Am positivsten haben sich erwartungsgemäß hierbei die nun mehr „Cleanen“ entwickelt.

J. von Soer und I. Stratenwerth (1991) berichten über ehemals und aktuell noch heroinabhängige Mütter und deren Kinder und ihre Lebenssituation; oftmals wird auch hier das Kind als Motivationgrund für die Drogenabstinenz genannt: „Meine Tochter ist schließlich der Hauptgrund, warum ich mit Drogen aufgehört habe, [...] zu wissen, man trägt Verantwortung, [...] viele Eltern sehen dieses Ereignis als einen Punkt, um ein anderes Leben anzufangen und zu entziehen [...] Leben ist nun mal erstrebenswert und ein Kind bedeutet Leben“. Oftmals plagen die Eltern aber auch Schuldgefühle - „Ich hätte meine Tochter gerne in einem sauberen Körper bekommen“ - oder sie haben

Angst, dass ihre Kinder bezüglich der Drogenabhängigkeit in ihre Fußstapfen treten könnten.

Laut R. Lind-Krämer und A. Timper-Nittel (1992) sind innerhalb der Probanden der „Amsel“-Studie die drogenabhängigen Frauen häufiger Mütter als die Männer Väter, dabei sind „der Kinderwunsch und eine gewollte Schwangerschaft bei drogenabhängigen Frauen also häufig Ausdruck für einen neu entstehenden Lebenswillen, zu dem die Überwindung der Abhängigkeit gehört“. Schwierig wird es für unterstützende Drogenhilfseinrichtungen, wenn die Übernahme der Verantwortung für Kind und Familie nicht zur Stabilisierung der Frau führt, sondern diese an der problematischen und komplexen Situation scheitert. „Riskiert man aufgrund einer gewissen Ausstiegchance für die Mutter, dass das Kind schwere Schäden erleidet, oder nimmt man der Frau das Kind weg und damit auch unter Umständen die Ausstiegsmotivation?“ Die Frage ist, welche Alternativen sich neben der Herausnahme der Kinder aus der Familie bieten, sobald die Eltern es nicht schaffen, ihre Lebenssituation unproblematisch zu stabilisieren. Die Kinder jedenfalls halten in den meisten Fällen fest zu ihren Eltern und versuchen alles, sie in ihrem Leben mit dem Heroin praktisch zu unterstützen.

Oftmals, so I. Arenz-Greiving (1994) wird der starke Kinderwunsch drogenabhängiger Frauen einmal durch das einsame Leben in der Drogenszene und ums andere Mal durch ihre häufig negativen „Broken Home“ - Kindheitserfahrungen und dem Wunsch, ihren Kindern das zu vermitteln, was sie selbst so vermisst haben, verstärkt. Sie vertritt die These, dass sich das eh schon problembehaftete Leben drogenabhängiger Frauen durch die Erfüllung dieses Kinderwunsches weiter verkompliziert und demnach „die Chancen für Frauen, mit der Schwangerschaft und der Geburt eines Kindes einen Wendepunkt in ihrem Leben zu erreichen, meistens sehr gering sind“.

Laut R. Raben (1996) gibt es - vorsichtig geschätzt - ca. 120000 heroinabhängige Konsumenten in der BRD, von denen rund ein Viertel (das sind also ca. 30.000) Kinder hat. In der Vergleichsstudie von A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985) werden Unterschiede zu nicht Drogen konsumierenden Probanden deutlich: Die Probanden haben im Vergleich häufiger mehrere Kinder, die sie als wichtigen Lebensinhalt empfinden, während die Abhängigen ihre Kinder eher als Belastung erleben. Dies könnte als Hinweis auf gescheiterte Zukunftsträume, zerbrochene Partnerschaften oder auf das Aufwachsen der Kinder außerhalb des eigenen Lebensraumes in Pflegestellen gedeutet werden. So leben nach zwei Jahren der Beobachtung von den 16% der Opiatabhängigen, die Kinder haben, nur die Hälfte mit den Kindern zusammen.

„Drogensucht ist [...] eine schwere, chronische, bei manchen tödlich verlaufende Erkrankung mit dem typischen Merkmal der Rückfälligkeit. Bei Schwangeren bekommt sie im Hinblick auf die Kinder generationsübergreifende Zerstörungskraft“. R. Raben (1996) Opiate sind placentagängig, so dass bei dauerndem Gebrauch der Mutter auch der Fötus abhängig wird. Nach dem aktuellen Wissensstand der Forschung sind Opiate jedoch weder teratogen noch teratotoxisch, so dass sie beim Fötus keine Fehlbildungen hervorrufen. Demnach liegt die wesentliche Gefahr für das ungeborene Kind einer Opiatabhängigen nicht in der giftigen Wirkung der mitkonsumierten Substanz Opiat, sondern im sich aus der Illegalität der Drogenabhängigkeit ergebenden, chaotischen, gesundheitswidrigen Lebensstil der Mutter: Der Stress bei der Drogenbeschaffung, unregelmäßige Kontrolluntersuchungen beim Gynäkologen, schlechte Ernährung, Untergewicht, Nikotinkonsum, Prostitution und Infektionen (wie z.B. das HIV-Virus, mit

dem ca. 20% der bundesdeutschen Heroinabhängigen infiziert sind - Frauen etwas häufiger als Männer - und das zu 15-25% im Mutterleib auf den Föten übertragen wird). Die ungeborenen Kinder sind so durch vorzeitige Wehen, Wachstumsretardierung, geistige oder motorische Entwicklungsstörungen, Virusinfektionen oder gar durch vorgeburtlichen Fruchttod gefährdet.

Die zweite Gefahr für das ungeborene Leben besteht im sich wiederholenden Opiatentzug, der für das Kind massivsten Stress bedeutet. Per Ultraschall ist es möglich, das typische, hektische Bewegungsmuster eines Föten im Heroinentzug zu beobachten. Ein zu schneller Opiatentzug kann dabei zu Sauerstoffmangel, vorzeitigen Wehen, Frühgeburt oder intrauterinem Fruchttod führen. „Ein frühgeborenes und dazu noch opiatabhängiges Kind hat schlechte Voraussetzungen für seine Entwicklung. Nach der Geburt entwickeln die meisten Neugeborenen ein Drogen-Abstinenz-Syndrom und bedürfen der kompetenten stationären Beobachtung und gegebenenfalls einer differenzierten Entzugstherapie“. R. Raben (1996)

Durch eine konsequente Substitutions- und Reduktionstherapie innerhalb der Schwangerschaft wäre es möglich, dahin zu gelangen, dass die Schwangere während der letzten drei Wochen vor der Geburt keine Drogen und kein Methadon mehr nimmt und sich so selbst eine cleane Phase ermöglicht und dem Neugeborenen das postpartale Entzugssyndrom erspart bleibt. Ist die Mutter clean oder nimmt sie nur noch Methadon ohne Beikonsum jedwelliger Art, kann aus medizinischer Sicht auch zum Stillen geraten werden. Generell bietet die Substitutionsbehandlung allerdings nicht die Lösung des Drogenproblems, sondern „sie ist eine ‚Krücke‘, bis zu dem Zeitpunkt, da die Motivation zum Entzug und zur endgültigen Abwendung vom Heroin stark genug wird. Die Motivation ist nach unserer Erfahrung in der Schwangerschaft und in der Zeit danach, wenn die Eltern eine Familie werden wollen, relativ groß“. R. Raben (1994)

Bei noch drogenabhängigen Müttern entwickelt sich das Neonatale Abstinenzsyndrom (NAS) bei Heroinabhängigkeit oft schon nach ein bis zwei Tagen, wohingegen es speziell unter Methadon erst nach ein bis zwei - vereinzelt auch erst nach bis zu sechs Wochen und zumeist auch langwieriger und schwerwiegender - entsteht:

- A. zentralnervöse Störungen mit Übererregbarkeit, Muskelzittern, hellem Schreien oder Krampfanfällen,
- B. Magen-Darm-Störungen wie Durchfall, Erbrechen, gestörtes Essverhalten und Gewichtsabnahme
- C. unklares Fieber, zu schnelle Atmung, exzessives Niesen, Gähnen und Beißen

Generell ist der Aufbau einer Beziehung oftmals dadurch erschwert, dass die Babys zur Behandlung von den Müttern getrennt werden. Diese Trennung, z.B. die Verlegung auf Intensivstationen, kann noch zur Verstärkung von Schuldgefühle führen, so dass die Eltern im Versuch, ihrer neuen Rolle gerecht zu werden, entmutigt werden. Selbst wenn die Kinder auf der normalen Säuglingsstation verbleiben - sind sie seltener und kürzer wach und lassen sich oft weniger schmusele oder knuddeln, wodurch die Beziehungsaufnahme erschwert wird. In Studien, in denen Kinder von „Methadon-Müttern“ mit Kindern ohne Opiateinfluss verglichen werden (z.B. Kaltenbach et al. 1989, Rosen und Johnson 1985, v. Baar 1991) ergibt sich, dass die Unterschiede zwischen drogenexponierten und nichtexponierten Kindern nach einigen Jahren viel geringer ausgeprägt sind als noch zum Zeitpunkt von Geburt oder Neugeborenenperiode.

3. Hypothesen

Im multifaktoriellen Bedingungsgefüge der Drogenabhängigkeit werde ich mich nun, aufbauend auf den vorangestellten Literatúrauszug, anhand unserer Daten eingehend mit folgenden Hypothesen zum Teilbereich Opiatabhängigkeit und Familie beschäftigen:

3.1 Differenzierte Darstellung der Herkunftsfamilie

Ausgehend von der Grundannahme, dass sich in den familiären Verhältnissen von Opiatabhängigen auffällige Charakteristika finden, die die Drogenabhängigkeit mitbedingen und die die Familien von Opiatabhängigen von denen Nichtopiatabhängiger unterscheiden, lässt sich die Art und Weise des Aufwachsens in der Herkunftsfamilie unter den folgenden Gesichtspunkten betrachten (als Vergleichsstichprobe werde ich kurz skizzierend einzelne Ergebnisse der Shell-Studie`92 als repräsentative Vergleichsdaten der „Durchschnittsbevölkerung“ anführen):

3.1.1 Broken Home – Laufbahnmerkmale

Bezüglich der Lebenssituation lässt sich unter dem Stichwort des sogenannten „Broken Home“ die Frage klären, inwiefern die Probanden aus vollständigen, bzw. unvollständigen Familienverhältnissen stammen und ab wann diese gegebenenfalls bestehen bzw. wodurch sie entstanden sind. Ich verfolge dabei folgende Hypothesen:

1. Opiatabhängige stammen häufig aus unvollständigen Familienverhältnissen.
2. Diese sog. Broken Home Verhältnisse wirken sich auf eine entstehende Opiatabhängigkeit dahingegen aus, dass diese sich umso ausgeprägter entwickelt, je früher die Opiatabhängigen den Zusammenbruch der Familie erleben müssen. D.h. Opiatabhängige aus unvollständigen Familienverhältnissen, insbesondere wenn das Erleben schon in früher Kindheit liegt, beginnen eher mit dem Opiatkonsum, geraten schneller in die Abhängigkeit oder betreiben einen längeren oder intensiveren Konsum.

In diesem Sinne stellt das Zerschneiden der Herkunftsfamilie eine Bedrohung des psychosozialen Gleichgewichtes aller Familienmitglieder, insbesondere der Kinder dar und kann als erster Faktor einer eingeschränkten Ressourcenlage und Ergebnis einer länger andauernden angespannten und belastenden Konfliktsituation innerhalb der Herkunftsfamilie gewertet werden.

Es ist im Bezug auf diese und auf die folgenden Sachverhalte anzunehmen, dass sich zwischen den männlichen und den weiblichen Studienteilnehmern Unterschiede im Erleben und im Umgang mit der familiären Situation ergeben, so dass ich zum Ende der Betrachtung der jeweiligen Hypothese kurz auf vorhandene geschlechtsspezifische Unterschiede eingehen werde.

3.1.2 Emotionale Situation

Ausgehend von der Hypothese, dass sich

3. die emotionale Situation innerhalb der Herkunftsfamilien der befragten Opiatabhängigen zumeist negativ darstellt, möchte ich anhand der durchgeführten Spiele in der

Kindheit und anhand verschiedener Begebenheiten in der Schulzeit vermutete Versäumnisse im Bezug auf das emotionale Erleben in der Herkunftsfamilie darstellen. Problematische Beziehungen werden sich dabei unter anderem in der Auswertung des FAM zeigen, der insbesondere Schwächen in den Dimensionen Aufgabenerfüllung, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme und Kontrolle in der Herkunftsfamilie aufzeigen wird.

Wie schon unter 3.1.1 gehe ich dabei von der Hypothese aus, dass sich

4. eine unzureichende, problematische, emotionale Situation negativ auf die Opiatabhängigkeit auswirkt, d.h., je weniger geborgen sich der Opiatabhängige innerhalb seiner Herkunftsfamilie gefühlt hat bzw. je größere Probleme sich in Unterbereichen oder im Gesamtergebnis des FAM zeigen, umso früher und intensiver steigen die Opiatabhängigen in den Drogenkonsum ein oder umso länger betreiben sie den Konsum bzw. umso schwieriger fällt ihnen der Ausstieg.

3.1.3 Drogenkonsum - Vorbildfunktion der Eltern

Viele Handlungsweisen, die man sich im späteren Leben aneignet, hat man so oder ähnlich von Familienmitgliedern vorgelebt bekommen. Ich vermute daher, dass

5. ein Großteil der Eltern oder Geschwister unserer Studienteilnehmer ebenfalls Probleme im Umgang mit Drogen oder Abhängigkeiten entwickelt hat bzw. hatte, die beim später Abhängigen zur Imitation bzw. zur Verharmlosung im Umgang mit Drogen geführt haben. Eben solche „nachahmenswerten Abhängigkeitsgewohnheiten“ werden sich

6. ebenfalls negativ auf die Opiatabhängigkeit der von uns untersuchten Probanden auswirken. D.h. das Maß an elterlichem oder geschwisterlichem Drogenkonsum wird sich auf die Art und Weise der eigenen Abhängigkeit dahingegen auswirken, dass Opiatabhängige, deren Eltern oder Geschwister eigene Abhängigkeitsprobleme aufweisen, zeitlich eher in den Drogenkonsum einsteigen, ihn länger und ausgiebiger betreiben bzw. vermehrte Schwierigkeiten aufzeigen werden, sich aus den Abhängigkeiten zu lösen.

3.1.4 Belastungen in der Vorgeschichte

Schließlich verfolge ich die Hypothese, dass die von uns interviewten Opiatabhängigen

7. schon in frühester Jugend häufig Gewalt in den verschiedensten Formen erleben und verarbeiten mussten und sich diese Erfahrungen

8. ebenfalls erschwerend auf die spätere Abhängigkeit ausgewirkt haben.

Dieser Spezialbereich wird intensiv von weiteren Doktoranden unserer Studie bearbeitet, so dass ich bezüglich Informationen bzw. Ergebnissen zu den Themen Gewalt, Suizid oder Missbrauch nur oberflächlich Stellung nehmen werde und zu weiterführenden Ausführungen auf die Arbeiten meiner Mitstreiter verweisen möchte.

3.1.5 Bewältigung der Adoleszenzkrise - Vermittlung von Ressourcen

Insgesamt stellt sich die Frage, inwiefern die Eltern ihrer Rolle der Vermittlung einer ausreichenden Ressourcenlage zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben gerecht werden konnten, um ihrerseits ihren Kindern eine möglichst gute Startposition zur

Bewältigung der psychosozialen Entwicklungsaufgaben, wie z.B. der produktiven Lösung der Adoleszenzkrise durch die Loslösung vom Elternhaus, zu ermöglichen.

Ich gehe dabei von der Grundannahme aus, dass

9. die Studienprobanden mit schweren Belastungen in der familiäre Herkunftsgeschichte früher (zu früh) in gewisse Entwicklungsübergänge getrieben werden, als Vergleichsprobanden mit niedrigeren oder (fast) gar keinen familiären Belastungen und somit ohne ausreichende Ressourcen wahrscheinlich überfordert gescheitert sind.

3.2 Differenzierte Darstellung der aktuellen Familiensituation

Im Anschluss an die Beschreibung der Situation in Kindheit und Jugend folgt nun zunächst die Betrachtung der aktuellen Beziehungssituation zur Herkunftsfamilie, an die sich die Untersuchung der eventuell selbst gegründeten, eigenen Familie anschließt.

3.2.1 Gegenwärtige Beziehung zu den Eltern und Geschwistern

Vor dem Hintergrund der wahrscheinlich schon schlechten emotionalen Situation in der Kindheit und der wahrscheinlich angeschlagenen Beziehung zu Eltern und Geschwistern, die sich im Laufe der Zeit - gerade durch die Einwirkungen der sich entwickelnden Drogenabhängigkeit - noch verschlechtert haben dürfte, wird sich

10. die aktuelle Beziehung zumindest als in den meisten Fällen belastend bzw. schlecht, kontaktarm oder konfliktreich darstellen, sofern sie überhaupt noch besteht. Die Beziehung wird sich dabei umso negativer gestalten, je ausgeprägter die familiäre, negative Belastung innerhalb der Herkunftsfamilie war.

Ich gehe des Weiteren von der Hypothese aus, dass sich nicht nur die unter 3.1 retropektiv untersuchte Situation innerhalb der Herkunftsfamilie, sondern

11. auch eine aktuell problematische Beziehung zur Herkunftsfamilie negativ auf das aktuelle Ausmaß bzw. die Entstehung oder Entwicklung der Opiatabhängigkeit unserer Studienprobanden auswirkt.

3.2.2 Aktuelle Partnerschaft

Generell erwarte ich, dass

12. die interviewten Opiatabhängigen selten in einer Partnerschaft leben oder gar verheiratet sein werden. Allgemein werden sie in Beziehungssituationen leben, mit denen sie mehrheitlich nicht zufrieden sein werden. Wenn eine Partnerschaft bestehen sollte, ist zu vermuten, dass der Partner häufig ebenfalls dem Drogenmilieu entstammt, bzw. selber unter Drogenproblemen, wenn nicht gar -abhängigkeit leidet.

Dabei verfolge ich die Grundannahme, dass

13. diejenigen Opiatabhängigen, die innerhalb ihrer Herkunftsfamilie negativen Belastungssituationen ausgesetzt waren erheblich größere Probleme haben werden, zufriedenstellende Partnerschaften aufzubauen bzw. zu erhalten.

Eine bestehende, festigende Beziehung wird sich unterstützend auf eine Beendigung der Drogenabhängigkeit bzw. einen verantwortungsvolleren Umgang mit Drogen auswirken, im Umkehrschluss werden sich aber auch Zusammenhänge dahingegen herleiten lassen, dass eine feste und fundierte Partnerschaft erst nach einem zumindest

teilweisen Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit möglich ist und dann unterstützend auf weitere therapeutische Maßnahmen einwirken dürfte.

3.2.3 Auch Drogenabhängige haben Kinder

14. Einige der befragten Opiatabhängigen werden Kinder haben und somit selber zu Eltern geworden sein, dies wird aber seltener als bei gleichaltrigen Vergleichsgruppen innerhalb der Durchschnittsbevölkerung der Fall sein.

Es stellt sich die Frage danach, wie sich das Zusammenleben mit den Kindern gestaltet.

15. In den Fällen, in denen die Kinder - in einer bestehenden Partnerschaft oder auch alleinerziehend - bei unseren Studienprobanden leben oder unseren Probanden die Möglichkeit geboten wird, eine zufrieden stellende Beziehungssituation herzustellen und aufrechtzuerhalten, wird sich ein positiver Zusammenhang bezüglich der Beherrschung der Drogenabhängigkeit oder der Integration in die Gesellschaft ergeben, d.h. diese Opiatabhängigen werden eher versuchen, ihre Abhängigkeit zu reduzieren bzw. abzulegen.

3.3 Zusammenhang zwischen familiärer Situation und Drogenabhängigkeit

Im Vergleich mit nichtopiatabhängigen Jugendlichen werden die Probanden unserer Studie familienproblematischer belasteter sein, es werden aber auch „ganz normale Drogenabhängige“ darunter sein, die aus ganz normalen Familien kommen. Wie schon vorab dargelegt, gehe ich von der Grundannahme aus, dass diese „ganz normalen Herkunftsfamilien“ zahlenmäßig weit unterlegen sein werden. Wahrscheinlich werden häufig mehrere familiäre Belastungen zusammenkommen, so dass sich eine Mehrfachbelastung der Opiatabhängigen ergibt. Generell wird, wie ebenfalls in 3.1 oder 3.2 näher ausgeführt, eine problematische familiäre Situation mit einer frühen, langen oder schweren Opiatabhängigkeit oder fehlgeschlagenen Therapieversuchen in Verbindung stehen. Um diesen vermuteten Zusammenhang zwischen einer belastenden Familiensituation innerhalb der Herkunftsfamilie und der Art und Weise bzw. Schwere der Opiatabhängigkeit statistisch fassen zu können, werde ich im Anschluss an eine detaillierte Deskription der Familienverhältnisse unserer Studienteilnehmer aus der Gesamtheit der Probanden anhand der Schwere des familiären Belastungsgrades drei Untergruppen bilden.

Im direkten Gruppenvergleich dieser familiär mehr oder weniger vorbelasteten Probanden hinsichtlich der Ausprägung ihrer jeweiligen Opiatabhängigkeit wird sich dann

16. letztendlich auf Seiten der mittel oder schwer belasteten Studienprobanden eine stärker ausgeprägtere Opiatabhängigkeit zeigen, als auf Seiten der minder familiär belasteten Teilnehmer.

4. Methodik der Studie

Im Rahmen einer über fünf Jahre laufenden empirischen Langzeitverlaufsuntersuchung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg unter Leitung von Prof. Dr. M. Krausz wurden die Daten zusammengetragen, die ich im Folgenden

retroperspektiv zur Überprüfung der von mir formulierten Hypothesen statistisch auswerten darf. Als Teil meiner praktischen Aufgaben als Doktorandin habe ich in der ersten Nachuntersuchung 1996 mit dreißig Studienprobanden ein persönliches, mehrstündiges Interview geführt. Das Spektrum der von mir interviewten Probanden erstreckte sich dabei von inzwischen cleanen, ehemaligen über in verschiedenen therapeutischen Settings institutionalisierten bis hin zu aktuell Opiatabhängigen.

4.1 Ablauf und Instrumente der Erhebung

Das Hauptaugenmerk der Studie „Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen - Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung“ liegt auf Zusammenhängen und Interaktionen von bei einem Klienten gleichzeitig bestehender Opiatabhängigkeit und psychiatrischer Erkrankung. Zu diesem Zweck wurden aus einer breit angelegten Screeninguntersuchung, in der ca. 1000 Opiatabhängige als unausgelesene Stichprobe in den verschiedensten therapeutischen Settings in Hamburg zur Mitarbeit aufgefordert wurden, anhand der ICD-10 Forschungskriterien dreihundert Studienprobanden zufällig (200 als auffällig und 100 als unauffällig im Bezug auf psychiatrische Erkrankungen) ausgewählt. Insgesamt wurden in der Ausgangserhebung 350 Opiatabhängige befragt. Diese wurden in den folgenden vier Jahren in jährlichen Katamnesen nachuntersucht, wobei man jeweils noch 272 (78%), 240 (69%), 208 (59%) bzw. 191 (55%) der Klienten erreichen konnte.

Ich werde mich in dieser Dissertation auf Fragestellungen bezüglich des Einflusses des familiären Hintergrundes auf die Entwicklung und Verfestigung bzw. die Beendigung der Drogenabhängigkeit, also des zwanghaften Gebrauchs von Heroin, beschränken und demnach alle Daten äquivalent und unabhängig von der Einteilung der psychiatrischen Nebenergebnisse bearbeiten.

Durch das Ansprechen Opiatabhängiger in den verschiedensten therapeutischen Umgebungen wurde im Gegensatz zu Vergleichsstudien, die sich oftmals auf die Untersuchung von Opiatabhängigen in Gefängnissen, in Langzeit- oder in einer einzelnen Therapieeinrichtung beschränken, der Versuch unternommen, eine möglichst breit gefächerte und möglichst repräsentativ zusammengesetzte Probandengruppe zu erhalten. Eine absolute Repräsentativität wird sich allerdings wohl auch in Zukunft schon vor dem Hintergrund der Illegalität der Drogenszene als unerreichbar darstellen - denn sowohl Heroinabhängige, die augenblicklich in der Szene leben und für die jede therapeutische Schwelle zu hoch ist, als auch solche, die über ausreichende, soziale Ressourcen verfügen und mit ihrer Abhängigkeit ein mehr oder minder normales Leben führen, so dass sie vor diesem Hintergrund keine Unterstützung von außen suchen oder benötigen, werden für wissenschaftliche Studien unerreichbar sein.

Anhand standardisierter Erst- und Folgeinterviews wurden unter Gewährung des Datenschutzes durch Abtrennung der Personalien von den eigentlichen Interviewdaten und Verwendung spezifischer Identitätsnummern (ID-Nummern), in fünf Jahren die Daten zusammengetragen. Dabei setzten sich die standardisierten Interviews aus verschiedenen Fragebögen zusammen und waren in ein Interview, in ein wenn möglich vom Studienprobanden selbständig auszufüllendes Selbstrating und in ein anschließend in der Retropepspektive vom Interviewer zu bearbeitendes Fremdrating untergliedert.

Das Ersterhebungsinterview 1995 setzte sich aus dem *CIDI*, dem *Composite International Diagnostic Interview* (WHO 1990) zur Darstellung der psychiatrischen Symptomatik und dem *Addiction Severity Index Europa ASI* („Kokkevi & Hartgers 1995; deutsche Version: Gsellhofer & Fahrner 1994; Original: McLellan et al. 1980“ M. Krausz Abschlussbericht 2000) zur Beschreibung des alltäglichen Umfeldes: Lebenssituation, Gesundheitszustand, Abhängigkeit und Konsummuster zusammen.

Das Selbstrating bestand aus dem *NEO FFI*, dem *BDI*, verschiedenen Fragebögen, (entliehen aus der Shellstudie '92 zu Entwicklungsübergängen, Jugendverhalten, Gruppenstilen, Spielen in der Kindheit, Wertorientierung, Kontrollüberzeugungen bzw. Zukunftsorientierungen, und Lebensereignissen) dem *PDQ-R*, dem *SKS-Fitts*, der *SEBV-Kurzform*, dem Selbstbeurteilungsbogen des Familieneinschätzungsbogen *FAM*, dem *SDS* und *SOWS* und letztendlich aus dem *MALT-S* und Ergänzungen der Arbeitsgruppe z.B. zum Thema der Herkunftsfamilie.

Während im Fremdrating *BPRS* und *GAFS* benutzt wurden. In den Nacherhebungen kamen zusätzlich der *SCL-90-R*, der *STAI-G Form X1* und der *SF-36* zum Einsatz, während bestimmte Erhebungsinstrumente der Ersterhebung, da sie nicht zur longitudinalen Betrachtung dienen, weggelassen konnten.

Innerhalb dieser Dissertation werde ich auf Daten aus dem Interview *ASI*, aus den Shell-Studien-Fragebögen von 1992 zu Entwicklungsübergängen, zu Spielen in der Kindheit und zu Lebensereignissen, auf die ergänzenden Daten zur Herkunftsfamilie sowie den *SKS-Fitts* und den *FAM-Selbsteinschätzungsbogen* zurückgreifen:

In der Hauptstufe der Shell-Studie von 1992 wurden 4005 Jugendliche, unterschieden in Jugendliche aus dem ehemaligen Ost- und dem ehemaligen Westteil von Deutschland zu ihren Lebenslagen, Orientierungen und Entwicklungsperspektiven befragt. Verschiedene Fragebögen und Messskalen fanden in unseren Interviews Verwendung. Ich werde im Vergleich und zur Interpretation der Ergebnisse auf Daten der „Durchschnittsbevölkerung“ aus der Shell-Studie zurückgreifen.

Beim *FAM III* handelt es sich um ein Fragebogeninstrument, das versucht, Aussagen über Familienstärken/-schwächen bzw. die familiären Zufriedenheit zu machen, dabei erfragt der Selbsteinschätzungsbogen die eigene Wahrnehmung der Funktion in der Familie. Da die weiteren Fragebögen zur Untersuchung der Familiendynamik, wie der allgemeine Familienbogen und der Zweierbeziehungsbogen nicht Gegenstand des Interviews waren, kann ich mich nur auf den Selbsteinschätzungsbogen beziehen, was eine gründliche Untersuchung der familiären Situation erschwert. Der von M. Cierpka mitentwickelte „*FAM*“ untersucht dabei im Besonderen die Organisationsebenen Dyaden / Triaden und das Familiensystem.

In der Modellvorstellung, die dem *FAM* zugrunde liegt und die auf P.D. Steinhauer und Mitarbeiter (1984) zurückgeht, wurden die sieben Dimensionen Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle und Werte und Normen in das Familienmodell übernommen. Das Familienmodell macht dabei keine Aussagen über die Qualität der Einbindung der Familie in das soziale Umfeld, sondern konzentriert sich auf die innerfamiliären Parameter, beschreibt das Interagieren von relevanten Variablen, die die Organisation und das Funktionieren einer Familie erklären können. Dabei können die Schwächen und Stärken in der Familie als Teilfunktion eines Ganzen geortet und analysiert werden, da das Familienmodell den Anspruch erhebt, einen systematischen Überblick über die basalen Funktionen der Familie zu liefern. Dieser familiäre Prozess wird aus drei

Perspektiven beschrieben: der individuellen, der dyadischen und der gesamtfamiliären Perspektive.

Im systemtheoretischen Sinne müssen Veränderungen an einer dieser Wirkgrößen Veränderungen an den anderen Funktionen hervorrufen. Erfolgreiche Aufgabenbewältigung kann vor allem dann stattfinden, wenn zwischen den Familienmitgliedern Übereinstimmung in den basalen Familienzielen herrscht, die Rollen in der Familie angemessen zugewiesen sind und von jedem übernommen werden. Dies erhöht die Sicherheit, weil jeder weiß, was von ihm erwartet wird und was er vom anderen erwarten darf.

Da sich die Aufgabenstellungen im Lebenszyklus der Familie ändern, muss es zu einer ständigen Anpassung der Rollenmuster, also einem Wechsel der Rollen, kommen. Für die Prozesse der Rollenzuweisung bzw. Rollendefinition ist eine klare Informationsübermittlung durch eine möglichst effektive Kommunikation von Nöten. Diese Kommunikation kann affektiv gefärbt oder neutral sein, sie kann indirekt oder verschleiert sein und so zu Kommunikationsstörungen führen oder sogar in sich inkongruent sein, wenn entgegengesetzte direkte, verbale und indirekte, z.B. gestische, mimische Botschaften gleichzeitig übermittelt werden.

Emotionalität kann die Kommunikation entweder stören oder auch erleichtern. Familienmitglieder sollten sich in ihren emotionalen Bedürfnissen ergänzen, um ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, der Sicherheit und der gegensätzlichen Wertschätzung zu erreichen.

Günstige affektive Beziehungen, die der Sicherheit der Gesamtfamilie einerseits und der Autonomie jedes einzelnen Familienmitgliedes andererseits dienen, sind, sowohl das Ausmaß (Emotionalität) als auch die Qualität (affektive Beziehungsaufnahme) betreffend, ganz entscheidend für eine positive und effektive Familiendynamik. Die Unterscheidung der Qualität führt z.B. zu den Bezeichnungen der narzisstischen oder der überfürsorglichen Mitglieder.

Die Steuerung oder Kontrolle bezeichnet den Prozess, in dem sich die Mitglieder untereinander beeinflussen, um eine Konformität im Verhalten zu erreichen. Dabei darf die Vorhersagbarkeit des Handelns nicht zu hoch sein, sonst bleibt kein Raum für Spontaneität, aber auch nicht zu niedrig, sonst kann keiner einschätzen, was als Nächstes passiert. Mit den Dimensionen der Vorhersagbarkeit und der Konstruktivität in den Interaktionsprozessen lassen sich die vier Prototypen der Familientherapie beschreiben: die rigide, die flexible, die laissez faire und die chaotische Familie.

Jede dieser beschriebenen Dimensionen wird von den gesellschaftlich vermittelten Werten und Normen beeinflusst. Die Diagnostik dieser Dimension ist unerlässlich, da die Interpretation der Familiendynamik, der Organisation, der Familie und die Beurteilung der Funktionalität oder Dysfunktionalität auf dem kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund erfolgen muss.

4.2 Auswertung der Daten

Im Rahmen dieser Dissertation stehen mir nun eine Reihe von Daten zur Verfügung. Die Repräsentativität und Vergleichbarkeit wird allerdings dadurch beschränkt, dass die Interviews von vielen verschiedenen Interviewern erhoben wurden. Auch eine eingehende Einführung in die Richtlinien der Befragungsdurchführung seitens unserer

Anleiter konnte unterschiedliche Gewichtungen oder Interpretationen wahrscheinlich nicht verhindern.

Dem Einwand des Verlustes der Betrachtung einer großen Gruppe von Opiatabhängigen über mehrere Jahre, angesichts des „nur Erreichens“ von 51% der Probanden der Ausgangserhebung nach vier Jahren, kann entgegengestellt werden, dass sich die Ergebnisse der letzten Befragung und der Ausgangserhebung hinsichtlich wichtiger Merkmale kaum voneinander unterscheiden, die Follow-up-Stichprobe somit als weitgehend repräsentative Auswahl der Ausgangsstichprobe betrachtet werden kann und somit „Aussagen zeitabhängiger (Verlaufs-)Analysen durchaus auf die gesamte Ausgangsgruppe bezogen werden können.“ M. Krausz Schlußbericht (2000)
Unsere empirischen Daten werden mit Hilfe des statistischen Computerprogrammes SPSS Version 11.0 bearbeitet.

4.3 Beschreibung der Stichprobe

Von den 350 Teilnehmern der Ausgangserhebung sind 243 (69%) männlich und 107 (31%) Personen weiblich. Die Studienprobanden sind dabei zwischen 14 und 47 Jahre (im Mittel 28,7 Jahre) alt. Die Jüngsten der Teilnehmer – drei an der Zahl – stiegen schon im Alter von 12 Jahren in den Gebrauch von Heroin ein, wohingegen der „späteste“ Studienproband erst im Alter von 40 Jahren zum Heroin fand, im Mittel betrug das Einstiegsalter 19,6 Jahre.

Zum Zeitpunkt der Ausgangserhebung befinden sich die Opiatabhängigen in den verschiedensten Settings, sie sind zum Teil noch aktuell abhängig, befinden sich in unterschiedlichen therapeutischen Institutionen – mit oder ohne Substitutionsunterstützung – oder sind in einer Cleanphase.

4.3.1 Der Drogenabhängige als Patient – medizinischer Kontext der Probanden

Der somatische Zustand der Studienprobanden wurde anhand von Fragen des ASI erhoben: 70% der 350 Probanden sind bis zum Zeitpunkt des Erstinterviews bis zu vier Mal aufgrund von gesundheitlichen Problemen, einschließlich evtl. Überdosen oder Deliria und ausschließlich der Entgiftungen, in stationärer Behandlung in Krankenhäusern gewesen. Ein Teilnehmer bringt es sogar auf 50 stationäre Krankenhausaufenthalte.

136 (39%) der befragten Opiatabhängigen leiden unter gesundheitlichen Problemen, die ihr Leben störend beeinflussen, die sich über die gesamte Palette der chronischen Gebrechen wie kardiale, pulmonale, gastro-intestinale, neurologische, ... Erkrankungen erstrecken und insbesondere erwartungsgemäß im Vordergrund die Hepatitis und AIDS-Infektionen betreffen. So leiden 126 Personen, das sind (bei 25% „Keine Angaben“) 36% der Ersterhebungsprobanden, an einer Hepatitis B Infektion und 188 (54%) an einer Hepatitis C Infektion, eine Zahl, die im Verlauf der fünf Jahre auf 71% ansteigt, eine Progredienz, die zukünftig ein ernstzunehmendes Problem für den Gesundheitszustand von Opiatabhängigen allgemein darstellen dürfte.

Bei 23 Opiatabhängigen (7%) haben wir einen positiven HIV-Test vorgefunden – eine Frage, die 19 Personen der 350 Teilnehmern nicht beantwortet haben. Bei 6 Personen

dieser 23 (12% der Ausgangsstichprobe und 26% der Untergruppe: „HIV-Test positiv“) waren schon zum Zeitpunkt der Ausgangserhebung AIDS-Symptome aufgetreten.

19%, d.h. 66 der Studienteilnehmer, nehmen auf Grund einer körperlichen Erkrankung regelmäßig Medikamente zu sich. 3 (1%) erhalten eine Rente aufgrund körperlicher Probleme und 223 (64%) sind innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Erstinterview bei einem Arzt in Behandlung gewesen. Der Anteil der sich in ärztlicher Behandlung befindlichen Opiatabhängigen steigert sich über die fünf Jahre auf 72%, ein Zustand, der neben einem gestiegenen Bedarf an medizinischer Behandlung im Rahmen von zunehmenden somatischen Problemen auch den Schluss einer im Verlauf der Studie besseren Einbindung in das soziale System unserer Gesellschaft nahe legen könnte.

78% litten innerhalb der letzten dreißig Tage vor dem Erstinterview bis zu fünfzehn Tage, sprich jeden zweiten Tag, unter gesundheitlichen Problemen, 58 Probanden (17%) an jedem der dreißig Tage. Durch diese angebungsgemäß häufigen gesundheitlichen Probleme fühlen sich 37% gar nicht, 12% wenig, 19% mittelmäßig und 18% erheblich bzw. 11% extrem belastet (4% keine Angaben), so dass 45% gar keinen, 7% wenig, 7% mittleren, 19% erheblichen und 19% extremen Bedarf an medizinischer Behandlung sehen (4% „Fehlende“). Im Vergleich dazu sehen wir interviewenden Doktoranden den Bedarf der Klienten an medizinischer Behandlung, bzw. den Stellenwert der gesundheitlichen Probleme in 60% als gar nicht vorhanden oder allenfalls leichtes Problem an. Nur in 7% der Befragungen sehen wir einen extremen Bedarf an medizinischer Intervention bzw. eine absolut notwendige ärztliche Behandlung.

Von den im Erstinterview befragten 350 Opiatabhängigen sind innerhalb der fünf Jahre Beobachtungsspielraum 26 Klienten verstorben, dies entspricht 16%. „Von sieben Personen ist die Todesursache bekannt (4mal Überdosis, 1mal Drogenfolgeerkrankung, 1mal Suizid, 1mal Tod durch Fremdeinwirkung), ein Klient verstarb wahrscheinlich an einem Schlaganfall. Zwei der Verstorbenen waren an AIDS erkrankt. Bei den übrigen 16 Klienten war die Todesursache unklar, oder es lagen keine Informationen vor.“ M. Krausz (2000)

5. Ergebnisse

5.1 Differenzierte Darstellung der Herkunftsfamilie

5.1.1 Broken Home – Laufbahnmerkmale

Während im ersten Lebensjahr 294 (84%) unserer 350 Studienprobanden (80% der weiblichen und 86% der männlichen Teilnehmer) in einer vollständigen Herkunftsfamilie aufwachsen, sind es im fünften Lebensjahr 73% (67% der Weiblichen und 76% der Männlichen), im zehnten Lebensjahr noch 59% (57% W. und 61% M.) und im fünfzehnten Lebensjahr nur noch 45% (46% W. und 45% M.). Dass sich Zahl der in einer vollständigen Familie aufgewachsenen befragten Opiatabhängigen im Alter von zwanzig Jahren mit nur noch 15% (13% W. und 17% M.) noch einmal stark reduziert hat, hängt u.a. wohl mit dem altersentsprechend zunehmenden Auszug in eine eigene Wohnung zusammen.

Tabelle 1: Häufigkeiten des Broken Home im Alter von fünfzehn Jahren – allgemein

		Geschlecht		Gesamt
		männl	weibl	
vollständige Familie	Anzahl	110	49	159
	% von Geschlecht	45,3%	45,8%	45,4%
Broken Home	Anzahl	133	58	191
	% von Geschlecht	54,7%	54,2%	54,6%
Gesamt	Anzahl	243	107	350
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 2: Häufigkeiten des Broken Home im Alter von fünfzehn Jahren – ausführlicher

		Geschlecht		Gesamt
		männl	weibl	
vollständige Familie	Anzahl	110	49	159
	% von Geschlecht	45,3%	45,8%	45,4%
Elternteil & neuer Partner	Anzahl	37	15	52
	% von Geschlecht	15,2%	14,0%	14,9%
alleinerziehend	Anzahl	44	13	57
	% von Geschlecht	18,1%	12,1%	16,3%
bei anderen aufgewachsen	Anzahl	11	6	17
	% von Geschlecht	4,5%	5,6%	4,9%
Internat/Heim	Anzahl	24	11	35
	% von Geschlecht	9,9%	10,3%	10,0%
eigene Wohnung/mit Freund	Anzahl	4	4	8
	% von Geschlecht	1,6%	3,7%	2,3%
anderes	Anzahl	13	9	22
	% von Geschlecht	5,3%	8,4%	6,3%
Gesamt	Anzahl	243	107	350
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

In der Shell-Studie ist die Gesamtsituation der 4005 Befragten (13-29 Jahre alt) dargestellt. 38% der interviewten Jugendlichen leben in einer vollständigen Familie, 12% zusammen mit einem Elternteil, 2% zusammen mit anderen Personen ohne Eltern, 16% allein und 33% nicht in ihrer Herkunftsfamilie. Bestimmt man im Vergleich aus den Daten unserer Studie das durchschnittliche Aufwachsen in einer vollständigen Herkunftsfamilie von 13-20 Jahren, so ergeben sich 35%. Diese Zahl ist niedriger als das Ergebnis der Shell-Studie. Wenn wir nun das Aufwachsen bzw. evtl. Leben in der vollständigen Herkunftsfamilie bis 29 Jahre weiter beobachtet hätten und sich der ab dem siebzehnten Lebensjahr deutlich herauskristallisierende Abwärtstrend der in der vollständigen Herkunftsfamilie lebenden Opiatabhängigen fortgesetzt hätte – was ich für wahrscheinlich erachte - so wäre die durchschnittliche Prozentzahl von 13-29 Jahren noch niedriger ausgefallen, so dass ich davon ausgehe, dass die von uns befragten Opiatabhängigen deutlich seltener in einer vollständigen Herkunftsfamilie aufgewachsen sind als die vergleichbare bundesdeutsche Jugend.

Bis zum Alter von fünfzehn Jahren sind im Vergleich der Geschlechter die Jungen durchweg häufiger in einer vollständigen Familie aufgewachsen als die Mädchen, dieser

deutlichste Unterschied im Alter von sechs Jahren: 72% der Jungen sind im Vergleich zu nur 62% der Mädchen in diesem Alter in einer vollständigen Familie aufgewachsen, ist statistisch signifikant ($p=0,04$). Genauso verhält es sich mit den einzeln berücksichtigten Unterpunkten – so sind z.B. bis zum Zeitpunkt von fünfzehn Jahren durchgehend mehr Mädchen mit einem alleinerziehenden Elternteil aufgewachsen, so haben im Alter von fünf Jahren 15% der Mädchen im Vergleich zu nur 10% der Jungen bei ihrer alleinerziehenden Mutter gelebt, wohingegen die Jungen bis zum Alter von 20 Jahren fortwährend häufiger bei Ihren Großeltern bzw. Verwandten groß geworden sind als die weiblichen Probanden unserer Studie – mit fünf Jahren wuchsen z.B. 7% der Jungen und 2% der Mädchen bei den Großeltern bzw. Verwandten auf, aber keiner der Unterpunkte ist statistisch ($p<0,01$) gesehen hochsignifikant.

Im Shell-Studien Fragebogen 43 zu Lebensereignissen, den wir in unsere Studie übernommen haben, sind mehrere Fragen gestellt worden, die das Thema Broken Home bzw. Herkunftsfamilie betreffen: Von unseren 350 Studienprobanden haben 335 die Frage nach einer evtl. Trennung bzw. Scheidung der Eltern beantwortet. 145 (41%) der Opiatabhängigen haben eine und 19 (5%) zwei Scheidungen ihrer Eltern erlebt, ein Befragter musste diese Erfahrung des Auseinanderbrechens seiner Herkunftsfamilie gleich zweimal innerhalb seines ersten Lebensjahres machen. Zusätzlich zum Stattfinden des Ereignisses haben wir in den Interviews nach dem Einfluss dieses evtl. Ereignisses hinsichtlich einer Auswirkung auf das weitere Leben gefragt. Auch in der Bewertung dieses Lebensereignisses für die Zukunft gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern:

Tabelle 3: Trennung/Scheidung im Geschlechtervergleich

		Geschlecht		Gesamt
		männl	weibl	
Scheidung erlebt mit < 16 Jahren	Anzahl	77	42	119
	% von Geschlecht	81,1%	84,0%	82,1%
Scheidung erlebt mit 16 u. älter	Anzahl	18	8	26
	% von Geschlecht	18,9%	16,0%	17,9%
Gesamt	Anzahl	95	50	145
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 4: Beziehung zwischen Geschlecht und Lebensereignis der erlebten Scheidung/Trennung:

			Lebenseinfluß		Gesamt
			nicht - mittel	stark - sehr stark	
Geschlecht männl	Anzahl	25	67	92	
	% von Geschlecht	27,2%	72,8%	100,0%	
weibl	Anzahl	11	39	50	
	% von Geschlecht	22,0%	78,0%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	36	106	142	
	% von Geschlecht	25,4%	74,6%	100,0%	

Wenn man das Alter mit dem Ereignisseinfluss auf das weitere Leben in Relation stellt, ergeben sich deutlichere Unterschiede: 79% der unter 16-jährigen geben an, dass das Ereignis der erlebten Trennung ihrer Eltern einen starken, bis sehr starken Einfluss auf ihr weiteres Leben gehabt habe, während es bei den sechzehn Jahre alten und älteren nur 58% der Befragten sind. Ebenso verhält sich dieser Unterschied bei den Opiatabhängigen, die solch eine Trennung ihrer Eltern zwei Mal miterleben mussten. Von diesen 19 (5%) Probanden haben 17 die Frage nach dem Einfluss auf ihr weiteres Leben beantwortet: 73% der zu dem Zeitpunkt des Zerbrechens der zweiten Beziehung ihrer Eltern unter 16 – jährigen empfand dieses Ereignis im Vergleich zu nur 50% der mindestens 16 Jahre alten Opiatabhängigen als stark bis sehr stark beeinflussend für ihr späteres Leben.

Zum Vergleich seien hier die Ergebnisse der Shell-Studie angeführt: 15% der westdeutschen und 21% der befragten ostdeutschen Jugendlichen haben im Vergleich zu 41% unserer Studienprobanden eine Scheidung miterlebt. Bei den Westdeutschen waren keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten festzustellen. Insgesamt gibt die Mehrzahl der Scheidungskinder (65%) auch in der Shell-Studie eine starke bis sehr starke Veränderung ihres Lebens durch dieses Ereignis der miterlebten Trennung Ihrer Eltern an

Den Tod von mindestens einem Elternteil haben 96 (27%) unserer 350 Probanden miterlebt – dies sind wiederum mehr Personen als die 11%, die solch ein Lebensereignis im Rahmen der Shell-Studie angeben. (Selbst wenn man die Opiatabhängigen unserer Studie, die dieses Erlebnis erst nach dem 29. Lebensjahr machen mussten aus der Rechnung herausnimmt, um eine besserer Vergleichbarkeit zur Shell-Studie zu erhalten, die nur Jugendliche bis zum Alter von 29 Jahren befragt haben, ergibt sich immer noch ein Verhältnis von 23% zu 11%). 37 Personen (das sind 11% der Gesamtstichprobe bzw. 39% der Untergruppe, die den Tod eines Elternteils erleben musste) waren zum Zeitpunkt des Todes eines Elternteils unter 16 Jahre alt, 59 (17% bzw. 61%) waren 16 Jahre alt oder älter. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren wiederum statistisch nicht signifikant.

Die Frage zum Einfluss auf ihr weiteres Leben haben 90 der 96 Untergruppenprobanden beantwortet. 31 (34%) empfanden dieses Lebensereignis als nicht – mittel verändernd für ihr weiteres Leben und 59 (66%) als stark – sehr stark.

Den Tod eines zweiten Elternteils haben 7 (2%) unserer 350 Interviewten erlebt. Ein Mann dieser sieben war zu dem Zeitpunkt 13 Jahre alt und befand diesen zweiten Tod eines so nahen Angehörigen als stark - sehr stark beeinflussend für sein weiteres Leben, die übrigen sechs (fünf Männer und eine Frau) waren mindestens 16 Jahre alt. Zwei von ihnen sahen keinen bis höchstens einen mittleren Einfluss dieses Ereignisses auf ihr weiteres Leben und die übrigen drei (ein Opiatabhängiger hat die Frage nach der Bedeutung nicht beantwortet) einen starken bis sehr starken.

Die Teilnehmer unserer Longitudinalstudie kommen zu 88% aus einer Großstadt, zu 12% aus einer mittleren Stadt und nur zu 1% aus einer Kleinstadt bzw. vom Land, dabei gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. 91% der männlichen Teilnehmer und 92% der weiblichen haben die deutsche Staatsbürgerschaft. Die Väter sind zu 83% (bei fünf fehlenden Angaben) und die Mütter zu 87% in Deutschland geboren und in 39 Fällen entstammen die Kinder binationalen Verbindungen. In der Allgemeinbevölkerung

finden wir nach Angaben des Bundesamtes für Statistik eine vergleichbare Rate von 9% der bundesdeutschen Bevölkerung, die die deutsche Staatsbürgerschaft nicht besitzen. Im Bezug auf die Ausbildungssituation ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 5: erreichter Schulabschluss aufgeteilt nach Geschlecht

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
Schulabschluss	keiner	Anzahl	52	20	72
		% von Geschlecht	21,4%	18,7%	20,6%
	Hauptschule	Anzahl	108	44	152
		% von Geschlecht	44,4%	41,1%	43,4%
	Mittlere Reife	Anzahl	57	26	83
		% von Geschlecht	23,5%	24,3%	23,7%
	Abi/Fachabi	Anzahl	24	16	40
		% von Geschlecht	9,9%	15,0%	11,4%
	Hochschulabschluss	Anzahl	2	1	3
		% von Geschlecht	,8%	,9%	,9%
Gesamt		Anzahl	243	107	350
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Im Vergleich mit den in der Shell-Studie befragten Jugendlichen sind die Zahlen der niedrigeren Abschlüsse höher und die der höheren niedriger: bezogen auf die Ergebnisse der befragten Westdeutschen haben im Vergleich zu 21% unserer Befragten nur 1% keinen Schulabschluss, 43% zu 33% haben einen Hauptschul-, 24% zu 36% einen Realschulabschluss und 11% zu 29% haben das Abitur bzw. Fachabitur erlangt.

Betrachtet man die erreichten Schulabschlüsse der Eltern, so haben die Mütter im Vergleich zu den Vätern öfter einen niedrigen und seltener einen höheren Schulabschluss: 4% der Mütter haben zu 3% der Väter keinen Schulabschluss, 43% zu 36% einen Hauptschul-, 20% zu 14% einen Realschulabschluss und 5% zu 9% erreichten das Abitur bzw. identische 4% einen Hochschulabschluss. Ebenso stellt es sich im ausgeübten/erlernten Beruf dar: die Mütter gehen öfter keiner bzw. niederen Arbeiten und seltener höheren Berufen nach als die Väter. (19% der Mütter haben im Vergleich zu 1% der Väter keine Arbeit bzw. führen den Haushalt, 4% zu 1% arbeiten gelegentlich, 16% zu 7% als Hilfsarbeiter, 35% zu 20% als einfache Angestellte oder Beamte, 11% zu 34% als Facharbeiter und 5% zu 14% als leitende Angestellte bzw. 6% zu 16% als Selbständige) Diese zahlenmäßigen Verhältnisse zwischen den Geschlechtern der Elterngeneration finden sich ebenso in den Ergebnissen der Shell-Studie wieder, so dass die Eltern unserer Opiatabhängigen hier die allgemeinen Verhältnisse in der Gesellschaft widerspiegeln.

Gegensätzlich zum Bereich der erreichten Schulabschlüsse, in dem die weiblichen Mitglieder unserer Studie im Erreichen des Abiturs die Männer übertreffen, bietet sich, wenn man sich die Berufsausbildung ansieht, ein anderes Bild: Hier sind es deutlich mehr Frauen, nämlich 65% im Vergleich zu 50% der Männer, die zu Beginn unserer Studie im Erstgespräch angeben, keine abgeschlossene Berufsausbildung zu haben, ein Unterschied, der sich mit $p=0,013$ als signifikant darstellt.

In der Shell-Studie sind es deutlich weniger – 8% ohne zum Zeitpunkt der Befragung abgeschlossene Berufsausbildung, aber hier sind es mit 9% im Gegensatz zu 6% ebenfalls mehr Frauen als Männer – vielleicht ein Ergebnis, das, wie auch die schlechtere Schulbildung bzw. Berufstätigkeit der Mütter, als Relikt der altertümlichen Erziehungs- und Ausbildungssituation von Frauen allgemein zu werten ist, eher der Familie und nicht der beruflichen Karriere zugewandt zu sein.

5.1.2 Emotionale Situation

Wir haben die von uns interviewten Opiatabhängigen ebenso wie die Teilnehmer der Shell-Studie gefragt, welche Spiele sie im Alter von 3 bis 12 Jahren häufig gespielt haben. Dabei haben die Probanden eine Liste von 24 verschiedenen Spielen abgearbeitet, die sich unter sechs Kategorien zusammenfassen lassen:

1. soziale Mädchenspiele wie Mutter und Kind, Kinderküche, Kaufladen oder Puppenküche, die erwartungsgemäß in beiden Stichproben öfter von Mädchen angegeben wurden,
2. kämpferische, aggressive Jungenspiele wie Cowboy und Indianer, Räuber und Gendarm, Krieg oder Soldaten bzw. mit Spielzeugwaffen spielen, die eher von Jungen bevorzugt wurden,
3. kulturelle Beschäftigungen, klassische Bildung – so z.B. ein Buch lesen, ein Museum oder Theater besuchen oder sich Sehenswürdigkeiten ansehen,
4. Zeitvertreibe, die sich über Konsum oder die Medien definieren: Kassetten oder Schallplatten hören, im Kaufhaus herumbummeln, Werbefilme ansehen oder mit einem Kassettenrecorder spielen,
5. kreative Sachen, kulturelle Aktivitäten wie malen oder zeichnen, Phantasiespiele, Theater spielen oder sich verkleiden und
6. technische Hobbys, bei denen man sich mit Experimentierkästen, Metall-, Technik-, oder einem Chemie- bzw. Physikbaukasten beschäftigt wiederum eine Domäne, die eher den Jungen vorbehalten ist.

Um nun herauszufinden, ob sich die Angaben unserer befragten Opiatabhängigen über den spielerischen Anteil in ihrer Kindheit von der allgemeinen Beschäftigung im Kindesalter unterscheiden, habe ich die Mittelwerte der Häufigkeiten, mit denen sich mit einem bestimmten Spiel bzw. einer Untergruppe beschäftigt wurde, mit den Ergebnissen der Shell-Studie verglichen.

In der Gruppe der sozialen Spiele geben unsere Studienprobanden durchweg niedrigere Häufigkeiten an als die Teilnehmer der Shell-Studie, deren Mittelwert um bis zu 0,5 (bei maximal möglichen 4 Punktwerten, falls alle Teilnehmer dieses Spiel sehr häufig gespielt hätten) kleiner ausfällt. In der Gruppe der kämpferischen Spiele sind dagegen die Häufigkeitsangaben unserer Teilnehmer höher, am ausgeprägtesten zeigt sich der Unterschied in den Kategorien Krieg bzw. Soldaten spielen und mit Spielzeugwaffen hantieren, hier fällt die Beliebtheit bzw. Beschäftigung mit diesem Metier jeweils 0,5 Punktwerte höher aus als bei den Teilnehmern der Shell-Studie.

Im kulturellen und im kreativen Bereich fallen die Angaben der Shell-Studie - Jugendlichen wiederum höher aus, es werden allerdings nur Mittelwertunterschiede von 0,2 Punktwerten erreicht und in den Kategorien Konsumfreizeitbeschäftigung oder

technische Hobbys kristallisieren sich keine einheitlichen Unterschiede zwischen beiden Stichproben heraus.

In einer weiteren Frage- und Antwortliste haben wir in Übernahme der Frage aus der Shell-Studie versucht, die Schulzeit und die emotionale Situation in diesem Entwicklungsabschnitt näher zu beleuchten. Wir fragten nach gemeinsamen Familienunternehmungen und nach Einschätzungen der Studienteilnehmer bezüglich des Interesses ihrer Eltern an ihrer Person und ihren schulischen Leistungen.

In den Kategorien, in denen nach gemeinsamen Familienunternehmungen, wie z.B. gemeinsam Musik zu machen, Sport zu treiben, zu lesen, die Hobbys der Eltern zumindest für eine Zeit lang zu übernehmen, oder die Bücher, Zeitschriften oder Musikartikel wie auch Schallplatten, Kassetten der Familie zu benutzen, sprich das kulturelle Kapital der Eltern vermittelt zu bekommen, gefragt wurde, haben die von uns untersuchten Opiatabhängigen tendenziell geringfügig kleinere Mittelwerte, die sich um bis zu 0,3 Punktwerte von denen der Shell-Studie-Teilnehmern unterscheiden.

In den Fragen, die das Interesse an den schulischen Leistungen bzw. die Pläne der Eltern für ihre Kinder beinhalten, gibt es keine einheitliche Tendenz, z.T. sind die Mittelwerte identisch, wie z.B. bei dem Ausmaß mit dem auf die mitgebrachten Schulnoten geachtet wurde, z.T. fallen sie in der Gruppe unserer Studienteilnehmer geringer aus, wie z.B. bei der Frage, ob der Befragte von den Eltern für ein begabtes Kind gehalten wurde oder ob sich die Eltern regelmäßig danach erkundigt haben, wie es in der Schule war. Bei dieser Frage ist der Unterschied mit 0,4 Punktwerten am deutlichsten, aber nicht signifikant.

Im Rahmen der Ersterhebung haben die 350 von uns befragten Opiatabhängigen auch den Familienselbstbeobachtungsbogen ausgefüllt. Mit dem in unserer Studie nicht eingesetzten allgemeinen Familienbogen und dem Zweierbeziehungsbogen bildet er die Bestandteile der FB, der Familienbögen, einer überarbeiteten Version der Familieneinschätzungs-Bogen FEB, die eine deutschsprachige Übersetzung des "Family Assessment Measure" - des FAM III darstellt. Weitere Angaben zur Konstruktion und Entstehung finden sich bei Skinner et al. (1983) und Cierpka et al. (1987). Es handelt sich dabei um einen Fragenkatalog, anhand dessen versucht wird, die Familiendynamik zu untersuchen und ein Profil der Familienstärken bzw. -schwächen zu erstellen.

Die Ergebnisse der Familienbögen geben dabei eine Übersicht über die Funktionalität und die Ressourcen der Familie, ermöglichen eine unabhängige Überprüfung der klinischen Einschätzung der Familie, identifizieren Bereiche von familiären Problemen, die weiterführende Überlegungen fordern, und machen quantitative Aussagen über die Funktionalität/Dysfunktionalität von Familien.

Im Rahmen der Daten unserer Studie kann ich nur auf die Selbsteinschätzungsbögen unserer Probanden bezüglich ihrer Funktion und Stellung innerhalb ihrer Familie zurückgreifen. Die errechneten und ausgewerteten Profile der Familienbögen machen Aussagen über die Funktionalität einer Familie, über vorhandene Stärken und Schwächen. Dabei werden die Ergebnisse in sieben unterschiedlichen Kategorien aufgesplittet:

1. Aufgabenerfüllung, 2. Rollenverhalten, 3. Kommunikation, 4. Emotionalität, 5. Affektive Beziehungsaufnahme, 6. Kontrolle und 7. Werte und Normen

Innerhalb jeder Kategorie ist es möglich, aus den aus den Fragebögen ablesbaren Skalenrohwerten T-Werte zu bestimmen, die zwischen 30 und 90 Punkte betragen und die man in die Familienprofile eintragen kann. Dabei gelten Zahlenwerte unter 40 als Stärken und Punktwerte oberhalb von 60 als Schwächen in der jeweiligen Kategorie. Für den allgemeingültigen Vergleich liegen zur Interpretation Vergleichs-T-Werte für „normale“ Familien in verschiedenen Lebensabschnitten vor, leider gibt es keine Vergleichsbögen für Familien mit erwachsenen, ausgezogenen Kindern, so dass die Ergebnisse unserer Probanden, die ja größtenteils nicht mehr zu Hause wohnen, nicht mit allgemein gültigen T-Werten verglichen werden können.

Bei der Interpretation ist darauf zu achten, dass ein Wert keine Aussage über spezifische Aspekte innerhalb einer Dimension machen kann, er kann nur, je höher er über 60 liegt mit steigender Wahrscheinlichkeit eine Dysfunktionalität in diesem Bereich repräsentieren, bzw. umgekehrt. Des Weiteren sprechen mehrere Skalen, die Werte über 60 aufweisen, auf eine gravierende Familiendysfunktionalität hin. Alle Mittelwerte der T-Werte der verschiedenen sieben Kategorien unserer Studienprobanden liegen im Bereich zwischen 40 und 60 Punkten, der als unauffällig gewertet werden kann:

1. Aufgabenerfüllung (AE):

335 Angaben der 350 Teilnehmer konnten ausgewertet werden, der Mittelwert liegt mit einer Standardabweichung von 11,5 bei 58,17. 42% der Opiatabhängigen weisen in dieser Kategorie eine mehr oder minder ausgeprägte Schwäche aus – es sind 2 dabei, die 89 Punkte erreichen. 53% liegen im Normbereich. Mögliche Schwächen könnten sich z.B. so darstellen:

- Unfähigkeit, auf Veränderungen im Lebenszyklus angemessen zu reagieren
- Probleme bei der Festlegung von (bestimmten) Aufgaben, bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten oder der Verwirklichung von Veränderungen
- kleinere Stresssituationen können jede Krise im Bereich der Aufgabenerfüllung bereits verstärken

2. Rollenverhalten (RV):

332 Angaben konnten ausgewertet werden, dabei liegt der Mittelwert bei 59,1 und die Standardabweichung bei 11,6. Aufgesplittet ergeben sich 3% der Studienteilnehmer, deren Familien evtl. Stärken aufweisen, 55%, deren Werte im Normbereich liegen und 42%, die wahrscheinlich Schwächen im Bereich des Rollenverhaltens innerhalb ihrer Familien aufweisen. Im Maximum sind es 9 Personen, sprich 2%, mit einem Punktwert von 86, die Schwächen könnten sich hierbei wie folgt herauskristallisieren:

- Rollen, die ungenügend in den Familienverband eingefügt sind, mangelnde Übereinstimmung in Bezug auf die Rollenerwartungen
- Unfähigkeit, sich an neue Rollen, die im Verlauf des familiären Lebenszyklus gefordert werden, anzupassen

3. Kommunikation (KOM):

Hier konnten 332 Angaben ausgewertet werden, der Mittelwert beträgt 54,9, die Standardabweichung 10,9. 5% unserer Studienprobanden erreichen Zahlenwerte unter 40, der Großteil liegt mit 64% im Normbereich und 31% liegen im Bereich, der das Bestehen von Kommunikationsschwierigkeiten/-schwächen innerhalb der Herkunftsfamilien nahe legt. 2 Personen (1%) erreichen 89 Punkte. Schwächen in der familiären Kommunikation könnten sich z.B. folgendermaßen darstellen:

- mangelnder Informationsaustausch unter den Familienmitgliedern
- ungenügende, verschobene oder verdeckte Verständigung
- Unfähigkeit, bei Verwirrung eine Klärung herbeizuführen

4. Emotionalität (E):

334 Auswertungen konnten vorgenommen werden, der Mittelwert erreicht 57,1 und die Standardabweichung 11,4. 3% der von uns interviewten Opiatabhängigen weisen Punktwerte unter 40 auf, die auf Stärken ihrer Familie im emotionalen Umgang schließen lassen, 62% liegen im neutralen und 35% im Schwächen zu vermutenden Bereich über 60, dabei erreichen 3 Probanden das Maximum von 85 Punkten.

Schwächen könnten sich innerhalb der Kategorie Emotionalität wie folgt ergeben:

- Interaktionen zeichnen sich durch einen unzulänglichen Ausdruck und/oder einer unangemessenen Intensität von Gefühlen aus
- Unterdrückung oder Übertreibung bzw. Negierung von bestimmten Gefühlen in Bezug auf bestimmte Situationen.

5. Affektive Beziehungsaufnahme (AB):

Von den 332 errechneten T-Werten, deren Mittelwert bei 52,6 und deren Standardabweichung bei 11,9 liegen, haben 11% einen Punktwert unterhalb der 40er Marke, 68% einen Wert im Normbereich und 22% einen Wert im Bereich der vermuteten Schwächen auf diesem Gebiet erreicht. Diese könnten sich folgendermaßen gestalten:

- Fehlen jeglicher Empathie unter den Familienmitgliedern, Zeigen von Interesse ohne jegliches Gefühl
- die Beziehungen könnten narzisstisch oder extrem symbiotisch sein
- die Familienmitglieder zeigen evtl. Unsicherheit und einen Mangel an Autonomie

6. Kontrolle (K):

Dieses ist die Untergruppe – 335 Angaben konnten verwertet werden - mit dem niedrigsten Mittelwert von 50, Standardabweichung 10. 13% liegen im Bereich unter 40, 11% über 60 und 76% im Normbereich zwischen 40 und 60.

Stärken könnten sich dahingehend zeigen, dass:

- die Formen der Beeinflussung es zulassen, dass das Familienleben in einer mit den Vorstellungen aller Mitglieder vereinbarten Art und Weise abläuft
- das Kontrollverhalten vorhersagbar und trotzdem flexibel genug ist, so dass Spontanität in einem gewissen Rahmen zugelassen werden kann
- Kontrollversuche konstruktiv, lehrreich und wachstumsfördernd wirken

7. Werte und Normen (WN):

Von den errechneten 335 T-Werten mit dem Mittelwert 58 und der Standardabweichung 12,6, erreichen 7% den Stärke-Punktbereich unter 40, 59% den Normbereich und 34% den Schwächebereich oberhalb der 60 Punkte, (17 Personen (5%) erreichen 86 Punkte). Schwächen in dieser Kategorie könnten sich dabei wie folgt darstellen:

- mangelnde Übereinstimmung und Kohärenz in familiären Wert- und Normvorstellungen
- der vorhandene Spielraum könnte unangemessen sein, er kann nicht von allen Familienmitgliedern gleichrangig bzw. –wertig genutzt werden

5.1.3 Drogenkonsum – Vorbildfunktion der Eltern

Um diesen Punkt näher zu untersuchen, haben wir unsere 350 Studienprobanden nach evtl. Alkohol-, Drogen- oder psychischen Problemen ihrer Eltern und ggf. Geschwister gefragt: 17% der Opiatabhängigen, 22% der weiblichen und 15% der männlichen Studienteilnehmer, geben an, dass ihre Mutter ein Alkoholproblem hat, 81% verneinen diese Frage und 2% wissen es nicht. Etwas niedriger, mit 12%, geben sie ein Drogenproblem der Mutter an. Demgegenüber stehen 87% Verneinungen eines solchen Problems und 2% „weiß ich nicht“. Im Bezug auf den Vater gaben 45% (46% der weiblichen und 44% der männlichen Teilnehmer) an, dass ihr Vater an einem Alkoholproblem leidet. Während dieses Problem bei den Vätern also weit ausgeprägter zu sein scheint als bei den Müttern, fallen die Zahlenangaben über ein evtl. vorhandenes Drogenproblem mit 7% (wieder mit 8% ein höherer Anteil der Töchter im Vergleich zu 6% der Söhne) deutlich niedriger aus.

Im Fall von 69 (20%) Probanden sind beide Elternteile betroffen, bei 6 (2%) haben beide ein Drogenproblem, bei 8 (2%) hat die Mutter ein Alkohol- und der Vater ein Drogenproblem, bei 21 (6%) ist es umgekehrt und bei 34 (10%) haben beide ein Alkoholproblem. Die Probleme mit dem Konsum von Alkohol sind demnach - erwartungsgemäß - verbreiteter als die im Umgang mit illegalen Drogen.

Auf Seiten der Geschwister werden dem ersten Geschwisterkind in 19% der Fälle (19% der männlichen und 19% der weiblichen Opiatabhängigen) ein Alkoholproblem und in 26% (24% der weiblichen und 27% der männlichen Opiatabhängigen) ein Drogenproblem nachgesagt. Bei einem zweiten Geschwisterkind leidet dieses in 9% (13% der weiblichen und 7% der männlichen Probanden) an einem Alkoholproblem bzw. in 9% (8% der männlichen und 13% der weiblichen Probanden) an einem Drogenproblem. Zur Feststellung einer im Vergleich zur Allgemeinheit stark gehäuften familiären Problematik mit Drogen bzw. Abhängigkeiten fehlen mir exakte Vergleichszahlen. Generell erscheinen mir die Zahlen allerdings ziemlich hoch und es fällt ins Auge, dass der Anteil der weiblichen Studienteilnehmer mit intrafamiliären Drogen- bzw. Abhängigkeitsproblemen, bezogen auf die Eltern - wenn auch nicht signifikant - höher ist, als der der männlichen Opiatabhängigen.

Als Exkurs von meinem eigentlichen Familienthema sei hier noch kurz auf die Zahlen zu psychischen Problemen eingegangen: 25% der Teilnehmer (30% der Weiblichen und 23% der Männlichen) geben psychische Probleme der Mutter an, 19% (26% der Weiblichen und 16% der Männlichen) beschreiben psychische Probleme des Vaters und 23% (31% der weiblichen und 19% der männlichen Probanden) bejahen die Frage nach psychischen Problemen bei mindestens einem Geschwisterteil.

In einer weiteren Frage unseres Interviews haben wir nach Familienproblemen gefragt, die aus einem evtl. Drogenproblem entstanden sind. Von den 227 erhaltenen Antworten geben 67% als Drogenproblemauswirkung Streit der Eltern an, 42% Gewalt bzw. Schläge gegen die Mutter, 45% Gewalt gegen die Kinder, 18% eine Überschuldung der Familie und 15% sonstige Auswirkungen, wie bedrückende Stimmung, gegenseitiges Bestehlen, Isolierung in der Nachbarschaft, Scheidung, Unvermögen, das Kindsein auszuleben bis hin zu bewaffneten Auseinandersetzungen.

Ein eventuelles Suchtproblem taucht auch in den Angaben nach einer für den Lebenslauf als zentral empfundenen Kränkung bzw. Konflikt auf. Für den 1. Konflikt, der heute noch von 59% der Befragten (55% M. und 68% W., $p=0,019$) als belastend empfunden wird, wird u.a. mit 10% der Tod eines nahestehenden Menschen, mit 14% ein Beziehungskonflikt, mit 13% ein Trennungsgeschehen, mit 2% eine Broken Home - Situation und mit 2% ein oder das Suchtproblem genannt.

Wir haben die Opiatabhängigen nicht nur nach Belastungen/Auswirkungen dieser Konflikte für/auf ihren weiteren Lebensweg gefragt, sondern auch nach deren Einfluss auf ihren Drogenkonsum. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 festgehalten. Es fällt ins Auge, dass die weiblichen Studienprobanden diesen Konfliktsituationen durchweg einen höheren Bedeutungsgrad zumessen, als die Männlichen.

Tabelle 6: erlebte Konflikte und deren Einfluss auf den Drogenkonsum

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
Bedeutung Konflikte für Drogenkonsum	gar nicht	Anzahl	25	9	34
		% von Geschlecht	10,5%	8,7%	9,9%
	wenig	Anzahl	23	4	27
		% von Geschlecht	9,6%	3,8%	7,9%
	mittel	Anzahl	40	11	51
		% von Geschlecht	16,7%	10,6%	14,9%
	erheblich	Anzahl	95	46	141
		% von Geschlecht	39,7%	44,2%	41,1%
	extrem	Anzahl	56	34	90
		% von Geschlecht	23,4%	32,7%	26,2%
Gesamt	Anzahl	239	104	343	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

5.1.4 Belastungen in der Vorgeschichte

Auf die Frage nach etwaigem Missbrauch in ihrer Lebensgeschichte haben 66% der von uns interviewten Opiatabhängigen geantwortet, dass sie emotional missbraucht worden sind, 50% gaben an, physisch und 16% sexuell missbraucht worden zu sein:

Die 66% der emotional Missbrauchten teilen sich auf 60% der männlichen und 79% der weiblichen Teilnehmer ($p=0,001$) auf, bei den physisch Missbrauchten liegt der Männeranteil mit 60% im Vergleich zu 40% der Frauen deutlich höher ($p=0,000$) und im Bereich des sexuellen Missbrauchs stehen 4% der männlichen Opiatabhängigen 43% der weiblichen gegenüber ($p=0,000$), die eine solche Erfahrung machen mussten.

Als weitere Notiz möchte ich hier die Auswertung der Shell-Studien-Fragen zu gewissen Lebensereignissen nachliefern, die z.T. schon in 5.1.1 Broken Home eingeflossen sind. Dabei wurden die 15 Lebensereignisse Schulwechsel, Sitzenbleiben, Elternhaus verlassen, Lehre/Ausbildung abbrechen, schwere Abschlussprüfung, Geburt/Adoption eines Geschwisterkindes, Umzug, Trennung, Scheidung der Eltern, Arbeitslosigkeit der Eltern, Tod der Eltern oder Großeltern, Verlust eines nahen Freundes, eigene schwere Krankheit, Krankheit einer nahe stehenden Person und der Gedanke, "nicht mehr

weiterleben zu wollen" abgefragt und anhand der folgenden fünf Kategorien zusammengefasst:

1. Verlust

Einen Verlust vor dem 9. Lebensjahr haben 24% der an unserer Studie teilnehmenden Opiatabhängigen erlitten und 2% zwei. Im Vergleich dazu sind es im Kader der Shell-Studie 9% bzw. 0%. Betrachtet man die Verlusterlebnisse bis zum Tag der Datenerhebung, so stehen den 40% unserer Befragten ohne Verlusterlebnis 75% der Shell-Studienteilnehmer gegenüber, 43% erlebten im Vergleich zu 22% einen, 15% zu 3% zwei, 2% im Vergleich zu 0% 3 und 0,3% im Vergleich zu 0% der Shell-Studienteilnehmern 4 Verluste.

2. Gesundheitsprobleme

92% unserer Probanden hatten vor Erreichen des 9. Lebensjahres keine Erfahrungen in diesem Bereich, stärkere gesundheitliche Probleme in Bezug auf die eigene Person oder die nähere Umgebung mussten von unseren Probanden 7% einmal und 0,3% zweimal machen. In dieser Untergruppe sind die Unterschiede zu den Ergebnissen der Shell-Studie geringer. Betrachtet man das Erleben von gesundheitlichen Problemen bis zum Zeitpunkt des Interviews, so stehen 43% unserer Opiatabhängigen ohne Erlebnisse auf diesem Gebiet 63% der Teilnehmer der Shell-Studie gegenüber, 36% machten im Vergleich zu 22% eine Erfahrung, 16% zu 3% zwei und 6% zu 0,1% bzw. 0,6% zu 0% drei bzw. mind. vier Erfahrungen auf diesem Gebiet.

3. Arbeitslosigkeit

Bei den unter 9-Jährigen stehen unseren 99% ohne Erfahrung auf diesem Gebiet fast identische 99,3% auf Seiten der Shell-Studien - Teilnehmer gegenüber. Auch in den generellen Häufigkeiten bis zum Erhebungszeitpunkt gibt es keine wesentlichen Unterschiede: 86% der Opiatabhängigen ohne Erleben einer Arbeitslosigkeit der Eltern stehen 87% auf Seiten der Shell-Studie gegenüber, bei einer Erfahrung sind es 12% zu 13% und bei Zweien sind es 2% zu 0,3%.

4. Schulschwierigkeiten

93% unserer Probanden unter 9 Jahren ohne Probleme in diesem Bereich stehen innerhalb der Ergebnisse der Shell-Studie 99% gegenüber. Besieht man die gesamte Entwicklung bis zur Ersterhebung bzw. Shell-Studie, so sind die Unterschiede deutlicher, wiederum beginnen sich in den Folgejahren nach Überschreiten der ersten Lebensdekade die Probleme, die sich aus der Opiatabhängigkeit ergeben, auszuwirken: 48% ohne Problemerklebnisse in diesem Gebiet stehen 88% der Shell-Studien - Vergleichsgruppe gegenüber, bei einem Problemgeschehen sind es 42% zu 11%, bzw. 9% zu 1% mit zwei problematischen Schul-/Ausbildungssituationen.

5. Umzug

In der Gruppe der unter 9 Jahre alten Opiatabhängigen haben 74% noch keinen Umzug erlebt, in der Shell-Studie sind es 86%, mit einem Erlebnis 23% zu 13% und mit zwei 3% zu 1%. Betrachtet man den Zeitraum bis zum ersten Interviewkontakt, so sind es nur noch 25% zu 60% ohne, 44% zu 34% mit einem und 31% zu 7% mit zwei Umzugserlebnissen.

Aus diesen fünf für den weiteren Lebensweg evtl. belastenden Situationskategorien und zusätzlich als sechste Kategorie aus dem elterlichen Ausbildungsstand wurde ein Gesamtbelastungsscore gebildet, in dem bei maximaler Belastung bis zu sechs Punkte erreicht werden können. Im Belastungsindex bis zum Erreichen des 9. Lebensjahres, in den sog. vorpubertären Belastungen, stehen 52% unserer Opiatabhängigen ohne Belastung 70% der Shell-Studien Probanden gegenüber, bei einer Belastung ergibt sich ein Verhältnis von 34% unserer Probanden zu 24% der Shell-Studien-Teilnehmer, bei zwei von 11% zu 5% und bei drei bzw. vier oder fünf von 2% zu 0,8%, 0,3% zu 0,1% und letztendlich 0,35 zu 0%. Im generellen „Adversity-Index“ für alle Belastungen, die bis zum Befragungstag auftraten, sind die Unterschiede noch ausgeprägter: 27% unserer Datenträger ohne belastende Erlebnisse auf ihrem Lebensweg stehen 63% der Shell-Studien Jugendlichen gegenüber, im Bereich einer starken Belastung sind es 36% zu 29%, bei Zweien 25% zu 8%, bei Dreien 9% zu 1% und bei Vieren 4% zu 0,1%.

5.1.5 Bewältigung der Adoleszenzkrise – Vermittlung von Ressourcen

Um Informationen zu diesem Themenkomplex zu erhalten mussten die Opiatabhängigen unserer Studie ebenso wie die Jugendlichen, die zur Shell-Studie herangezogen wurden 23 Fragen zu Entwicklungsübergängen beantworten und zusätzlich zu den Angaben, ob sie diese Entwicklungen schon mitgemacht bzw. erlebt haben und wie alt sie ggf. beim Überschreiten der jeweiligen Entwicklungsstufe waren, einschätzen, inwieweit sie mit dem Meistern dieser Entwicklungsstufe mit ihren Altersgenossen konform gingen.

Bis auf vier Fragen - die nach dem ersten Erleben einer Urlaubsreise auf eigene Faust, die sich über politische Themen gut unterhalten zu können und die beiden Fragen nach beruflichen Aspekten, hinsichtlich einer ersten, abgeschlossenen Berufsausbildung bzw. der Gewissheit beruflicher Ziele - haben die von uns interviewten Opiatabhängigen die abgefragten Ereignisse stets häufiger erlebt. So haben sie z.B. auch häufiger geheiratet bzw. sind häufiger Vater oder Mutter geworden. Außerdem waren sie beim Erleben aller 23 aufgeführten Erlebnisse zum Zeitpunkt des Geschehens (z.T. erheblich) jünger als die Vergleichsprobanden der Shell-Studie.

Dieses scheint den von uns befragten Jugendlichen auch durchaus bewusst gewesen zu sein, denn auf die Frage nach einem im Vergleich zu Gleichaltrigen früheren Erleben haben sie im Durchschnitt mit 30 bis 40% auch selbst festgestellt, dass sie früher, bzw. sehr viel früher waren: (Opiatabhängige versus Shell-Studien-Teilnehmer)

- 67% unserer Opiatabhängigen haben schon mal eine Urlaubsreise auf eigenen Faust gemacht, im Vergleich zu 74% der Shell-Studien-Teilnehmer, 24% unserer Probanden waren im Vergleich zu 11% zu diesem Zeitpunkt bis 14 Jahre alt und 49% zu 34% 15 bis 17 Jahre.
- 98% unserer Studienteilnehmer dürfen im Vergleich zu nur 81% der Shell-Studien-Probanden selbständig nach eigenem Belieben weggehen und heimkommen, dabei war dies schon bei 37% zu 8% bis zum Alter von 14 Jahren so, bzw. bei 52% zu 42% der 15 - bis 17 -jährigen
- 88% zu nur 50 % haben die Erfahrung gemacht, von den Eltern unabhängig zu wohnen, 14% lebten laut ihren Angaben schon mit bis zu 14 Jahren im Vergleich zu

- 1% nicht mehr im Elternhaus, bei den 15- bis 17-jährigen sind es 40% zu 5% und bei den 18- bis 20-jährigen 33% zu 25%
- im Bereich der ersten sexuellen Erfahrungen sind die Unterschiede sehr ausgeprägt: 99% zu 79% haben generell schon selbst sexuelle Erfahrungen gemacht, davon waren in unserer Studie 55% im Vergleich zu 15% höchstens 14 Jahre alt
- die Opiatabhängigen kamen früher und häufiger für ihren Lebensunterhalt selbst auf, 75% zu 56% haben schon genug Geld verdient, um für sich selbst zu sorgen, dabei waren sie im Vergleich zur Shell-Studie in 6% zu 0% bis zu 14 und in 34% zu 8% 15 bis 17 bzw. in 46% zu 33% 18 bis 20 Jahre alt
- 82% der Opiatabhängigen haben im Vergleich zu 15% der Shell-Studien-Teilnehmer in ihrem Leben eine Phase des Arbeitslosseins erlebt, 1% waren dabei im Vergleich zu 0% bis 14 und 23% zu 13% zwischen 15 und 17 Jahre alt
- 99% haben im Vergleich zu nur 48% in ihrem Leben schon mal regelmäßig, sprich mindestens 3 mal am Tag eine Zigarette geraucht, davon waren 64% im Vergleich zu 23% gerade 14 Jahre alt

In den interpretierten Ergebnissen der Shell-Studie sind verschiedene Entwicklungsübergänge danach untersucht worden, wieviel Prozent der Befragten diesen in einem bestimmten Alter erreicht haben. Hier wird zusammengefasst noch einmal deutlich, was ich vorausgehend an den Einzelbeispielen darzustellen versucht habe, nämlich dass die von uns befragten und untersuchten Opiatabhängigen Entwicklungsübergänge von der Adoleszenz hin in die Erwachsenenwelt durchweg früher überschritten haben:

Im Alter von 18 Jahren können 86% der Shell-Studien-Teilnehmer weggehen und heimkommen, wie sie es wünschten, auf Seiten unserer Opiatabhängigen sind es 98%. Mit 19 Jahren haben 85% innerhalb der Shell-Studie eigene sexuelle Erfahrungen gemacht, bei unseren Probanden sind es in dieser Altersstufe 98%. Mit 19 Jahren konnten 79% zu 82% über Politik reden und mit 16 sind 83% zu 96% schon das erste Mal in der Disko gewesen. Mit 19 Jahren haben 80% zu 96% schon mal richtig Alkohol getrunken. Auch im Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen haben unsere Opiatabhängigen im Alter von 19 bezogen auf die männlichen Befragten bzw. 18, bezogen auf die weiblichen, mit 93% zu 80% bzw. 98% zu 86% zahlenmäßig häufiger eine feste Freundin bzw. einen festen Freund gehabt.

Alleine bei der Frage nach dem erstmaligen Manifestieren des Berufszieles haben die beiden Gruppen diesen Entwicklungsübergang gleichzeitig erreicht: Mit 19 Jahren wussten 87% zu 86%, welches berufliche Ziel sie anstreben.

5.2. Differenzierte Darstellung der aktuellen Familiensituation

5.2.1 Die gegenwärtige Beziehung zu den Eltern und Geschwistern

Die opiatabhängigen Studienprobanden wurden gebeten, ihre persönlichen Beziehungen zu verschiedenen Mitgliedern der Herkunftsfamilie einzuschätzen. 63% der von uns befragten 350 Studienteilnehmer bejahen eine gute, langandauernde und persönliche Beziehung zu ihrer Mutter, bei den Beziehungen zum Vater sind es 35%.

Im Bezug auf evt. Geschwister geben 55% der Studienteilnehmer eine gute und persönliche, langandauernde Beziehung zu einem bei 229 vorhandenen Bruder an, im

Bezug auf eine evtl. vorhandene Schwester geben von den 216 Probanden mit Schwester 59% ein gutes Verhältnis zu dieser an.

Tabelle 7: gute und langandauernde, persönliche Beziehung zur Mutter

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
persönl Beziehung: zu Mutter	ja	Anzahl	157	62	219
		% von Geschlecht	64,6%	57,9%	62,6%
	nein	Anzahl	72	41	113
		% von Geschlecht	29,6%	38,3%	32,3%
	weiß nicht/unklar	Anzahl	14	4	18
		% von Geschlecht	5,8%	3,7%	5,1%
Gesamt	Anzahl	243	107	350	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 8: gute und langandauernde, persönliche Beziehung zum Vater

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
persönl Beziehung: zu Vater	ja	Anzahl	85	38	123
		% von Geschlecht	35,0%	35,5%	35,1%
	nein	Anzahl	141	65	206
		% von Geschlecht	58,0%	60,7%	58,9%
	weiß nicht/unklar	Anzahl	17	4	21
		% von Geschlecht	7,0%	3,7%	6,0%
Gesamt	Anzahl	243	107	350	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

25% der 325 Studienteilnehmer (25 verweigerten die Antwort) geben in den letzten 30 Tagen vor Zustandekommen des Erstinterviews bedeutsame Phasen an, in denen sie erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit ihrer Mutter gehabt haben, in Bezug auf ihr Verhältnis zum Vater sind es mit 21% von 337 der von uns befragten 350 Probanden weniger – vielleicht dadurch bedingt, dass sie z.T. schon gar keinen Kontakt mehr zum Vater hatten. Im Umgang mit evtl. vorhandenen Geschwistern sind es 22% von 298 Teilnehmern.

Trotz des wie weiter oben angeführten zu 63% guten Verhältnisses zur Mutter geben 71% von 348 Opiatabhängigen, die zu dieser Frage Stellung nahmen, in ihrem bisherigen Leben Phasen mit erheblichen Schwierigkeiten im Umgang mit ihrer Mutter an. Dieser Unterpunkt bietet statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der männlichen und der weiblichen Studienprobanden. Im Vergleich zu 67% der männlichen Befragten geben 79% der weiblichen Befragten schwierige Phasen in der Beziehung zu ihrer Mutter an. ($p=0,03$)

Obwohl die Beziehung zum Vater im Vergleich zu der zur Mutter im Vorfeld als weitaus schlechter, kürzer anhaltend oder unpersönlicher charakterisiert wird, werden generelle Schwierigkeiten in der Beziehung zum Vater im Laufe des Lebens mit 73% von 337 Teilnehmern nur unbedeutend häufiger als die Schwierigkeiten mit der Mutter angegeben.

Im Bezug auf generelle Schwierigkeiten im Umgang mit den Geschwistern, bezogen auf das gesamte Vorleben, ist auch hier die Häufigkeitsrate mit 55% wie schon bei den Eltern bedeutend höher als bei den Schwierigkeiten innerhalb der letzten 30 Tage vor dem Erstinterview.

Ohne um genaue Personenangaben zu bitten, haben wir zum Schluss nach Schwierigkeiten mit anderen Familienmitgliedern gefragt – zu denken wäre da z.B. an die Großeltern, bei denen bis zu 5% der Probanden zumindest zeitweise aufgewachsen sind (s. 5.1.1). In den letzten 30 Tagen vor dem Erstinterview geben 8% von 145 Opiatabhängigen, deren Antworten auf diese Frage wir erhalten haben, erhebliche Schwierigkeiten mit irgendwelchen anderen Familienmitgliedern an, insgesamt ergeben sich solche erheblichen Schwierigkeiten bei 42% von 160 der von uns Befragten.

Zum Abschluss des Themenkomplexes Familie haben wir nach schwerwiegenden, sprich beziehungsgefährdenden, Auseinandersetzungen oder Beschimpfungen mit der Familie gefragt, ohne dabei nach Herkunftsfamilie und eigener Partnerschaft zu unterscheiden. Diese Frage nach der Häufigkeit haben 347 Studienteilnehmer beantwortet: 71% haben keine, 4% eine, 6% zwei bis hin zu 7% der Probanden mit 30 schwerwiegende Auseinandersetzungen. Im Mittel gibt jeder der Befragten 3,5 Konfliktsituationen (Standardabweichung 8,32) an. Gefragt nach einer Beeinträchtigung ihres alltäglichen Lebens durch Familienprobleme innerhalb der letzten 30 Tage vor dem Interview geben 41% keinerlei Belastung, 12% wenig, 15% eine mittlere, 17% eine erhebliche und 14% eine extreme Belastung an. Obwohl somit mit 32% fast ein Drittel der von uns befragten Teilnehmer eine submaximale bis maximale Belastung angeben, sehen nur 23% eine extreme bis erhebliche Wichtigkeit für eine Familienberatung. 52% sehen keine Notwendigkeit einer Beratung. Dabei wird die Einschätzung der Bedeutung einer Familienberatung von den Interviewern generell höher eingeschätzt als von den Probanden selber. Es fällt ins Auge, dass die Wichtigkeit einer Familienberatung bzw. –therapie auf Seiten der männlichen Studienteilnehmer stets niedriger eingestuft wird (nicht signifikant) als auf Seiten der Weiblichen.

5.2.2 Aktuelle Partnerschaft

Anhand der folgenden Tabellen lässt sich ablesen, dass ein Großteil unserer Opiatabhängigen zum Zeitpunkt des Erstinterviews ledig, alleinstehend ist, dabei ist der Anteil der allein lebenden männlichen Studienprobanden im Vergleich ebenso geringfügig größer wie im Umkehrschluss der Anteil der verheirateten oder in einer festen Beziehung gemeinsam mit dem Partner lebenden Weiblichen. Der Familienstand besteht zu 7% seit mindestens einem halben Jahr, zu 3% seit 7 bis 12 Monaten, zu 7% zwischen 1 und 2 Jahren und zu mehrheitlichen 82% seit über 2 Jahren. Dieses trifft in vergleichbaren Prozentgrößen auch für die Partnerschaft zu: 9% bestehen seit bis zu 6 Monaten, 8% seit 7-12 Monaten, 7% seit 12 bis 24 und 76% seit über 2 Jahren. In Anbetracht der etwas größeren Zahl an verheiratet oder in festen Beziehungen lebenden und somit seltener allein stehenden weiblichen Studienteilnehmern liegt es nahe, dass die weiblichen Teilnehmer unserer Interviews eher mit ihrer Beziehungssituation zufrieden sind. Als zusätzliche Information haben wir die Studienprobanden nach ihrer bisher längsten erlebten festen Beziehung gefragt: 7% haben ihre längste feste Beziehung für eine Dauer von bis zu 6 Monaten erlebt, 8% für bis zu 7 bis 12 Monaten, 15% für 12 bis 24 Monate und 70% für länger als 2 Jahre.

Tabelle 9: aktueller Familienstand

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
Aktuelle Partnerschaft	alleinstehend	Anzahl	148	46	194
		% von Geschlecht	61,2%	43,0%	55,6%
	zeitweilige Beziehung	Anzahl	12	10	22
		% von Geschlecht	5,0%	9,3%	6,3%
	feste Bez/getrennt	Anzahl	43	21	64
		% von Geschlecht	17,8%	19,6%	18,3%
	feste Bez/zusammen	Anzahl	39	30	69
		% von Geschlecht	16,1%	28,0%	19,8%
Gesamt	Anzahl	242	107	349	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 10: aktuelle Partnerschaft

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
Familienstand	verheiratet	Anzahl	17	11	28
		% von Geschlecht	7,0%	10,3%	8,0%
	wieder verheiratet	Anzahl	2	2	4
		% von Geschlecht	,8%	1,9%	1,1%
	verwitwet	Anzahl	4	3	7
		% von Geschlecht	1,6%	2,8%	2,0%
	getrennt lebend	Anzahl	6	8	14
		% von Geschlecht	2,5%	7,5%	4,0%
	geschieden	Anzahl	21	15	36
		% von Geschlecht	8,6%	14,0%	10,3%
	ledig	Anzahl	193	68	261
		% von Geschlecht	79,4%	63,6%	74,6%
Gesamt	Anzahl	243	107	350	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 11: Zufriedenheit mit der Beziehungssituation

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
Zufriedenheit mit Beziehungssituation	ja	Anzahl	99	68	167
		% von Geschlecht	40,9%	64,8%	48,1%
	nein	Anzahl	136	32	168
		% von Geschlecht	56,2%	30,5%	48,4%
	gleichgültig	Anzahl	7	5	12
		% von Geschlecht	2,9%	4,8%	3,5%
Gesamt	Anzahl	242	105	347	
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Um das soziale Umfeld eingehender zu beleuchten, haben wir die Studienprobanden auch zu ihrer Wohnsituation in den letzten Jahren befragt. Aktuell, zum Zeitpunkt der

Ersterhebung wohnen unsere Studienteilnehmer zu einem knappen Drittel (31%) alleine, zu 23% mit einem, zu 14% mit zwei, zu 7% mit drei, zu 6% mit vier, zu 3% mit fünf und zu 18% mit mindestens sechs Mitbewohnern zusammen (im Maximum sind es 23). Die dargestellten Wohnverhältnisse haben zu 39% seit bis zu 6 Monaten Bestand, zu 18% zwischen 6 und 12 Monaten, zu 15% zwischen 12 und 24 Monaten und zu 28% seit über 2 Jahren (das Maximum lag bei 215 Monaten, also 18 Jahren, wobei ein Zusammenleben mit den Eltern oder der Familie erst ab dem 18. Lebensjahr miteinbezogen wurde). Durchschnittlich sind 44% unserer Opiatabhängigen mit ihrer Wohnsituation unzufrieden, 2% ist sie gleichgültig. Die differenzierte Wohnsituation im Jahr zuvor wird in Tab. 12 dargestellt. Zu durchschnittlich 12% bzw. 20% leben unsere Probanden in diesem Zusammenhang mit einer Person mit eigenen Alkoholproblemen bzw. anderen Drogenkonsumenten zusammen – bei den Personen mit Alkoholproblemen ist die Zahl der männlichen Studienteilnehmer und bei den Mitbewohnern, die Drogen konsumieren, die Zahl der weiblichen Befragten größer.

Tabelle 12: Wohnsituation im letzten Jahr vor dem Erstinterview

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
Wohnsituation letztes Jahr	mit Partner & Kind	Anzahl	21	10	31
		% von Geschlecht	8,6%	9,3%	8,9%
	nur mit Partner	Anzahl	26	23	49
		% von Geschlecht	10,7%	21,5%	14,0%
	nur mit Kind	Anzahl		7	7
		% von Geschlecht		6,5%	2,0%
	mit Eltern	Anzahl	24	8	32
		% von Geschlecht	9,9%	7,5%	9,1%
	mit Familienangehör	Anzahl	16	3	19
		% von Geschlecht	6,6%	2,8%	5,4%
	mit Freunden/WG	Anzahl	9	8	17
		% von Geschlecht	3,7%	7,5%	4,9%
	alleine	Anzahl	43	11	54
		% von Geschlecht	17,7%	10,3%	15,4%
	in Institution	Anzahl	56	24	80
		% von Geschlecht	23,0%	22,4%	22,9%
	Gelegenheitsuk.	Anzahl	5	5	10
		% von Geschlecht	2,1%	4,7%	2,9%
	Hotel/Wohnheim	Anzahl	32	7	39
		% von Geschlecht	13,2%	6,5%	11,1%
	obdachlos	Anzahl	11	1	12
		% von Geschlecht	4,5%	,9%	3,4%
Gesamt		Anzahl	243	107	350
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Des Weiteren haben wir die Opiatabhängigen nach verlässlichen Personen in ihrem persönlichen Umfeld befragt, auf die sie sich im Notfall verlassen können. 16% unserer Probanden haben keinen Mitmenschen, auf den sie sich ggf. verlassen könnten. 31% geben an, keinen guten Freund zu haben. 52% haben bis zu 3 Personen, bzw. 53% bis

zu drei Freunden und 32% bzw. 15% mehr als 3 Personen bzw. Freunde (2% haben laut eigenen Angaben mindestens 8). Es handelt sich bei diesen verlässlichen Personen in 20% der Fälle ebenfalls um Drogenkonsumenten.

Ihre Freizeit verbringen die von uns befragten Opiatabhängigen zu 11% mit ihrer Familie bzw. Familienmitgliedern ohne Alkohol-/Drogenprobleme, zu 4% mit Familienangehörigen mit Abhängigkeitsproblemen, zu 32% mit Freunden ohne und zu 26% mit Freunden mit Alkohol- /Drogenproblemen bzw. zu 27% allein.

Zu 30% gehen unsere Studienprobanden keiner Freizeitaktivität, zu 59% bis zu drei, zu 11% bis zu 6 und zu 1% mehr als 6 verschiedenen Freizeitaktivitäten (Maximum 15 Tätigkeiten) nach. Trotzdem geben 45% an, oft Langeweile zu haben und nur 36% sind mit der Gestaltung ihrer Freizeit zufrieden.

85% unserer Probanden (87% der Männlichen und 80% der Weiblichen) geben an, zu ihrem Partner oder Lebensgefährten eine gute, langandauernde und persönliche Beziehung zu haben bzw. gehabt zu haben. Im Bereich der Freundschaften liegt die Größenordnung bei 86%. Zu 32% bzw. 13% geben sie aber erhebliche Schwierigkeiten an, innerhalb der letzten 30 Tage, mit ihren Partnern oder Freunden ausgekommen zu sein.

5.2.3 Auch Drogenabhängige haben Kinder

- und zwar in unserer Untersuchung zu durchschnittlich 27%. Die männlichen Probanden haben zu 25% eigenen Nachwuchs im Vergleich zu 34% der Weiblichen.

Tabelle 13: Anzahl der Kinder der Opiatabhängigen

		Geschlecht		Gesamt	
		männl	weibl		
Anzahl Kinder	1,00	Anzahl	34	29	63
		% von Geschlecht	58,6%	80,6%	67,0%
	2,00	Anzahl	16	5	21
		% von Geschlecht	27,6%	13,9%	22,3%
	3,00	Anzahl	5	1	6
		% von Geschlecht	8,6%	2,8%	6,4%
	4,00	Anzahl	1	1	2
		% von Geschlecht	1,7%	2,8%	2,1%
	5,00	Anzahl	2		2
		% von Geschlecht	3,4%		2,1%
Gesamt		Anzahl	58	36	94
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die jüngsten Kinder sind zu 40 % 1 bis 3, zu 17% 4 bis 6, zu 23% 7 bis 10 und zu 20% bis zu 15 Jahre alt – während die ältesten Kinder zu 36% 1 bis 10, zu 41% 11 bis 15 , zu 18% 16 bis 20 und zu 6% bis zu 23 Jahre alt sind. Wie in Tabelle 14 zu sehen, wohnen die Kinder in den meisten Fällen allerdings nicht mit unseren Probanden zusammen.

Tabelle 14: Aufenthaltsort der Kinder

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
Aufenthaltssort der Kinder	mit KI(ohne Partner)	Anzahl	3	10	13
		% von Geschlecht	5,3%	27,8%	14,0%
	mit KI und Partner	Anzahl	4	5	9
		% von Geschlecht	7,0%	13,9%	9,7%
	b anderem Elternteil	Anzahl	41	6	47
		% von Geschlecht	71,9%	16,7%	50,5%
	bei Verwandten	Anzahl		1	1
		% von Geschlecht		2,8%	1,1%
	Adopt/Pflege-Eltern	Anzahl	2	6	8
		% von Geschlecht	3,5%	16,7%	8,6%
	woanders	Anzahl	7	8	15
		% von Geschlecht	12,3%	22,2%	16,1%
	Gesamt	Anzahl	57	36	93
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Abschließend fällt ins Auge, dass die Opiatabhängigen mit ihren Kindern sowohl bezogen auf die letzten 30 Tage als auch insgesamt weniger bedeutsame Schwierigkeiten im Umgang angeben als mit allen anderen Personen des täglichen Umfeldes. Im Gegensatz zu 32% Schwierigkeiten mit dem Partner in den letzten 30 Tagen und 73% insgesamt im gesamten Leben bis zum Zeitpunkt des Erstinterviews geben unsere Probanden nur zu 5% (3% der männlichen und 10% der weiblichen Teilnehmer) Schwierigkeiten innerhalb der letzten 30 Tage und zu nur 10% (6% der männlichen und 19% der weiblichen Probanden) erhebliche, beziehungsgefährdende Schwierigkeiten mit ihren Kindern an.

Die Tatsache, dass nur 65% (60 % der männlichen im Vergleich zu 76% der weiblichen Opiatabhängigen, die zu einem höheren Anteil mit ihren Kindern zusammenleben) angeben, eine gute, langandauernde und persönliche Beziehung mit ihren Kindern gehabt zu haben bzw. zu haben, scheint dafür zu sprechen, dass der räumliche Abstand die Beziehungsaufnahme und somit auch die Möglichkeit des Entstehens von Beziehungskonflikten erschwert.

5.3 Zusammenhang – familiäre Situation und Drogenabhängigkeit:

Anhand des standardisierten ASI-Composite Score für Drogengebrauch habe ich zunächst die Datenlage auf etwaige geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht.

Die standardisierten ASI-Composite-Scores, (s. auch M. Krausz, Schlußbericht 2000), können dazu herangezogen werden, das Ausmaß der Probleme in verschiedenen Lebensbereichen, z.B. dem Drogengebrauch eingehender zu beschreiben. Definitionsgemäß liegen ihre Werte dabei zwischen 0 und 1, wobei höhere Werte für stärkere Belastungen in dem jeweiligen Lebensbereich stehen. Im Folgenden steht die von mir willkürlich festgelegte Einteilung eines leichten Problems im Drogengebrauch für einen ASI-Composite-Score von 0,0 bis 0,25, eines mittleren für 0,26 bis 0,5, eines schweren für 0,51 bis 0,75 und eines sehr schweren für 0,76 bis 1,0.

Tabelle 15: ASI-Composite –Score Drogengebrauch – geschlechtsspezifischen Unterschiede, p=0,446

		Geschlecht		Gesamt
		männl	weibl	
leicht	Anzahl	28	11	39
	% von Geschlecht	12,8%	11,3%	12,4%
mittel	Anzahl	87	32	119
	% von Geschlecht	39,9%	33,0%	37,8%
schwer	Anzahl	91	50	141
	% von Geschlecht	41,7%	51,5%	44,8%
sehr schwer	Anzahl	12	4	16
	% von Geschlecht	5,5%	4,1%	5,1%
Gesamt	Anzahl	218	97	315
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Um die vermuteten Zusammenhänge zwischen der mehr oder weniger belasteten Familiensituation innerhalb der Herkunftsfamilie und dem Ausmaß ihrer jeweiligen Opiatabhängigkeit im Detail darzustellen, habe ich zunächst anhand eines von mir festgelegten familiären Belastungsindexes die Opiatabhängigen in drei Untergruppen gesplittet: familiär gar nicht bzw. wenig belastet, familiär mittel und familiär schwer belastet, um diese dann hinsichtlich ihrer Opiatabhängigkeit vergleichen zu können.

5.3.1 Familiärer Belastungsindex und Herausbildung der Untergruppen

Anhand der verschiedenen Fragen der Shell-Studienfragebögen zur Herkunftsgeschichte lässt sich ein Belastungsindex mit max. 6 erreichbaren Punkten bilden:

1. Verlusterlebnisse, 2. Gesundheitsprobleme, 3. Arbeitslosigkeit, 4. Schul-schwierigkeiten, 5. Umzug und 6. Ausbildungsstand der Eltern.

Tabelle 16: Belastungsindex anhand der Shell-Studien-Fragebögen

Belastungsindex GESAMT bis Erhebungstag

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	93	26,6	26,6	26,6
1,00	126	36,0	36,0	62,6
2,00	86	24,6	24,6	87,1
3,00	32	9,1	9,1	96,3
4,00	13	3,7	3,7	100,0
Gesamt	350	100,0	100,0	

Diesen Belastungsscore habe ich als Teil meines familiären Belastungsindexes übernommen und um weitere Punkte ergänzt. Ich habe einen zusätzlichen Punkt vergeben, wenn das Verlusterlebnis (Trennungs-/Scheidungs- oder Todeserfahrung) vor dem Erreichen des 9. Lebensjahres stattgefunden hat, dies war bei 87 unserer Studienprobanden der Fall.

Tabelle 17: Verlusterlebnisse bis zum 9. Lebensjahres

Verlusterlebnis bis zum 9. Lebensjahr

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Verlusterlebnis bis zum 9. Lbj	263	75,1	75,1	75,1
	mind. 1 Verlust bis 9.Lbj	87	24,9	24,9	100,0
	Gesamt	350	100,0	100,0	

Die Ergebnisse des Selbstbeobachtungsbogens des FAM, der die emotionale Situation innerhalb der Herkunftsfamilie aus Sicht unserer Probanden darstellt, habe ich so zusammengefasst, dass die Probanden mit Problemen oder Schwächen in 1 oder 2 Kategorien als leicht vorbelastet 1 Punkt erhalten, diejenigen mit Problemen bzw. Schwächen in 3 bis 5 Kategorien als mittel vorbelastet 2 Punkte und diejenigen mit Problemen bzw. Schwächen in 6 oder allen Kategorien als schwer vorbelastet 3 Punkte hinsichtlich des Belastungsindex erhalten.

Tabelle 18: Zusammenfassung des FAM – generell anhand von sieben möglichen Untergruppen

FAM.GES

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	84	24,0	24,0	24,0
	1,00	59	16,9	16,9	40,9
	2,00	45	12,9	12,9	53,7
	3,00	47	13,4	13,4	67,1
	4,00	44	12,6	12,6	79,7
	5,00	39	11,1	11,1	90,9
	6,00	24	6,9	6,9	97,7
	7,00	8	2,3	2,3	100,0
	Gesamt	350	100,0	100,0	

Tabelle 19: Zusammenfassung des FAM – Darstellung der drei Belastungsgrade

Probleme in mehreren Unterbereichen des FAM

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Belastung = Probleme in keiner Kategorie	84	24,0	24,0	24,0
	leichte Belastung = Probleme in 1 oder 2 Kategorien	104	29,7	29,7	53,7
	mittlere Belastung = Probleme in 3 bis 5 Kategorien	130	37,1	37,1	90,9
	starke Belastung = Probleme in 6 oder allen Kategorien	32	9,1	9,1	100,0
	Gesamt	350	100,0	100,0	

Als weiteren Unterpunkt habe ich die Missbrauchssituation miteinbezogen. Dabei habe ich im Falle eines emotionalen oder physischen Missbrauchs je 1 und im Falle eines sexuellen Missbrauchs 2 Punkte vergeben.

Tabelle 20: Missbrauch innerhalb der Herkunftsfamilie insgesamt

Mißbrauchssituation insgesamt				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	100	28,6	28,6
	1,00	78	22,3	50,9
	2,00	121	34,6	85,4
	3,00	7	2,0	87,4
	4,00	44	12,6	100,0
Gesamt	350	100,0	100,0	

Als letzten Punkt habe ich die Konsumgewohnheiten weiterer Herkunftsfamilienmitglieder herangezogen. Dabei habe ich für eine bestehende Abhängigkeit bzw. Probleme im Umgang bzw. Konsum der Substanz eines Familienmitgliedes (unabhängig davon ob jetzt bezogen auf „nur“ Alkohol oder Drogen allgemein) jeweils 1 Punkt vergeben, so dass im Bezug auf die beiden Eltern und bis zu 2 Geschwister bis 4 Punkte erreicht werden konnten.

Tabelle 21: Abhängigkeit der weiteren Familienmitglieder innerhalb der Herkunftsfamilie

Abhängigkeit innerhalb der Herkunftsfamilie insgesamt				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein abhängiges Familienmitglied	126	36,0	36,0
	ein abhängiges Familienmitglied	116	33,1	69,1
	zwei abhängige Familienmitglieder	77	22,0	91,1
	drei abhängige Familienmitglieder	26	7,4	98,6
	vier abhängige Familienmitglieder	5	1,4	100,0
Gesamt		350	100,0	

Insgesamt konnten so 18 Belastungspunkte erreicht werden. Die Ergebnisse unserer Studienprobanden mit einer maximal erreichten Punktzahl von 13 Punkten (von 18 möglichen) sowie deren Aufspaltung in die drei familiär unterschiedlich belasteten Untergruppen: Familiär leicht, mittel oder schwer vorbelastet, wird dargestellt in Tabelle 22/23.

In Tabelle 24 schließt sich ein Vergleich dieser Untergruppen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede an.

Tabelle 22: Belastungsindex – detailliert nach Punkten

familiärer Belastungsindex - alle Punktwerte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	4	1,1	1,1	1,1
1,00	15	4,3	4,3	5,4
2,00	39	11,1	11,1	16,6
3,00	47	13,4	13,4	30,0
4,00	39	11,1	11,1	41,1
5,00	45	12,9	12,9	54,0
6,00	42	12,0	12,0	66,0
7,00	35	10,0	10,0	76,0
8,00	33	9,4	9,4	85,4
9,00	22	6,3	6,3	91,7
10,00	17	4,9	4,9	96,6
11,00	11	3,1	3,1	99,7
13,00	1	,3	,3	100,0
Gesamt	350	100,0	100,0	

Tabelle 23: Herausbildung der familiär unterschiedlich belasteten Untergruppen

familiärer Belastungsindex - Untergruppen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	144	41,1	41,1	41,1
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	155	44,3	44,3	85,4
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	51	14,6	14,6	100,0
Gesamt	350	100,0	100,0	

Tabelle 24: Geschlechtsspezifische Unterschiede in den drei Belastungsuntergruppen (p=0,000)

			Geschlecht		Gesamt
			männl	weibl	
familiärer Belastungsindex - Untergruppen	leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	Anzahl	115	29	144
		% von Geschlecht	47,3%	27,1%	41,1%
	mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	Anzahl	104	51	155
		% von Geschlecht	42,8%	47,7%	44,3%
	schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	Anzahl	24	27	51
		% von Geschlecht	9,9%	25,2%	14,6%
Gesamt		Anzahl	243	107	350
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

5.3.2 Vergleich der familiär unterschiedlich vorbelasteten Studienprobanden hinsichtlich ihrer Opiatabhängigkeit

Dieser Vergleich soll zwischen den Untergruppen Unterschiede hinsichtlich ihrer Drogenabhängigkeit aufzeigen, die dann die Annahme eines sich bedingenden Zusammenhangs zwischen familiärer Belastung und Drogenabhängigkeit bestärken.

Tabelle 25: familiäre Belastungs-Untergruppen verglichen nach dem Heroineinstiegsalter, $p=0,000$

Heroin-Einstiegsalter			
familiärer Belastungsindex -	Mittelwert	N	Standardabweichung
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	20,8881	143	5,10882
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	18,6839	155	4,19609
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	19,0600	50	4,67913
Insgesamt	19,6437	348	4,76291

Die etwas plumpe Formulierung, je schwerer die familiären Verhältnisse innerhalb der Herkunftsfamilie, desto zeitiger, sprich jünger, steigen die Studienprobanden in den Heroinkonsum ein – sieht sich hier also allenfalls in Bezug auf die wenig und mittelgradig familiär Belasteten erfüllt. Ähnlich gestaltet sich das Bild, wenn man die Jahre des Heroinkonsums beobachtet: 6,21 Jahre in der familiär leicht belasteten Gruppe stehen 6,78 Jahre in der mittel und 6,64 Jahre in der schwerst familiär vorbelasteten Untergruppe gegenüber ($p=0,521$).

Betrachtet man dagegen die durchschnittliche Heroindosis pro Tag, so zeigt sich eine Abhängigkeit der Schwere der familiären Belastung dahingegen, dass die Untergruppe mit der größten familiären Belastung den höchsten Verbrauch an Heroin hat.

Tabelle 26: familiäre Belastungsuntergruppen verglichen nach täglicher Heroinkonsummenge, $p=0,08$

durchschn. Heroin-Dosis pro Tag in g			
familiärer Belastungsindex -	Mittelwert	N	Standardabweichung
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	1,9274	137	1,54014
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	2,2419	148	1,60774
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	2,4638	47	1,70312
Insgesamt	2,1435	332	1,60122

Ebenso zeigt sich ein mit zunehmender Belastung steigendes Ausmaß der Opiatabhängigkeit, wenn man die Jahre des i.v. Konsums heranzieht.

Tabelle 27: familiäre Belastungsuntergruppen verglichen anhand der Jahre des i.v.-Konsums, p=0,983

Jahre des i.v.Gebrauchs			
familiärer Belastungsindex -	Mittelwert	N	Standardabweichung
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	6,1069	131	5,81940
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	6,1379	145	4,63624
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	6,2727	44	4,16722
Insgesamt	6,1438	320	5,08405

Beschränke ich meine Betrachtungen nicht auf den Heroinkonsum, sondern beziehe die Daten über den weiteren Drogenkonsum mit ein, so zeigt sich in mehreren Fällen ein Zusammenhang zwischen Ausmaß der familiären Belastung und Schwere des Drogengebrauchs bzw. der Abhängigkeit. Im Bezug auf das Einstiegsalter in den jeweiligen Gebrauch der Droge zeigt sich im Vergleich der insgesamt 12 abgefragten Kategorien (11 unterschiedliche Konsumsubstanzen und der Beginn, mehrere Drogen parallel zu konsumieren) mehrheitlich der teilweise auch signifikante, vermutete Zusammenhang. Dabei handelt es sich um die 8 (66,6%) Unterpunkte: Beginn jeglichen Alkoholgenusses, Alkoholgenuss bis zur Trunkenheit, Konsum von Tabletten, Kokain, Amphetaminen, Cannabis, Halluzinogenen oder mehrere Drogen pro Tag.

Untersucht man innerhalb des Konsums der verschiedenen Stoffe die Jahre des Gebrauchs, so zeigt sich ein gemischtes Bild, in dem sich bezogen auf den Konsum von Alkohol, Alkohol bis zur Trunkenheit, anderer Opiate, Pillen, Kokain, Halluzinogenen, mehrerer Drogen pro Tag, sprich bei 7 der 12 abgefragten Kategorien (58,5%) der lineare Zusammenhang darstellt. Tabelle 29 zeigt einige der Beziehungen:

Tabelle 28: Einstiegsalter des Konsums verschiedener Substanzen im Bezug zum familiären Belastungsindex, p=0,007, p=0,014, p=0,01, p=0,04, p=0,01

Bericht

familiärer Belastungsindex - Untergruppen		Alk-Trunkenheit-Einstiegsalter	Tabletten(Benzos/Babbies)-Einstiegsalter	Kokain-Einstiegsalter	Halluzinogen-Einstiegsalter	mehrere pro Tag-Einstiegsalter
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	Mittelwert	14,3022	22,6522	21,0146	18,2143	18,8871
	N	139	115	137	112	124
	Standardabweichung	2,90341	5,74768	5,20179	3,50142	5,94174
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	Mittelwert	13,3581	20,8239	19,7682	17,4103	16,6713
	N	148	142	151	117	143
	Standardabweichung	2,60823	5,49958	4,89958	3,69098	4,29998
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	Mittelwert	13,1667	20,2174	18,7200	16,7561	16,6000
	N	48	46	50	41	45
	Standardabweichung	3,37912	6,79514	3,97974	2,25589	5,23711
Insgesamt	Mittelwert	13,7224	21,4257	20,1183	17,6444	17,5417
	N	335	303	338	270	312
	Standardabweichung	2,88564	5,86833	4,95776	3,45973	5,24250

Tabelle 29: Vergleich der Jahre des Gebrauchs mit dem familiären Belastungsindex, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,06$

familiärer Belastungsindex - Untergruppen		Trunkenheit: Jahre des Gebrauchs	Pillen(Benz o/Babbies): Jahre des Gebrauchs	Mehrere pro Tag: Jahre des Gebrauchs
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	Mittelwert	1,6736	1,4722	5,5347
	N	144	144	144
	Standardabweichung	3,23406	2,54455	5,94369
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	Mittelwert	2,6387	2,7935	6,9226
	N	155	155	155
	Standardabweichung	3,89286	3,96854	6,45115
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	Mittelwert	4,1373	3,6471	7,5686
	N	51	51	51
	Standardabweichung	5,47730	5,11790	6,37575
Insgesamt	Mittelwert	2,4600	2,3743	6,4457
	N	350	350	350
	Standardabweichung	3,99389	3,74241	6,26823

Betrachtet man die drei familiären Belastungsuntergruppen hinsichtlich ihrer Unterschiede in einer evtl. aufgesuchten, stattgefundenen oder durchgehaltenen Therapie, so setzt sich der Trend dahingegen fort, dass die Untergruppe mit der höchsten Belastungsstufe zwar häufiger Hilfsangebote in Anspruch genommen hat, diese aber, zumindest in Bezug auf die Langzeittherapien seltener zum Ende gebracht hat als die Probanden mit mittlerer oder niedriger familiärer Belastung in ihrer Herkunftsgeschichte.

Bezugnehmend auf das Thema der Gesamtstudie: Komorbidität von Heroinabhängigkeit und psychiatrischen Störungen habe ich meine familiären Belastungsuntergruppen auch anhand ihres psychiatrischen ASI-Scores verglichen (s. Tab.31).

Tabelle 30: Familiäre Belastungsuntergruppen verglichen hinsichtlich ihrer Therapiehäufigkeiten bzw. - Abschlüsse, $p=0,985$, $p=0,104$, $p=0,448$, $p=0,025$, $p=0,085$

familiärer Belastungsindex - Untergruppen		Häufigk: ambulante Entgiftung	Häufigk: stationäre Entgiftung	Häufigk: ambulante Einrichtung	Häufigk: stationäre Einrichtung	Anzahl abgeschlossener LZT
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	Mittelwert	,4375	2,1319	,5139	,7778	,4028
	N	144	144	144	144	72
	Standardabweichung	1,47102	3,05027	,96792	1,03400	,68505
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	Mittelwert	,4581	2,7484	,6194	1,1290	,3030
	N	155	155	155	155	99
	Standardabweichung	1,05829	3,28632	,89929	1,43115	,50416
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	Mittelwert	,4706	3,1176	,6863	1,2353	,1333
	N	51	51	51	51	30
	Standardabweichung	1,60441	3,58690	1,00976	1,42251	,34575
Insgesamt	Mittelwert	,4514	2,5486	,5857	1,0000	,3134
	N	350	350	350	350	201
	Standardabweichung	1,32279	3,24928	,94388	1,29136	,56238

Tabelle 31: Familiäre Belastungsgruppen im Vergleich ihres psychiatrischen Status $p=0,000$

E1 CompScore Psychiatric status

familiärer Belastungsindex -	Mittelwert	N	Standardabweichung
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	,2146	131	,21677
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	,3179	150	,20639
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	,4168	50	,22547
Insgesamt	,2920	331	,22436

Abschließend habe ich zur Klärung der Grundfrage, inwiefern sich die Schwere der familiären Vorbelastung und die Art und Weise der Drogenabhängigkeit bedingen, die familiären Untergruppen anhand des ASI-Composite-Scores Drogengebrauch, der die Drogenabhängigkeit der einzelnen Probanden als Gesamtwert abbildet, verglichen. Es zeigt sich, dass die Untergruppe mit leichter familiärer Vorbelastung den geringsten und die Untergruppe mit der schwersten familiären Vorbelastung den höchsten Drogengebrauchsmittelwert aufweisen.

Tabelle 32: Familiäre Belastungsuntergruppen im Vergleich des Gesamtdrogenscores $p=0,06$

E1 CompScore Drug use (modified)

familiärer Belastungsindex -	Mittelwert	N	Standardabweichung
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	,4536	135	,17292
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	,5144	152	,17652
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	,5182	47	,15664
Insgesamt	,4903	334	,17456

5.3.2.1 Ergänzende Untersuchungen anhand einzelner Vergleichsunterpunkte

Zur Verdeutlichung und Einzelpunktfokussierung habe ich einzelne Unterpunkte, die sich im familiären Belastungsindex niederschlagen, bezüglich ihrer Ausprägung auf die Opiatabhängigkeit untersucht, um so aufzuzeigen, welche Einzelpunkte der familiären Belastung bzw. welche Entstehungszeiträume von besonderer Bedeutung sind.

5.3.2.1.1 Broken Home

Betrachtet man z.B. das Einstiegsalter in den Konsum von Heroin, so beginnen diejenigen Studienprobanden, die aus einer vollständigen Herkunftsfamilie stammen, später mit dem Konsum von Heroin als die Vergleichsgruppe, die in ihrer Herkunftsgeschichte eine wie auch immer geartete Broken Home Situation aufzuweisen hat. (Ab dem 10. Lebensjahr ergeben sich signifikante Ergebnisse.)

Tabelle 33a-e: Einstiegsalter für Heroin im Vergleich der Herkunftsfamiliensituation, $p=0,53$, $p=0,441$, $p=0,043$, $p=0,004$, $p=0,0012$

Heroin-Einstiegsalter

1. Lebensjahr	Mittelwert	N	Standardabweichung
vollständige Familie	19,7133	293	4,9031
Broken Home	19,2727	55	3,9509
Insgesamt	19,6437	348	4,7629

Heroin-Einstiegsalter

5. Lebensjahr	Mittelwert	N	Standardabweichung
vollständige Familie	19,7617	256	4,9351
Broken Home	19,3152	92	4,2554
Insgesamt	19,6437	348	4,7629

Heroin-Einstiegsalter

10. Lebensjahr	Mittelwert	N	Standardabweichung
vollständige Familie	20,0529	208	5,0593
Broken Home	18,9928	138	4,2383
Insgesamt	19,6301	346	4,7709

Heroin-Einstiegsalter

15. Lebensjahr	Mittelwert	N	Standardabweichung
vollständige Familie	20,4340	159	4,9074
Broken Home	18,9788	189	4,5452
Insgesamt	19,6437	348	4,7629

Heroin-Einstiegsalter

20. Lebensjahr	Mittelwert	N	Standardabweichung
vollständige Familie	21,5556	54	5,0867
Broken Home	19,8083	266	4,5446
Insgesamt	20,1031	320	4,6782

Anders gestaltet sich das Bild im Bezug auf die Länge des Lebensabschnittes des regelmäßigen Heroingebrauches: Besteht die Broken Home Situation schon vor dem 15. Lebensjahr, ist der Lebensabschnitt des Heroingebrauchs länger bei den Personen, die bis dato in einer vollständigen Familie aufgewachsen sind. Zerbricht die Familie erst nach dem 15. Lebensjahr, so gebrauchen die Probanden, die aus der Broken Home Gruppe stammen, Heroin über einen längeren Zeitraum als die Befragten, die zu dem jeweiligen Zeitpunkt noch in einer vollständigen Familie leben.

Wenn man sich die in der Zeit der Opiatabhängigkeit durchschnittlich pro Tag verbrauchte Menge an Heroin in Gramm ansieht, ist es generell so, dass die Menge bei den Klienten höher ist, die eine Broken Home Erfahrung machen mussten. Im

Gegensatz zum Heroineinstiegsalter liegen in diesem Fall aber die signifikanten Unterschiede in den frühen Jahren der Erfahrung von zerrütteten Familienverhältnissen: Die Probanden, die im ersten Lebensjahr schon eine unvollständige Herkunftsfamilie erleben mussten, haben in ihrer späteren Drogenabhängigkeit durchschnittlich 2,55g Heroin pro Tag verkonsumiert, in der Vergleichsgruppe mit der vollständigen Herkunftsfamilie im ersten Lebensjahr waren es 2,07g ($p=0,048$). Bei den Opiatabhängigen, die die Broken Home Erfahrung mit 5 Jahren machen mussten, beträgt der Unterschied 2,61 g zu 1,97 g pro Tag ($p=0,001$). Im 10. Lebensjahr ergeben sich 2,36 g zu 2,0g ($p=0,041$) und mit 15 bzw. 20 Jahren sind die Mengen des konsumierten Heroins pro Tag in der Gruppe der Broken Home Erfahrungen zwar höher, aber mit $p=0,463$ oder $0,626$ nicht mehr signifikant.

Die oben aufgeführten Ergebnisse haben sich alle mit der Ausgangsdroge dieser Untersuchung, dem Heroin, befasst. Bezogen auf andere Arten von Drogen ergibt sich ein früheres Einstiegsalter in den Konsum von Alkohol, Kokain oder Alkohol bis zur Trunkenheit, wenn Broken Home Situationen erlebt wurden.

Tabellen 34: Einstiegsalter unterschiedlicher Drogen im Vergleich zur Vollständigkeit der Herkunftsfamilie
 $p=0,003$ $p=0,002$ $p=0,024$

15. Lebensjahr		Kokain-Einstiegsalter	Alk-Trunkenheit-Einstiegsalter	Alkohol-Einstiegsalter
vollständige Familie	Mittelwert	20,9935	14,2715	12,8526
	N	154	151	156
	Standardabweichung	5,0688	2,7470	2,8325
broken Home	Mittelwert	19,3859	13,2732	12,0909
	N	184	183	187
	Standardabweichung	4,7538	2,9336	3,2869
Insgesamt	Mittelwert	20,1183	13,7246	12,4373
	N	338	334	343
	Standardabweichung	4,9578	2,8897	3,1074

Im Weiteren habe ich den allgemeinen ASI-Composite-Score Drug use modified – zunächst allgemein im Zusammenhang mit der Frage vollständige Herkunftsfamilie versus Broken Home - bezogen auf die jeweiligen Lebensalter zum Zeitpunkt des Zerbrechens der Herkunftsfamilie und dann zusätzlich bezogen auf die einzelnen Unterarten der Broken Home Situationen untersucht, um zu versuchen, deren Einzeleinfluss deutlich zu machen.

Betrachtet man den allgemeinen ASI-Score zum Drogengebrauch, so sind die Werte stets höher in der Probandengruppe, die eine Broken Home Erfahrung machen mussten, egal zu welchem Zeitpunkt diese lag. Der Unterschied ist zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikant, z.B. steht im Alter von 20 Jahren der Gruppe von Opiatabhängigen, die in einer vollständigen Herkunftsfamilie lebt, mit einem ASI-Score von 0,45 ein Wert von 0,49 auf Seiten der Studienprobanden mit Broken Home Erfahrung gegenüber ($p=0,09$).

Wenn man den Broken Home Aspekt getrennt nach seinen verschiedenen Ausrichtungen betrachtet, ist es durchweg so, dass die Studienprobanden mit einer vollständigen Herkunftsfamilie geringere Drogengebrauchswerte haben als die

Teilnehmer in den einzelnen Broken Home Untergruppen. Dabei sind die höchsten Drogengebrauchs-Score-Werte stets in den beiden Kategorien „bei anderen, sprich Großeltern, anderen Verwandten, Adoptiv- oder Pflegefamilien oder im Internat bzw. Heim aufwachsen“ aufgetreten, d.h., dass sich die Broken Home Situationen am meisten auf die sich später entwickelnde Drogenabhängigkeit auswirken könnten, in denen dem jeweiligen Kind bzw. Jugendlichen nicht wenigstens ein Elternteil erhalten bleibt. Dieser zweite Punkt unterstreicht wie schon Punkt eins die Bedeutung der leiblichen Eltern.

Im Bezug auf die soziale Herkunft ergaben sich weder beim Vater noch bei der Mutter Trends oder signifikante Ergebnisse.

5.3.2.1.2 Emotionale Situation

Weder im Bezug auf die unterschiedliche soziale Herkunft der einzelnen Studienprobanden noch bezogen auf die emotionale Situation – beschrieben anhand des FAM – habe ich im Vergleich zum allgemeinen Drogenscore oder einzelnen Ausprägungen der Drogenabhängigkeit eindeutige Zusammenhänge oder signifikante Ergebnisse gefunden.

5.3.2.1.3 Drogenkonsum – Vorbildfunktion der Eltern

Hat die Mutter ein Alkoholproblem, so steigen die Studienteilnehmer zeitlich gesehen, eher in den Konsum der Drogen Alkohol, Heroin, Tabletten, Benzodiazepine, Cannabis und Kokain ein und betreiben den Konsum für längere Zeit. Der allgemeine ASI-Drogengebrauchs-Score ist für die Kinder der Mütter mit Alkoholproblemen höher. In den Fällen, in denen die Mutter ein eigenes Drogenproblem hat, beginnen die Kinder ebenfalls früher mit dem Eigenkonsum verschiedener Drogen und bleiben dem Konsum länger treu. Dies gilt für Alkohol, Alkoholgebrauch bis zur Trunkenheit, Heroin, Tabletten, Kokain und Cannabis und für den ASI-Drogenscore. In den Fällen, in denen der Vater ein Alkohol oder Drogenproblem hat, sind die Ergebnisse signifikanter:

Tabelle 35: Mutter Alkoholproblem – Beispiele zum Zusammenhang zum Drogenkonsum der Kinder, $p=0,045$, $p=0,005$, $p=0,004$

Mutter: Alkoholproblem		Heroin-Einstiegsalter	Alk-Trunkenheit-Einstiegsalter	Kokain-Einstiegsalter
ja	Mittelwert	18,6207	12,7091	18,5263
	N	58	55	57
	Standardabweichung	4,4003	2,8782	4,6564
nein	Mittelwert	19,9532	13,9483	20,5148
	N	278	271	270
	Standardabweichung	4,8435	2,8253	4,9569
weiß nicht	Mittelwert	16,8571	12,0000	16,3333
	N	7	6	6
	Standardabweichung	3,5322	3,9497	3,4448
Insgesamt	Mittelwert	19,6647	13,7078	20,0991
	N	343	332	333
	Standardabweichung	4,7813	2,8921	4,9564

Tabelle 36: Mutter Drogenproblem – Beispiele zum Zusammenhang zur Drogenabhängigkeit der Kinder, $p=0,067$, $p=0,075$

Mutter: Drogenproblem		Alk-Trunkenheit-Einstiegsalter	Trunkenheit: Jahre des Gebrauchs
ja	Mittelwert	12,6842	3,6000
	N	38	40
	Standardabweichung	3,4336	5,1131
nein	Mittelwert	13,8437	2,2776
	N	288	299
	Standardabweichung	2,8210	3,7773
weiß nicht	Mittelwert	13,6667	4,3333
	N	6	6
	Standardabweichung	,8165	5,9554
Insgesamt	Mittelwert	13,7078	2,4667
	N	332	345
	Standardabweichung	2,8921	4,0101

Die Kinder von Vätern mit Alkohol- oder Drogenproblemen beginnen durchweg früher mit dem eigenen Konsum von Drogen und betreiben ihn (bis auf den Alkoholkonsum) auch länger, der allgemeine Drogengebrauch-Score ist in beiden Fällen: Vater mit Alkohol- oder Vater mit Drogenproblem ebenfalls signifikant erhöht.

Tabelle 37: Vater Alkoholproblem - Beispiele zum Zusammenhang zum Drogengebrauch der Kinder, $p=0,02$

E1 CompScore Drug use (modified)

Vater: Alkoholproblem	Mittelwert	N	Standardabweichung
ja	,5160	150	,1730
nein	,4628	162	,1730
weiß nicht	,5181	16	,1775
Insgesamt	,4898	328	,1748

Tabelle 38: Vater Drogenproblem – Zusammenhang zur Drogenabhängigkeit der Kinder, $p=0,001$

E1 CompScore Drug use (modified)

Vater: Drogenproblem	Mittelwert	N	Standardabweichung
ja	,6255	22	,1552
nein	,4798	291	,1725
weiß nicht	,4850	15	,1718
Insgesamt	,4898	328	,1748

Bei den Geschwisterkindern mit eigener Drogen- bzw. Alkoholproblematik liegen die z.T. hoch signifikanten Ergebnisse eher im erhöhten Verbrauch über die Jahre hinweg – vielleicht als Hinweis auf gegenseitige Motivation/Verführung: so haben z.B. die Studienprobanden mit Geschwisterkindern mit eigenem Drogenproblem doppelt so lange Alkohol getrunken oder Tabletten geschluckt.

5.3.2.1.4 Belastungen in der Vorgeschichte

In diesem Zusammenhang habe ich sowohl den Belastungsindex bis zum Tag des Erstinterviews als auch den bis zum Erreichen des 9. Lebensjahres bzw. danach in Zusammenhang gestellt zum allgemeinen ASI-Drogengebrauchs-Score und den einzelnen Unterpunkten der Art und Weise der Drogenabhängigkeit. Es ließ sich in allen drei Einzeluntersuchungen kein einheitlicher Trend oder signifikante Ergebnisse dahingegen finden, dass eine größere Belastung auf dem Lebensweg auch ein schweres Drogenproblem mit sich bringt.

Anders äußert sich hingegen eine Verbindung zwischen etwaigen Missbrauchserlebnissen und der Drogenabhängigkeit: Sowohl in den Fällen emotionalen Missbrauchs als auch in denen eines physischen oder sexuellen Missbrauchs findet sich ein z.T. hoch signifikanter Trend dahingegen, dass die betroffenen Opiatabhängigen höhere Drogengebrauchs-Scores, einen früheren Einstieg in den Konsum der Drogen und einen längeren Gebrauch der jeweiligen Substanz über Jahre hinweg begehen.

5.3.3 Verhältnis zwischen der Herkunftsfamilie und der aktuellen Beziehungssituation – Vermittlung von Ressourcen

Die Opiatabhängigen mit intensiver persönlicher Beziehung zu Mutter oder Vater haben einen (nicht signifikant) niedrigeren Drogenscore als diejenigen Studienprobanden ohne familiären Rückhalt. Bezogen auf die Jahre des Gebrauchs im Bereich der Trunkenheit ergibt sich mit $p=0,001$ bzw. $p=0,039$ ein signifikant längerer Gebrauch auf Seiten der Studienprobanden ohne intensive persönliche Beziehung zur Mutter oder zum Vater.

Tabelle 39: Drogenscore im Bezug zur Beziehungssituation zur Mutter, $p=0,392$

E1 CompScore Drug use (modified)

persönl Beziehung zu Mutter	Mittelwert	N	Standardabweichung
ja	,4867	209	,18176
nein	,5045	107	,15643
weiß nicht/unklar	,4475	18	,19166
Insgesamt	,4903	334	,17456

Tabelle 40: Drogenscore im Bezug zur Beziehungssituation zum Vater, $p=0,215$

E1 CompScore Drug use (modified)

persönl Beziehung zu Vater	Mittelwert	N	Standardabweichung
ja	,4680	119	,17067
nein	,5035	196	,17776
weiß nicht/unklar	,4942	19	,15893
Insgesamt	,4903	334	,17456

Betrachtet man die Frage nach generellen Schwierigkeiten im Umgang mit Mutter, Vater oder den Geschwistern ergeben sich keine signifikanten Ergebnisse. Im Bezug auf Beziehungsprobleme innerhalb der letzten 30 Tage zeigt sich ein Trend dahingegen,

dass die Probanden mit größeren Beziehungsproblemen auch stärkeren Konsum betreiben:

Tabelle 41 a-c : aktuelle Beziehungssituation versus Heroinkonsum, $p=0,056$, $p=0,642$, $p=0,825$

Heroin: letzte 30 T

Schwierigk letzte 30 T: mit Vater	Mittelwert	N	Standardabweichung
ja	21,9375	64	11,35974
nein	18,4274	234	13,39804
Insgesamt	19,1812	298	13,04927

Heroin: letzte 30 T

Schwierigk letzte 30 T: mit Partner	Mittelwert	N	Standardabweichung
ja	19,6377	69	12,66766
nein	18,7376	141	13,39011
Insgesamt	19,0333	210	13,13361

Heroin: letzte 30 T

Schwierigk letzte 30 T: mit Kind/er	Mittelwert	N	Standardabweichung
ja	20,6000	5	13,44619
nein	19,2178	101	13,57690
Insgesamt	19,2830	106	13,51032

Abschließend möchte ich darstellen, inwiefern sich die drei familiären Belastungsuntergruppen hinsichtlich ihrer aktuellen Familiensituation unterscheiden: In allen abgefragten Beziehungssituationen - Schwierigkeiten im Umgang mit einem der beiden Eltern, mit den Geschwistern, mit anderen Familienmitgliedern oder mit dem eigenen Partner bzw. den eigenen Kindern insgesamt – hat die Untergruppe mit der stärksten familiären Vorbelastung die ausgeprägtesten Probleme. (Bei der Beantwortung der Frage nach Schwierigkeiten im Umgang mit der jeweiligen Person wurde die Antwort "ja" mit 1,00 und die Antwort "nein" mit 2,00 dargestellt)

Tabelle 42: Familiäre Belastungsuntergruppen verglichen anhand der Beziehungssituation zur einzelnen Familienmitgliedern, beispielhaft – die Eltern, der Partner, die Kinder, $p=0,000$, $p=0,002$, $p=0,56$, $p=0,007$

Schwierigk insgesamt: mit Mutter

familiärer Belastungsindex -	Mittelwert	N	Standardabweichung
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	1,4336	143	,49731
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	1,2143	154	,41166
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	1,1373	51	,34754
Insgesamt	1,2931	348	,45584

familiärer Belastungsindex - Untergruppen		Schwierig insgesamt: mit Vater	Schwierig insgesamt: mit Partner	Schwierig insgesamt: mit Kind/er
leichte familiäre Belastung = 0-4 Punkte	Mittelwert	1,3696	1,3063	2,0000
	N	138	111	46
	Standardabweichung	,48445	,46305	,00000
mittlere familiäre Belastung = 5-8 Punkte	Mittelwert	1,2252	1,2596	1,8372
	N	151	104	43
	Standardabweichung	,41908	,44055	,37354
schwere familiäre Belastung = 9-13 Punkte	Mittelwert	1,1458	1,2250	1,7778
	N	48	40	18
	Standardabweichung	,35667	,42290	,42779
Insgesamt	Mittelwert	1,2730	1,2745	1,8972
	N	337	255	107
	Standardabweichung	,44616	,44714	,30513

Vergleicht man die familiären Belastungsuntergruppen hinsichtlich ihrer aktuellen Familiensituation, so sind die Probanden der dritten Untergruppe häufiger geschieden oder ledig und haben häufiger Kinder als die Studienteilnehmer der Untergruppe 1. Es lässt sich aber kein eindeutiger Trend dahingegen finden, dass sie unzufriedener mit ihrer aktuellen Lebens-/Beziehungs- oder Wohnsituation wären, so dass man den familiär stärker oder stärkstens Vorbelasteten anhand unserer Daten kein subjektiv schlechter empfundenenes Outcome nachsagen kann.

6. Diskussion:

Voranschicken möchte ich, dass ich mit meiner Fragestellung zum Einfluss der Herkunftsfamilie auf die Drogenabhängigkeit allgemein und auf das Ausmaß bzw. die Art und Weise des Konsums unserer 350 befragten Opiatabhängigen im Speziellen nur einen kleinen Unterpunkt der Flut an Daten verarbeitet habe, die innerhalb der 5 Jahre im Rahmen unserer Studie erhoben wurden.

Die Studie wurde vom Grundansatz her nicht konzipiert bzw. durchgeführt, um meine Frage des Einflusses der Herkunftsfamilie auf die Opiatabhängigkeit näher zu untersuchen, sondern um sich mit der Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Erkrankungen zu beschäftigen, so dass die speziellen Informationen, die ich in diese Dissertation aufnehmen konnte, praktisch als Nebenprodukt auf dem Weg zum Ziel der Beschreibung des Miteinander und Nebeneinander von Opiatabhängigkeit und psychischen Auffälligkeiten abfielen.

Daher ist es zu erklären, dass die Informationen, so breit gefächert sie auch erhoben wurden, um alle wesentlich erscheinenden Lebensbereiche zumindest teilweise abzudecken, im Detail etwas dürftig ausfallen bzw. ausführlicher und weitergefasst gewesen wären, wenn sich die gesamte Studie nur mit der Frage der Familie im Leben der Opiatabhängigen beschäftigt hätte. So fehlen z.B. Angaben der Eltern oder der anderen Familienmitglieder der Opiatabhängigen, um das Bild der von den Probanden skizzierten emotionalen Beziehungssituation innerhalb der Herkunftsfamilie zu vervollständigen und zu objektivieren. Jetzt im Nachhinein gibt es allein schon wegen der den Probanden zugesicherten Anonymität keine Möglichkeit, mit den Eltern oder

den anderen Familienmitgliedern Kontakt aufzunehmen oder sie gar in die Interviews bzw. Studie einzubeziehen. Somit muss und musste ich mich mit den persönlichen und subjektiven Angaben der opiatabhängigen Studienteilnehmer zufrieden geben.

6.1 Differenzierte Darstellung der Herkunftsfamilie

6.1.1 Broken Home – Laufbahnmerkmale

Mit unseren Ergebnissen, dass z.B. im Alter von 15 Jahren nur noch 45,4% der von uns befragten Opiatabhängigen in einer vollständigen Familie aufwachsen und dementsprechend 54,6% in Broken Home Situationen gelebt haben, entsprechen wir den Ergebnissen vieler von mir in 2.2.2.1 zitierten Autoren, die Broken Home Raten innerhalb ihrer Studien in vergleichbaren Größenordnungen gefunden haben so z.B. H. Berger, K.-H. Reuband und U. Widlitzek (1980) mit einer Rate von 49% in einer vollständigen Herkunftsfamilie Aufgewachsener oder A. Uchtenhagen (1982) mit 60% Broken Home Situationen bzw. A. Uchtenhagen (1985) mit nur 45,1% der Abhängigen, die in einer vollständigen Herkunftsfamilie aufgewachsen sind oder D. Ladewig und P. Graw (1985), in deren Studie 44% der Drogenkonsumenten bis zum 16. Lebensjahr nicht zu Hause aufgewachsen sind, vgl. 2.2.2.1.

Gerade im Vergleich mit den Ergebnissen der Shell-Studie hat sich gezeigt, dass diese Zahlen deutlich höher sind als in einer Vergleichsgruppe von nicht opiatabhängigen Jugendlichen. Es steht somit außer Frage, dass unsere Studienprobanden häufiger aus nichtvollständigen Herkunftsfamilien stammen und z.B. häufiger eine Scheidung oder den Tod mindestens eines Elternteils miterleben mussten. (41,1% der Studienprobanden haben in ihrem bisherigen Leben mindestens eine Scheidung erlebt und 82,1% waren dabei unter 16 Jahre alt), im Vergleich dazu haben 15% der westdeutschen und 21% der ostdeutschen Jugendlichen der Shell-Studie eine Scheidung/Trennung ihrer Eltern miterlebt.

Sowohl in der „Amsel“-Studie als auch in der Untersuchung von A. Bölsch, P. Bickel und A. Uchtenhagen wird dem weiblichen Geschlecht eine höhere Vulnerabilität in Bezug auf Störungen im Familienleben nachgewiesen. A. Uchtenhagen (1982) hat hierzu bemerkt, dass die verschiedenen Aspekte des Familienlebens mehr Einfluss auf den Heroinkonsum der Töchter als auf den der Söhne hätten.

In unserer Studie sind die weiblichen Probanden zumindest bis zum Alter von 15 Jahren generell eher von Broken Home Situationen betroffen: So sind die Jungen häufiger in einer vollständigen Familie aufgewachsen als die Mädchen - im Alter von 6 Jahren ist der Unterschied mit 72,4% der Jungen im Vergleich zu 61,7% der Mädchen, die zu diesem Zeitpunkt in einer vollständigen Herkunftsfamilie aufgewachsen sind, am ausgeprägtesten und mit einem $p=0,04$ auch signifikant. Im Bezug auf das Erleben des Einflusses auf das weitere Leben unterscheiden sich die Geschlechter nicht signifikant. Innerhalb unserer Studie zeigt sich also eine deutliche, direkte Mehrbelastung der weiblichen Probanden mit evt problembehafteten Situationen/Erlebnissen, wie z.B. dem Broken Home.

Es werden allerdings Unterschiede bezüglich des Einflusses bezogen auf den Zeitpunkt des Auseinanderbrechens der Familie deutlich – 72,7% der zum Zeitpunkt des Zerbrechens der Herkunftsfamilie unter 16 Jahre alten Studienprobanden empfanden

dieses Lebensereignis im Vergleich zu nur 50% der zum Zeitpunkt mindestens 16 Jahre alten als stark bis sehr stark beeinflussend für ihr späteres Leben.

In der Literatur finden sich sowohl Befürworter eines größeren Einflusses des Zerbrechens der Herkunftsfamilie zu einem frühen Zeitpunkt – z.B. D. Hell et al. (1976) - als auch zu einem späteren, biographischen Punkt – s. R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983).

Nach ihnen ist z.B. nicht die Trennung der Eltern an sich, sondern die familiäre Situation im Umfeld dieses Ereignisses entscheidend für einen Einfluss auf das spätere Leben.

Eine Scheidung der Eltern im Vorschulalter der Kinder, wenn die in der Regel noch sehr stark auf die Mutter fixiert sind, wird deshalb auch weniger gravierende Folgen haben und vom Kind psychologisch leichter zu verarbeiten sein, als wenn die Trennung in der mittleren Adoleszenz erfolgt, wenn die Familie als ganze Bezugsgruppe erlebt wird und eine Trennung der Eltern den Verlust von Orientierung und emotionaler Sicherheit bedeutet.

M. Rennert (1990) stellt in ihrer Arbeit die Broken Home Forschung vieler Jahre einander gegenüber – s. 2.2.2.1 – und findet sowohl viele Vertreter einer Überrepräsentation von Broken Home Situationen in der Herkunftsfamiliengeschichte von Opiatabhängigen als auch für die Gegenthese, dort ebenso häufig relativ glückliche und stabile Kindheiten vorzufinden wie in der Vergleichsbevölkerung. Somit bestätigt sie meinen Gesamteindruck nach den 30 persönlichen Interviews, dass die Gruppe der Opiatabhängigen sehr heterogen zusammengesetzt ist und sich wissenschaftlich nur schwer allgemein gültige Thesen aufstellen oder beweisen lassen, für deren Gegenthese es nicht auch in einer Studie wissenschaftlich fundierte Hin- oder Beweise gibt. Ihrer Meinung nach steht es zu befürchten, dass die mit mehr oder weniger wissenschaftlicher Akribie zusammengetragenen Forschungsergebnisse hinter den ständigen Veränderungen der Drogen- und Konsumszenen herhinken. „Im Gegensatz zu den widersprüchlichen Ergebnissen von Untersuchungen, die nach ‚Ursachen in der Familie‘ forschen, sind viel mehr Gemeinsamkeiten zu beobachten, wenn familiäre Prozesse und Verhaltensmerkmale der Betroffenen als Reaktion auf das Drogenproblem betrachtet werden.“

Damit stimmt sie mit R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) darin überein, dass familiäre Bedingungen, wie sie von mir hier gerade geschildert werden, wie z.B. Broken Home Situationen oder Schichtzugehörigkeit, für die Genese des Drogenkonsums zwar wirksam sein können, entscheidend aber der familiäre Rahmen, die Interaktionen und Beziehungsmuster zwischen den Familienmitgliedern und die Verarbeitung der Situation sind. „Dies dürfte auch einer der Gründe für die z.T. recht heterogenen Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zu diesem Thema sein. Entscheidend ist z.B. nicht die Scheidung der Eltern an sich oder der Tod eines Elternteils, sondern die familiäre Situation im Vorfeld der Scheidung und danach oder die Situation bei langer Krankheit eines Elternteils und nach seinem Tod.“

Betrachtet man den allgemeinen ASI-Score zum Thema Drogengebrauch, so ergeben sich zwar stets höhere Werte für die Probanden, die eine Broken Home Erfahrung machen mussten, egal in welchen Lebensabschnitt diese nun durchlebt werden musste, aber zu keinem Zeitpunkt ist der Unterschied signifikant. Trotzdem denke ich, dass ein gewisser Trendzusammenhang vermutet werden kann, d.h., Jugendliche, die in ihrem Leben eine Broken Home Erfahrung machen mussten, können lebensgeschichtlich früher dazu neigen, in den Konsum von Drogen einzusteigen bzw. einen

ausgeprägteren Konsum zu pflegen als dies bei Vergleichsprobanden ohne Broken Home Erfahrung der Fall ist.

Betrachtet man nicht das generelle Erleben einer Broken Home Situation, sondern splittet diese nach der jeweiligen Art und Weise auseinander und setzt diese Einzelerlebnisse dann mit dem allgemeinen ASI-Score Drogengebrauch in Zusammenhang, so ergeben sich stets höhere ASI-Score Werte für die Opiatabhängigen mit Broken Home Erfahrungen. Besonders hoch liegen die ASI-Score Werte, wenn es sich um Broken Home Situationen handelt, die, wie etwa ein Aufwachsen im Heim, in einer Adoptiv- oder Pflegefamilie oder bei den Großeltern vollständig von der Herkunftsfamilie getrennt sind. Betrachtet man die Situation im 18. Lebensjahr unserer Probanden, so stehen sich z.B. ein Drogengebrauchsscore von 0,45 bei den zu diesem Zeitpunkt noch in einer vollständigen Familie Lebenden und ein Wert von 0,66 der Studienprobanden, die zu diesem Zeitpunkt bei anderen – sprich Großeltern, Pflege- oder Adoptiveltern aufwachsen – bzw. 0,56 bei denen, die im Internat oder Heim leben, gegenüber.

Dieser Punkt deutet meiner Meinung nach auf eine mögliche protektive Bedeutung der leiblichen Eltern hin. Hiermit stimme ich z.B. mit der „Amsel“-Studie vgl. R. Sickinger (1992) überein, der davon ausgeht, dass die Chancen für einen Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit um so erfolgreicher sind, je länger ihre Studienprobanden in einer vollständigen Familie leben. Generell fällt der Drogengebrauchs-Score über die Jahre, die die Opiatabhängigen in einer vollständigen Familie verbringen dürfen, ab, so dass einem möglichst langen Aufwachsen in der vollständigen Herkunftsfamilie durchaus eine protektive Wirkung nachgesagt werden kann.

Unterschiedliche Ergebnisse habe ich bezüglich der Bedeutung des Zeitpunktes der entstandenen Broken Home Situation gefunden – im Zusammenhang mit dem Einstieg in den Heroinkonsum zeigen sich eher signifikante Ergebnisse für eine früheren Einstieg, wenn die Broken Home Situation nach dem 9. Lebensjahr einsetzt und bezüglich der verkonsumierten Menge an Heroin zeigen sich eher signifikante Ergebnisse, wenn das Broken Home schon in jungen Jahren entsteht.

Wie z.B. in den Ergebnissen der „Amsel“-Studie haben auch unsere Probanden, wenn überhaupt, eher niedrigere Schulabschlüsse und seltener die mittlere Reife, das Abitur oder gar einen Hochschulabschluss bzw. eine schlechtere, häufiger abgebrochene oder nie begonnene Berufsausbildung (dieses betrifft signifikant häufiger die weiblichen Mitglieder) als Vergleichsgruppen wie z.B. die Teilnehmer der Shell-Studie.

Ein Umstand, der z.T. darin begründet liegen könnte, dass die Opiatabhängigen manchmal sehr früh mit dem Konsum der Drogen beginnen bzw. sehr früh in Abhängigkeiten gefangen sind und dann evtl. der Schule den Rücken kehren. Von der Projektgruppe Tudrop (1984) wird hierzu die Frage aufgeworfen, inwiefern die „Proletarisierungsthese in einer völlig anderen Form zutrifft: nämlich, dass die gesellschaftlichen Reaktionen auf den Drogenkonsum Jugendlicher zu einer nachträglichen Proletarisierung von vorher – zumindest nach sozialen Merkmalen – ‚ganz normalen‘ Jugendlichen führen.“ Im Laufe unserer 5 Jahres-Studie hat sich die soziale Situation unserer Probanden allerdings deutlich verbessert – vgl. M. Krausz, Schlußbericht (2000).

Zusammengefasst heißt das:

- unsere Studienprobanden stammen deutlich häufiger aus unvollständigen Familienverhältnissen als die bundesdeutsche Vergleichsjugend, sie mussten häufiger

eine Scheidung /Trennung oder den Tod der Eltern, z.T. auch schon in jungen Jahren, miterleben.

- hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit - abgeleitet aus dem Vergleich der erreichten Schulabschlüsse bzw. ausgeübten Berufe der Eltern - unterscheiden sich die Opiatabhängigen nicht frapierend von den Teilnehmern der Shell-Studie

- setzt man diesen Umstand des häufigeren Auseinanderbrechens der Herkunftsfamilien in Bezug zur Ausprägung der Heroinabhängigkeit, so ergibt sich wahrscheinlich ein früheres Einstiegsalter in den Gebrauch von Heroin und anderen Drogen sowie eine größere Tageskonsummenge bzw. einen insgesamt höheren Drogenscore für diejenigen Studienprobanden mit Broken Home Erfahrung

Da diese Ergebnisse nur bedingt signifikant sind (z.B. in Bezug auf das Eintrittsalter eher in späteren Jahren des Erlebens des Zerbrechens der Herkunftsfamilie und in Bezug auf die tägliche Heroinmenge eher in früheren Lebensjahren der Broken Home Erfahrung), lässt sich allein an diesen Berechnungen die Hypothese, dass die vermehrt auftretenden Broken Home Situationen sich erschwerend auf eine spätere Drogenabhängigkeit auswirken, nicht grundsätzlich aufrecht erhalten.

6.1.2 Emotionale Situation

Im Bereich der emotionalen Situation innerhalb der Familie konnte ich nur die subjektiven Eindrücke der Opiatabhängigen auswerten, ohne objektive Äußerungen der Eltern oder anderer Familienmitglieder zur Verfügung zu haben - zeigen sich kaum signifikante Zusammenhänge. Im Vergleich mit den Teilnehmern der Shell-Studie haben unsere Opiatabhängigen in der Kindheit früher und häufiger kämpferische oder gar Kriegsspiele gegenüber sozialen Spielen oder kreativen oder kulturellen Freizeitbeschäftigungen favorisiert – dies könnte ein Hinweis sein, dass schon in der frühen Spielkindheit der soziale, kreative oder kulturelle Aspekt im Umgang miteinander spielerisch nicht genügend umgesetzt werden konnte und auf aggressive, gewaltsamere Auseinandersetzungen zurückgegriffen wurde. In diesem Zusammenhang möchte ich auf E. Schiffer (1993) zitieren. Ihm zufolge ist eine lebendige Phantasie wesentlich für eine spätere „Immunsierung“ gegen Suchterkrankungen. Die besten Möglichkeiten zum Wachsen und Blühen der Phantasie liegen demnach im kindlichen Spiel, das innerhalb unserer Probanden Auffälligkeiten zeigt. Nach E. Schiffer (1993) ist das Spielen im Sinne von „Play“, bei dem der Prozess im Vordergrund steht und nicht das Ergebnis, heute aus zwei Gründen heraus bedroht:

1. Die kindliche Erfahrungswelt wird nicht mehr dem Sinneshunger gerecht. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang
 - die Unwirtlichkeit der Städte, der Straßen und Wohnungen mit ihren Einschränkungen, nach Lust und Laune zu krabbeln, stolpern, rennen, toben, schreien, grölen, raufen, werfen, bolzen, klettern und so fort, [...]
 - die unsinnlichen oder den Sinnen nicht angepassten elektronischen Spielzeuge, der Fernseh-, Video- und Computerkonsum mit seiner Kolonialisierung der kindlichen Bilderwelt
2. *Zu früh* wird das Regel- und Leistungsprinzip in die kindliche Welt des „play“ eingeführt. Zu schnell überwiegt das „game“- Prinzip der Erwachsenen. Oder das Spielen wird – weil zu oft schon als Vorstufe der Arbeit missverstanden – ganz und gar von einem fremdbestimmten Leistungsprinzip verseucht [...]

Im Bereich der Spiele liegt demnach ein Bereich, in dem man als Eltern, Verwandte oder Institutionen wie Kindergärten oder Schulen schon sehr früh präventiv tätig werden kann, um neu heranwachsende Generationen möglichst immun gegen Abhängigkeiten welcher Art auch immer werden zu lassen.

Die in 5.1.2 dargestellten Ergebnisse des FAM zeigen nur in der Einzelfallbetrachtung z.T. extreme Punktwerte, die für erhebliche Schwächen oder familiäre Probleme in einer der 7 untersuchten Kategorien stehen können, in der Gesamtheit findet sich kein durchschnittlicher T-Kategorien-Wert, der nicht im Normbereich liegt, weswegen es auch nicht sehr beeindruckend ist, ein Beispielsprofil anhand dieser Werte auszufüllen und hier aufzuführen. Dieses gemäßigte Ergebnis überrascht mich persönlich. Es ist nicht nur erstaunlich, dass es keine einzige Kategorie gibt, in der die Mehrheit oder zumindest der Durchschnitt der befragten Opiatabhängigen oberhalb von 60 Punkten, also in einem Bereich, der für Probleme/Schwächen steht, liegt, sondern auch, dass es keine klaren Unterscheidungstendenzen zwischen den männlichen und weiblichen Probanden gibt. Sind in einem Punktbereich innerhalb einer Kategorie (z.B. bei 65 Punkten) die Männer leicht überrepräsentiert, so kehren sich diese Verhältnisse schon bei 68 oder 72 Punkten wieder ins Gegenteil um, so dass sich die Verhältnisse insgesamt gesehen ausgleichen. Gerade die den Frauen immer wieder nachgesagte größere Empfindlichkeit auf emotionale Störungen innerhalb der Familie oder der Beziehung ist bezüglich der FAM-Ergebnisse nicht darstellbar.

Insbesondere in der Kategorie Kontrolle hatte ich auffälligere Ergebnisse erwartet, denn der Hauptuntersuchungsgegenstand dieser Arbeit – die Opiatabhängigkeit - ist schon per definitionem ein Zustand, der keiner Kontrolle unterliegt, und so sah ich es im Vorfeld nicht als wahrscheinlich an, gerade diese Unterkategorie des Familienlebens als die am stärksten vertretene und in den Familien der Opiatabhängigen am positivsten ausgeprägteste zu erwarten.

Insgesamt stehen die Ergebnisse des FAM dafür, dass die Gesamtgruppe der Opiatabhängigen, die eine sehr heterogene Gruppe mit jeglichen Extremen darstellt, vergleichsweise im Durchschnitt eher unauffällige, emotionale Familiensituationen bietet. „Die öffentliche Ansicht einer Einzigartigkeit einer ‚Fixerkarriere‘ ist danach falsch, Heroinkonsum entsteht unter den gleichen Bedingungen eines allgemein zerrütteten Familienlebens wie Leistungsversagen oder Zerstörungswut.“ Projektgruppe Tudrop (1984) Die von anderen Autoren dargestellten Auffälligkeiten, z.B. spricht die Projektgruppe Tudrop (1984) von verzerrten Kommunikations- und nicht offenen Auseinandersetzungsformen, M. Textor (1989) von entfremdeten, gestörten Kommunikationsprozessen, in denen die einzelnen Familienmitglieder nicht fähig sind, persönliche Probleme zu besprechen oder Gefühle auszudrücken, oder S. Kindermann (1989) von gestörten Kommunikationsprozessen durch den unflexiblen Umgang mit Familienregeln, die dem Zusammenleben der Familienmitglieder dienen, lassen sich demnach durch meine Ergebnisse – z.B. einen durchschnittlichen T-Wert im Bereich der Kommunikation von 54,9, der nicht mal sehr nahe an der Grenze zur Problemzone von 60 liegt - nicht nachvollziehen. Ebenso wenig habe ich die Ergebnisse von M. Cleveland (1982) bestätigen können, die, in Anlehnung an S. Minuchin (1977), auf dessen Theorien ja die Entwicklung des FAM zurückzuführen ist, von der These ausgeht, dass Familien mit symptomatischen, z.B. drogenabhängigen Jugendlichen

dysfunktionale Strukturen aufweisen, die durch Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Rigidität und Konfliktvermeidung gekennzeichnet sind.

Wie schon in 2.2.2.2 ausgeführt, ist meiner Meinung nach der Unterpunkt der emotionalen Situation innerhalb der Familie wissenschaftlich schwieriger zu fassen als z.B. die Frage nach der Vollständigkeit. Viele der von mir in diesem Kapitel zitierten Autoren haben Besonderheiten im Erziehungsstil vorgefunden, z.B. Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit der Eltern - besonders bezogen auf den Vater - und Überbesorgtheit und Inkonsequenz auf Seiten der Mutter, wobei z.B. laut R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) die Uneinigkeit des Erziehungsstils einen größeren Einfluss auf eine evtl. entstehende Abhängigkeit haben soll, da sich daraus Verunsicherungen sowie eine erschwerte Entwicklung von Orientierungsmaßstäben oder gar der Verlust des Urvertrauens ergeben können als die Art des Erziehungsstils selbst. Darin werden sie z.B. von B. Seifert-Schröder (1984) unterstützt, die davon ausgeht, dass sich in den Familien von Drogenabhängigen häufig widersprechende Erziehungs- und Interaktionsmuster der Eltern finden lassen, die die Identitätsfindung der Heranwachsenden beeinträchtigen und zur Entwicklung von Abhängigkeiten beitragen.

In unseren Interviews haben wir nicht explizit nach bestimmten Erziehungsmethoden, -maßstäben, -richtlinien oder -unterschieden der Eltern gefragt, so dass ich zum Thema der Erziehung nur indirekte Schlüsse ziehen kann. Im Vergleich mit den Ergebnissen der Shell-Studie bezüglich des elterlichen Verhaltens, Interesses die Schulzeit der Kinder betreffend bzw. der Zukunftspläne der Eltern für ihre Kinder haben sich keinerlei verallgemeinernde Unterschiede herauskristallisiert. Bezüglich der Frage nach gemeinsamen Familienunternehmungen bzw. gemeinsam verbrachter Freizeit ist es allerdings so, dass unsere Studienprobanden tendenziell niedrigere Punktwerte angegeben haben als die Teilnehmer der Shell-Studie, so dass man zumindest von selteneren gemeinsamen Familienunternehmungen bzw. weniger gemeinsamer Freizeitgestaltung und dadurch weniger Vermittlung von z.B. kulturellem Erbe ausgehen kann. Dies könnte ebenfalls als Tendenz zur Vernachlässigung auf dem sozialen und kulturellen Sektor, der sich schon in den Kinderspielen angedeutet hat, interpretiert werden.

Auch zu den Theorien von z.B. M.D. Stanton (1982), dass sich in prototypischen Familien eines Drogenabhängigen stets ein Elternteil – zumeist der gegengeschlechtliche – zu sehr mit dem Abhängigen engagiert hat, während der andere eher stafend, distanziert und oder abwesend ist, bzw. die Grundannahme von M.D. Stanton und T.C. Todd (1981), dass der Drogengebrauch eines Familienmitgliedes eine doppelte Funktion erfüllt: den Abhängigen einerseits zu distanzieren und unabhängig und eigenständig erscheinen zu lassen, ihn aber auf der anderen Seite - mittels des benötigten Geldes oder der Versorgungsmittel - abhängig und loyal an die Familie zu binden, um durch die Drogenabhängigkeit die Familienstabilität und Homöostase aufrecht zu erhalten, habe ich keinerlei Interviewmaterialien, um die Theorien zu unterstützen oder zu verwerfen.

6.1.3 Drogenkonsum – Vorbildfunktion der Eltern

Die grundsätzliche These eines Zusammenhangs des Drogenkonsums der Eltern im Sinne einer evtl. Vorbildfunktion wird z.B. von I. Vogt (1985) vertreten - sie geht davon aus, dass die Vorstellungen der Kinder zum Ausmaß des Drogenkonsums der Eltern im allgemeinen und über den Medikamentenkonsum der Mutter im Besonderen den eigenen Umgang der Kinder mit Drogen ganz erheblich beeinflussen. A. Uchtenhagen (1982) stellt ebenfalls fest, dass in den Familien von Drogenabhängigen und im Besonderen im Bereich der Eltern ein vermehrter Gebrauch psychotroper Substanzen stattfindet. Dabei korreliert der Drogenkonsum der Kinder mit einer eher gewährenden oder gleichgültigen Einstellung der Eltern zu Drogen.

17,1% unserer Opiatabhängigen geben ein Alkoholproblem ihrer Mutter, 11,6% ein Drogenproblem an. 44,9% der Väter wird ein Alkoholproblem und 6,7% ein Drogenproblem nachgesagt. Dabei fällt ins Auge, dass die weiblichen Studienprobanden, wenn auch nicht signifikant, so doch stetig häufiger ein Konsumproblem des jeweiligen Elternteils in ihrer Herkunftsgeschichte angeben als die männlichen.

In 20,1% sind beide Elternteile in unterschiedlichen Kombinationen der Abhängigkeiten betroffen. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Ergebnissen von A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985). In ihrer Studie berichten 56,5% der Opiatabhängigen über Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenprobleme in der Familie. Demgegenüber stehen nur 7,3% der Probanden der Kontrollgruppe. Bei 22,3% (vergleichbar unseren 20,1%) handelt es sich dabei um mehrere betroffene Personen innerhalb der Familie und nicht nur um eine Einfachbelastung.

Die hohen Prozentzahlen lassen also eine im Vergleich zur Normalbevölkerung Mehrbelastung der Familien der Opiatabhängigen bezogen auf Abhängigkeitsprobleme weiterer Familienmitglieder vermuten, die Vorbildfunktion der Eltern könnte darin begründet sein, aus Gelegenheitskonsumenten (z.B. angeregt durch Peer Groups, Geschwister oder übliche Konsumgewohnheiten innerhalb unserer Gesellschaft) regelmäßige Konsumenten werden zu lassen bzw. den Konsum von Drogen als alltäglich/normal oder harmlos zu empfinden.

Der Drogengebrauch der Geschwister war bezeichnenderweise der einzige Bereich, in dem, innerhalb unserer Studie, der Konsum von Drogen häufiger innerhalb der Familie vertreten war als der Konsum von Alkohol: In 18,5% der Fälle wurde dem 1. Geschwisterkind ein Alkoholproblem und in 25,8% der Fälle ein Drogenproblem nachgesagt und in 8,7% dem 2. ein Alkohol- bzw. zu 9,3% ein Drogenproblem. D. Ladewig (1996) geht davon aus, dass sich das Verhalten der Geschwister produktiv im Hinblick auf einen erschwerten Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch auswirken kann, wenn sie sich vom Substanzmittelgebrauch distanzieren. Vielleicht gilt demnach auch der Umkehrschluss, dass die Geschwister durch eigenen (Mit)-Konsum zu intensiverem Drogengebrauch/-abhängigkeit animieren können.

R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) verweisen einerseits auf eine größere Bedeutung des Konsums der Mutter als des des Vaters, beziehen diesen Einfluss insbesondere auf die Entwicklung vom Gelegenheitskonsumenten zum regelmäßigen „User“ und schenken auch den Geschwistern eine gewisse Bedeutung,

dahingehend, dass die Zahl der gleichfalls konsumierenden Geschwister mit der Drogenintensität zunimmt.

D. Ladewig und P. Graw (1985) finden ebenfalls zu 48% im Vergleich zu 9% im Vergleich der Familien von „Normaljugendlichen“ eine häufigere Vorbelastung mit Drogen in der Herkunftsfamilie, wobei es sich, wie in unserer Studie, tendenziell häufiger um den Vater handelt. Innerhalb der Studien von S. Kindermann (1989) liegt nicht nur ein problematischer Umgang mit Drogen, sondern z.T. sogar eine Abhängigkeit der Eltern vor: 18% der Väter und 4% der Mütter waren Alkohol- bzw. 4% der Mütter und 3% der Väter waren medikamentenabhängig, bevor die „Suchtkarriere“ der Studienteilnehmer begann. Sie konstatiert dabei nicht nur den Eltern ein mangelndes Problembewusstsein im Umgang mit Drogen, sondern verweist, wie z.B. auch I. Vogt (1985) oder M. Textor (1989) auf den Einfluss der Ärzteschaft, die mit medikamentösen Therapien schnell zur Hand sind, wenn es sich um psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter handelt und Kinder schon früh mit Psychopharmaka behandelt. S. Kindermann (1989) und R. Sickinger (1994) verweisen abschließend darauf, dass im Problembereich des Drogenkonsums innerhalb der Herkunftsfamilie ebenso wie im Bereich der Broken Home Situationen weibliche Opiatabhängige stärker vorbelastet sind, als männliche. (Dies kann ich anhand unserer Daten für den Problemkreis des Drogenkonsums der weiteren Familienmitglieder und für Broken Home Situationen bis zum 15. Lebensjahr bestätigen.)

Setzt man diesen häufigeren Drogenkonsum der weiteren Familienmitglieder in Zusammenhang zur sich entwickelnden Drogenabhängigkeit, so ergeben sich einzelne signifikante Ergebnisse auf einen früheren Eintritt in den Konsum der Droge – z.B. bezogen auf Heroin, Kokain oder Alkohol bis zur Trunkenheit sowie in den Gebrauch der Drogen bezogen auf die Jahre des Konsums oder bezogen auf den allgemeinen Drogenscore. Es ist somit wahrscheinlich, dass ein eigenes Drogenproblem auf Seiten der Eltern oder Geschwister, wobei der Vater die mehr beeinflussende Person zu sein scheint, sich verstärkend auf einen früheren Beginn, eine längere Dauer oder die Entwicklung bzw. Ausprägung einer Drogenabhängigkeit auswirkt.

Diese Problematik der belastenden Situation innerhalb der Herkunftsfamilie - wie z.B. Broken Home Situationen oder den Drogengebrauch von weiteren Familienmitgliedern, geben unsere opiatabhängigen Studienteilnehmer selber an. Wir haben nach Konflikten oder Kränkungen in der Herkunftsgeschichte gefragt, die für den Lebenslauf als zentral empfunden worden sind. Für die erste Angabe, die zum Zeitpunkt des Erstinterviews noch von 58,8% der Befragten (54,7% der männlichen und bedeutend und signifikant ($p=0,019$) höheren 68,3% der weiblichen Studienteilnehmer, evt. ein Hinweis auf eine höhere Vulnerabilität auf Seiten der weiblichen Studienprobanden) als belastend empfanden, wurde u.a. mit 9,6% der Tod eines nahe stehenden Menschen, mit 14,3% ein Beziehungskonflikt, mit 12,9% ein Trennungsgeschehen und mit 2% ein Suchtproblem genannt und in 67,3% gaben unsere Studienteilnehmer eine erhebliche bis extreme Bedeutung dieses kränkenden Erlebnisses für ihren Drogenkonsum an. Diese subjektiven Einschätzungen zeigen, wie wichtig die Geschehnisse innerhalb der Herkunftsfamilie für die spätere Entwicklung und Herausbildung insbesondere problemhafter Lebensgewohnheiten von den Betroffenen gerade von den weiblichen eingeschätzt wird, so dass, meiner Meinung nach eine Beschäftigung mit der Herkunftsgeschichte und der allgemeine Versuch, innerhalb der Gesellschaft möglichst

protektive, präventive Strukturen sowie Verständnis zu schaffen, auch weiterhin in Hinblick auf Problemlösungsstrategien innerhalb der Drogenabhängigkeit von Bedeutung ist.

6.1.4 Belastungen in der Vorgeschichte

Auf den Unterbereich der Belastungen in der Vorgeschichte möchte ich nur am Rande eingehen, da es in unserer Doktorandengruppe eigenständige Arbeiten zu diesem Thema gibt. Es fällt ins Auge, dass ein Großteil unserer Opiatabhängigen, gerade der weiblichen (hochsignifikante Unterschiede mit einem $p=0,000$), in ihrer bisherigen Geschichte Missbrauchserlebnisse machen mussten. 65,8% geben an, emotional, 50,4% physisch und 16,1% sexuell missbraucht worden zu sein. R. Sickinger (1994) findet in seiner Studie ebenfalls 42,3% seiner Befragten, die über häufige Gewalterfahrungen innerhalb ihrer Herkunftsfamilie berichten. A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985) finden eine häufigere Belastung der Opiatabhängigen mit Suiziden in ihrer familiären Umgebung und eine Häufung von eigenen, persönlichen Erfahrungen mit Suizidversuchen, –gedanken, wobei dieser signifikante Unterschied zu nichtkonsumierenden Vergleichsjugendlichen schon von Beginn der Abhängigkeit besteht und im Verlauf der Drogenabhängigkeit immer mehr hervortritt. Angaben zum Thema speziell des sexuellen Missbrauchs finden sich häufig in Arbeiten zur Drogenabhängigkeit von Frauen. Alle in 2.2.2.4 von mir skizzierten Autoren haben in ihren Studien eine gehäufte Rate von Missbrauch (speziell sexuellem Missbrauch) insbesondere bei Frauen vorgefunden.

I. Vogt (1985) gibt dabei den Ärzten eine Mitschuld an dem häufigen Zusammentreffen von sexuellem Missbrauch in der Anamnese und Drogenabhängigkeit. Ihrer Meinung nach reagieren Frauen auf sexuelle Gewalt entweder mit dem Gang zum Arzt, der häufig nur die Verschreibung von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln zur Hand hat oder sie nach wiederholter Konsultation sogar in die Psychiatrie einweist - und so möglicherweise die Entwicklung zur Medikamentenabhängigkeit etabliert - oder die Frauen greifen von sich aus, ohne Zutun des Arztes zum Konsum psychotroper Substanzen. Die große Anzahl an Missbrauchserfahrungen schlägt sich im signifikanten Zusammenhang mit der Ausprägung der Opiat-/Drogenabhängigkeit nieder, so dass meine Hypothese der Beeinflussung von Missbrauchserfahrungen und Opiatabhängigkeit als wahrscheinlich zutreffend beurteilt werden kann.

6.1.5 Adoleszenzkrise – Vermittlung von Ressourcen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben

Vergleicht man die Anhäufung sonstiger belastender Lebensereignisse im Aufwachsen unserer Studienprobanden mit dem Lebensweg der Teilnehmer der Shell-Studie, so zeigt sich in jeder Altersstufe, sowohl in den Untergruppen Verlust, Gesundheitsprobleme, Arbeitslosigkeit, Schulschwierigkeiten und Umzug als auch im Gesamt-Score und „Adversity-Index“ für Belastungen, eine ausgeprägte Mehrbelastung auf Seiten unserer Studienprobanden.

M. Krausz, P. Degkwitz und U. Verthein (2000) haben die Lebensereignisse und psychosozialen Belastungen bis zur Pubertät und somit die Entwicklungsbedingungen Opiatabhängiger mit ihren normalen Altersgenossen verglichen, indem sie jedem

Untersuchungsprobanden unserer Studie einen westdeutschen Jugendlichen gleichen Geschlechtes, Alters und großstädtischem Kontextes aus der Shell-Studie von '92 zugeordnet haben. Diese 250 gematchten Paare konnten sie dann vergleichen. Ihre Ergebnisse laufen konform mit meinen. So weist die Gruppe der Opiatabhängigen z.B. eine deutlich stärkere Belastung in Bereichen wie Trennung der Eltern, Tod eines Elternteils, Umzug oder Ortswechsel oder Sitzenbleiben in der Schule auf. Die Opiatabhängigen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Bildungshintergrundes der Elternhäuser oder hinsichtlich der Erziehung durch ihre Eltern bezogen auf die Schulzentriertheit bzw. ihr Engagement im Bezug auf die Begabungen der Kinder, sondern im emotionalen Bereich hinsichtlich gemeinsamer Hobbys, Familienunternehmungen oder der gemeinsamen Nutzung häuslicher Medien: „Vermutungen in Richtung eines generell geringeren elterlichen Engagements wie einer frühen Vernachlässigung der später Abhängigen bestätigen sich nicht. Die Ergebnisse vermitteln allerdings den Eindruck eines weniger eingreifenden elterlichen Erziehungshandelns bei den Opiatabhängigen.“ (Evt. ist dies mitbedingt durch die z.B. zeitlich reduzierten Möglichkeiten der häufiger alleinerziehenden Elternteile.)

Der Eintritt einiger der lebensverändernden Ereignisse dürfte bei den Opiatabhängigen mit ihrer Drogenkarriere zusammenhängen. Dies gilt meiner Meinung nach insbesondere für die großen Unterschiede im Bezug auf das schulische Outcome. Wie in 6.1.1 näher ausgeführt, entstammen die Opiatabhängigen verglichen mit den nicht abhängigen Teilnehmern der Shell-Studie vergleichbaren ökonomischen Situationen, erleben dann aber häufiger ein Auseinanderbrechen der Familienverhältnisse, einen Schul-/Ausbildungsplatzwechsel, bleiben häufiger sitzen und erreichen signifikant niedrigere Schul- bzw. Lehrabschlüsse, wenn sie ihre Ausbildungen überhaupt beenden.

Bei der retrospektiven Betrachtung des Lebensweges der heute Abhängigen finden sich Hinweise, daß sich die Belastungen und die Übergangsprobleme in der Pubertät (schulische Schwierigkeiten, Ausbildungsabbrüche) an der Schwelle zum Erwachsenenstatus zu einer riskanten Konstellation verdichten. Die Differenzierung zwischen den Gruppen zeigt sich bei der Ausprägung jugendtypischen Risikoverhaltens (als Ausruck unterschiedlicher Orientierungen und Bewältigungsweisen) in der Phase zwischen 15 und 18 Jahren. M. Krausz, P. Degkwitz und U. Vertheim (2000)

Es zeigt sich, dass die Opiatabhängigen deutlicher zu Risikoverhalten tendieren: signifikante Häufungen finden sich in den Bereichen irrsinnig laut Musik hören, miteinander die Nacht durchmachen, Spaß am Schwarzfahren haben, verrückte Sachen anziehen, sich mit Personen zu prügeln oder an Glücksspielautomaten zu spielen. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit diese Anreicherung an provozierendem Verhalten als Zeichen der Abwehr oder Überforderung bzw. unproduktiver Bewältigung der Adoleszenz zu betrachten ist.

Laut H. Schwelm (1994) ist die Adoleszenz, die Phase zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr, der Lebensabschnitt mit der einschneidenden Phase des 1. Drogenkontaktes: „Wahrscheinlich werden bei der fast totalen Verfügbarkeit legaler und illegaler Drogen künftig sehr viele Menschen in einer bestimmten Entwicklungsphase Drogen ausprobieren. [...] Nach vorliegenden Untersuchungen wenden sich stabile Jugendliche mit gesunder Neugier nach einer Experimentierphase wieder von den

Drogen ab.“ In dieser Adoleszenzphase werden große Anforderungen an die Jugendlichen gestellt, Aufgaben, wie Selbstfindung, das Definieren des eigenen Standpunktes, eigener Ziele und Wünsche, s. 2.2.2.5, bergen das Risiko der Nichterfüllung und des Scheiterns in sich. Bei drogengefährdeten Jugendlichen sind Schwierigkeiten beim Lösen dieser Aufgaben und der Drogenkonsum eng miteinander verbunden: Einerseits können sie vor den Bewältigungsproblemen in die scheinbar heile Drogenwelt entfliehen und andererseits werden sie gerade durch einen übermäßigen Drogenkonsum an der Erfüllung der Aufgaben gehindert. Nach W. Kindermann (1985) „steigt die Chance zum Ausstieg aus der Sucht dabei in dem Maße, in dem Drogenabhängige Gelegenheit erhalten oder sich verschaffen, die verschleppten Entwicklungsaufgaben, vielleicht verspätet, aber dennoch Stück für Stück produktiv anzugehen.“

In unserer Studie haben die Opiatabhängigen im Vergleich zu ihren Vergleichsjugendlichen aus der Shell-Studie die verschiedenen Entwicklungsübergänge von der Adoleszenz hin zur Erwachsenenwelt durchweg früher überschritten. Es stellt sich grundlegend die Frage, wie diese Ergebnisse zu interpretieren sind, ob sie für eine größere – vielleicht auch erzwungene – Selbständigkeit oder gar Reife auf Seiten der Opiatabhängigen sprechen oder vielleicht für eine niedrigere Kontrollfunktion oder weniger konsequente eher erlaubende Erziehung von Seiten der Eltern, sofern sie noch bei ihnen aufgewachsen sind. Außer Acht gelassen haben wir in unserer Befragung die persönlichen Gefühle beim Bewältigen der Entwicklungsübergänge, denn neben dem Zeitpunkt ist es doch ebenso entscheidend, wie der Übergang von der Person empfunden wird, als zeitlich und situativ angemessen oder z.B. als zu früh, überfordernd bzw. erzwungen. Die Frage, wie sich unsere Opiatabhängigen mit dem früheren Erreichen (zu frühen?) bestimmter Entwicklungsübergänge gefühlt haben – zufrieden, vielleicht sogar stolz, oder überfordert – bleibt unbeantwortet. Abschließend sei hier nochmals R. Thomasius (1993) zitiert:

Voraussetzung für die Bewältigung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben sind bei Drogenabstinenten nicht allein auf individueller Ebene günstiger als bei betreuten Heroinkonsumenten, sondern auch in familienbezogener Hinsicht. In den Familien der Opiatkonsumenten wird vergleichsweise weniger kommuniziert, Rollenerwartungen werden seltener erfüllt, der Ausdruck von Gefühlen ist schwächer und Normverletzungen weichen stärker ab. Demgegenüber ist das Ausmaß an Grenzstörungen signifikant höher als in den abstinenten Familien. Die Ergebnisse belegen eindringlich, daß sich insbesondere im Frühstadium der Suchtentwicklung Drogenkonsum und familiäre Belastung wechselseitig im Sinne eines *circulus vitiosus* beeinflussen.

6.2 Die aktuelle Familiensituation

6.2.1 Die gegenwärtige Beziehung zur Herkunftsfamilie

Die in 2.3.1 von mir zitierten Autoren gehen zunächst von der Grundthese aus, dass die Beziehung der Opiatabhängigen zu den Eltern oder Geschwistern zu anhänglich und zu wenig losgelöst ist.

U. Engel und K. Hurrelmann (1989) folgern, dass sich der Drogenkonsum in der Adoleszenz oder Jungerwachsenenphase verstärkt, wenn Konflikte mit den Eltern bestehen. Dieser erhöhte Drogengebrauch weist dann neben der konflikträchtigen

Beziehung noch auf eine erschwerte Ablösung hin. Der z.B. im Vergleich mit nichtopiatabhängigen Vergleichsgruppen oftmals sehr frühe Auszug aus dem Elternhaus wird von M. Sieber und J. Angst (1981) sowie von A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985) dahingegen interpretiert, dass

sich die relativ frühe Anforderung an Selbständigkeit an die Opiatabhängigen im bleibenden Gefühl der emotionalen Abhängigkeit spiegelt, während die Kontrollgruppenprobanden in der natürlichen Sicherheit und dem emotionalen Rückhalt des längeren Zusammenwohnens mit den Eltern ganz nebenbei lernen können, wie die eigenen finanziellen und administrativen Belange zu regeln sind und sich eben nur auf konkrete Ressource des Wohnens angewiesen fühlen.

So haben 88,1% unserer Opiatabhängigen im Vergleich zu nur 50% der Shell-Studien Teilnehmer im Bezug auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bereits die Erfahrung gemacht, unabhängig von den Eltern zu wohnen. Dies war innerhalb der Gruppe der Opiatabhängigen nicht nur häufiger der Fall, sondern sie waren auch jünger: Schon im Alter von bis zu 14 Jahren leben 13,8% im Vergleich zu 1% der Kontrollgruppe nicht mehr im Elternhaus, mit 15-17 Jahren sind es 39,4% zu 5% und bei den 18-20 Jährigen 33,2% zu 25%.

D. Ladewig und P. Graw (1985) finden eine im Vergleich zu „Nicht-Drogen-Usern“ schlechtere Beziehung zur Herkunftsfamilie. 62,6% unserer Studienprobanden geben an, eine gute und langandauernde Beziehung zur Mutter zu haben, auf Seiten der Beziehung zum Vater sind es erstaunlicherweise nur 35,1%, die eine gute und persönliche Beziehung zu ihm aufgebaut haben, bzw. pflegen. Auf Seiten der Geschwister haben unsere Probanden in ebenfalls ca. 60% eine gute Beziehung zu einer evtl. vorhandenen Schwester oder einem Bruder.

Trotz der 62,6% guten Beziehungen zur Mutter geben 70,7% unserer Studienprobanden an, in ihrem bisherigen Leben erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit der Mutter gehabt zu haben, bezogen auf die letzten 30 Tage vor dem Erstinterview sind es immerhin noch 25,2% die bedeutsame Phasen gehabt haben, in denen sie mit der Mutter nicht auskamen. Der Unterpunkt der Schwierigkeiten mit der Mutter im gesamten bisherigen Leben bietet geschlechtsspezifische Unterschiede: Mit 78,5% zu 67,2% sind es mit einem $p=0,02$ signifikant mehr Töchter, die Schwierigkeiten mit ihren Müttern angeben, als Söhne.

Auch im Bezug auf erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit dem Vater, zu dem die Beziehung im Vorfeld ja als weitaus schlechter, kürzer anhaltend oder unpersönlicher charakterisiert wird, liegen die Prozentangaben solcher Schwierigkeiten mit 72,7% der Teilnehmer im vergleichbaren Rahmen. Auf Seiten der Geschwister wird eine Rate von 54,8% erheblichen Schwierigkeiten im bisherigen Leben angegeben.

Gerade die innerhalb unserer Studie vorgefundene im Vergleich zur Beziehung zur Mutter auffallend schlechtere und negativere Beziehung zum Vater wird auch in der Literatur immer wieder aufgegriffen. Gemäß den Ergebnissen von z.B. R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) steht vor allem eine wenig verständnisvolle, negative Haltung des Vaters in deutlichem Bezug zum Drogenkonsum des Kindes und D. Ladewig (1996) sieht in der fehlenden elterlichen Kontrolle, besonders in der nicht vorhandenen Aufsichts- und Kontrollfunktion des Vaters, einen bedeutsamen Risikofaktor für Kontakte zu drogenkonsumierenden Peer-Groups.

31,5% der von uns befragten Opiatabhängigen geben eine maximale bis submaximale Belastung ihres Alltags innerhalb der letzten 30 Tage durch Familienprobleme an, aber nur 23,2% sehen eine extreme bis erhebliche Wichtigkeit für eine Familienberatung hinsichtlich dieser Probleme, 25,2% eine wenige bis mittlere Wichtigkeit und 51,6% gar keine. Im Schweregrad-Rating wird die Notwendigkeit einer Familienberatung generell höher eingeschätzt: 13,4% von uns Interviewern halten solch eine Beratung für überflüssig oder nicht notwendig, 20,3% sehen leichten, 31,7% mittleren und 24,1% beträchtlichen bzw. 10,4% erheblichen Bedarf.

H. Berger, K.H. Reuband und U. Widlitzek (1980) finden in ihrer Untersuchung eine mit zunehmendem Drogenkonsum korrelierend ansteigende Distanzierung von den Eltern. Dabei verschlechtert sich vor allem die Beziehung zum Vater, während die engere Hinwendung zur permissiveren Mutter bestehen bleibt.

S. Kindermann (1992) sieht in der notwendigen Loslösung vom Elternhaus und dem Aufbau neuer, distanzierter Beziehungsgeflechte zur Herkunftsfamilie eine wichtige Entwicklungsaufgabe, deren wenn auch verschleppte Bewältigung zum Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit beitragen kann.

Im Bezug auf aktuelle Schwierigkeiten und deren Niederschlag im ebenfalls erhöhten Drogenkonsum habe ich zumindest im Bereich der Schwierigkeiten mit dem Vater bedingt signifikante Zusammenhänge gefunden. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Schwierigkeiten im Umgang mit dem Vater dabei bedeutsamere Auswirkungen haben als evtl. Schwierigkeiten mit der Mutter oder den Geschwistern.

6.2.2 Aktuelle Partnerschaft, Kinder

Unter dem Unterpunkt der aktuellen Partnerschaften, zitiere ich S. Kindermann (1989), die darauf hinweist, dass die Opiatabhängigen die Entwicklungsaufgabe „Sexualität und Intimität entwickeln zu lernen“ auf Kosten anderer Anforderungsbereiche wie Schule oder Beruf eher zu früh in Angriff nehmen, also mit dem Bewältigungsprozess der Liebe und Sexualität zu zeitig beginnen, was sich, wie im Vorfeld näher ausgeführt auch in meinen Ergebnissen niederschlägt: 98,5% unserer Opiatabhängigen haben im Vergleich zu 79% der Shell-Studien-Teilnehmer generell zum Befragungszeitpunkt schon sexuelle Erfahrungen gemacht, davon sind 55% im Vergleich zu 15% erst 14 Jahre alt gewesen und 38,7% zu 48% 15 bis 17 – erst im Alter von 19 Jahren haben 85% der Shell-Studien-Teilnehmer im Vergleich zu 98,1% unserer Probanden eigene sexuelle Erfahrungen gemacht.

Drogenabhängige sind nach der Meinung von S. Kindermann (1989) dabei häufig unfähig, echte Zuwendung zu anderen Menschen zu entwickeln, weibliche Abhängige neigen eher dazu, zu viel zu lieben, während Männliche sich eher emotional zurückziehen oder verantwortungslos verhalten.

Zum Zeitpunkt des Erstinterviews sind 74,6% der Opiatabhängigen ledig bzw. 55,6% allein stehend, wobei nur etwa jeder 2. (48,1%) mit seiner jeweiligen Beziehungssituation zufrieden ist. Zu durchschnittlich 11,5% bzw. 19,9% leben unsere Probanden mit Personen mit eigenen Alkohol- bzw. Drogenproblemen zusammen und 16,3% unserer Opiatabhängigen sehen sich mit ihren Problemen alleine konfrontiert, da sie keine Person in ihrem Umfeld angeben können, auf die sie sich im Notfall verlassen

können. 84,6% unserer Probanden geben weiterhin an, zu ihren Partnern oder Lebensgefährten eine gute und langandauernde Beziehung zu haben bzw. gehabt zu haben, aber sie geben auch mit 32,1% erhebliche Schwierigkeiten an, mit ihnen auszukommen.

D. Ladewig und P. Graw (1985) finden in ihrer Studie ebenfalls eine Gruppe von 40% der von ihnen untersuchten Opiatabhängigen, die sich im Vergleich zu nur 7% der Nichtkonsumenten durch einen fehlenden festen Partner belastet fühlten, vergleichbare Ergebnisse finden sich bei D. Zimmer-Höfler und A. Uchtenhagen (1985).

Nach der Meinung von M. D. Stanton und D. C. Todd (1978) ist die evtl. vorhandene Beziehung zum Lebenspartner unbedeutsamer als die zur Herkunftsfamilie, da alle Beziehungen, die vom Abhängigen eingegangen werden, nur eine Wiederholung der Rollen und Interaktionsmuster innerhalb der Herkunftsfamilie darstellen. Ich habe die familiären Belastungsgruppen anhand der Schwierigkeiten im Umgang mit der Mutter, dem Vater und den eigenen Kindern verglichen und im Gegensatz zum Vergleich mit Schwierigkeiten im Umgang mit dem Partner signifikante Ergebnisse dahingegen erhalten, dass die Opiatabhängigen mit der schwersten familiären Vorbelastung auch vermehrt Schwierigkeiten im aktuellen Umgang mit Mutter, Vater oder den Kindern haben. Dies könnte ein Indiz für eine evtl. Übertragung der erlebten familiären Schwierigkeiten auf die aktuelle Beziehungssituation sein. M. Textor (1989) spricht ebenfalls der Herkunftsfamilie einen negativen Einfluss auf die Gründung eigener Beziehungen bzw. Familien der Opiatabhängigen zu, um den Erhalt des zur Aufrechterhaltung der Familienhomöostase benötigten Symptomkindes zu erreichen. Demgegenüber gestehen mehrere Autoren dem Aufbau einer stabilen und drogenfreien Partnerschaft eine immens unterstützende Rolle zur Überwindung der Abhängigkeit zu, wie auch die Ergebnisse unserer Studie nach 5 Jahren belegen. Durch Gegenüberschau der jeweiligen ASI-Scores der Ausgangserhebung und der Abschlussbefragung – s. Abschlußbericht, M. Krausz (2000) – hat sich die Situation der Untersuchungsteilnehmer mit Ausnahme des somatischen Zustandes verbessert:

- Der Konsum von illegalen Drogen wurde drastisch reduziert, oder aufgegeben
- Die Wohnsituation hat sich stabilisiert.
- Der Anteil der in einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit stehenden Probanden hat sich erhöht.
- Der Anteil an Opiatabhängigen mit einer festen Partnerschaft ist von 39% auf 52% angestiegen, dabei gelang es den weiblichen Studienteilnehmern häufiger einen stabilen Freundes- und Bekanntenkreis aufzubauen, als den Männlichen. Ebenfalls angestiegen ist die Anzahl der Klienten, die Kinder haben, jedoch leben auch am Ende der 5-Jahres-Studie nur 43% mit ihren Kindern zusammen (s. unten)
- Unsere Opiatabhängigen können insgesamt auf ein größeres und stabileres, soziales Netz zurückgreifen, trotzdem ist der Anteil an wirklich Integrierten immer noch sehr gering:

Stellt man die einzelnen Integrationskriterien in einem Gesamt-Index dar, so kann man auch am Ende der 5 Jahre nur bei 10% der Studienprobanden von einer vollständigen Integration sprechen, ca. 25% haben ein stabiles soziales Netz, das in Krisensituationen

Unterstützung bieten und evtl. Rückfälle in alte Konsumgewohnheiten verhindern könnte.

Der Anteil der Opiatabhängigen unserer Studie, die Kinder haben, beträgt in der Ausgangserhebung 27,3%, aber nur in 23,7% der Fälle wächst dieses Kind bzw. wachsen diese Kinder mit dem Klienten – allein erziehend oder gemeinsam mit einem Partner - auf. In der Literatur – skizziert unter 2.3.3 – werden evtl. vorhandene Kinder, so z.B. in der Arbeit von J. von Soer und I. Stratenwerth (1991), als Motivierung genannt, sich der Abhängigkeit entgegen zu stellen und den Drogenkonsum zu beenden, aber es gibt auch Autoren, die die Chancen für einen so herbeigeführten Wendepunkt nur als sehr gering einstufen (so z.B. I. Ahrenz-Greiving (1994)).

Laut R. Raben (1996) haben rund ein Viertel aller Heroinabhängigen in der BRD Kinder, das wären bei vorsichtig geschätzten 120.000 Abhängigen mind. 30.000 Kinder. Ähnliche Zahlenwerte bestätigen sich auch in unserer Studie (27,3%) bzw. in den Arbeiten von J. von Soer und I. Stratenwerth (1991), in den Ergebnissen der „Amsel-Studie“ oder in denen von A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985). In deren Vergleichsstudie haben die Vergleichsprobanden häufig mehrere Kinder, die sie als wichtigen Lebensinhalt empfinden, während die Abhängigen ihre Kinder eher als Belastung erleben. Darin sehen die Autoren einen Hinweis auf oft gescheiterte Zukunftsträume oder Partnerschaften.

In der „Amsel“-Studie wurden 6 Kriterien aufgestellt, anhand derer man mit 84,2% richtig vorhersagen konnte, ob ein drogenabhängiger Proband nach Abschluss der Studie ein Leben ohne Drogenabhängigkeit außerhalb von Hilfseinrichtungen führen würde. Neben der Vollständigkeit der Familie waren es Laufbahnmerkmale, wie qualitativ schlechtere Schulbildung bzw. Berufsausbildung, Anschlusschwierigkeiten an Gleichaltrige oder Schulden. All diese sind Teilaspekte der beruflichen und sozialen Integration, deren Erfolg – wie man auch anhand der oben aufgeführten positiven Ergebnisse unserer 5 Jahres-Studie ablesen kann – maßgeblich zum Drogenverzicht motiviert. „Somit heißt ein Schwerpunkt für jegliche Rehabilitation, die tragfähig sein soll, den Teufelskreislauf zu durchbrechen und den schrittweisen Aufbau einer beruflichen Eigenständigkeit und Identität einleiten.“ A. Uchtenhagen und D. Zimmer-Höfler (1985)

6.3 Zusammenhang - familiäre Situation und Drogenabhängigkeit

Wie in Kapitel 5.3 ausführlich beschrieben habe ich zunächst anhand eines selbst entwickelten Belastungsscores familiäre Belastungsuntergruppen gebildet und diese hinsichtlich der Ausprägung ihrer Drogenabhängigkeit verglichen.

In den familiären Belastungsindex gehen dabei Broken Home Erfahrungen, der Zeitpunkt des Erlebens eines evtl. Verlusterlebnisses, die emotionale Situation innerhalb der Herkunftsfamilie, evtl. Missbrauchserfahrungen und Abhängigkeiten weiterer Familienmitglieder ein. Anhand der Punktwerte konnte ich unsere Studienprobanden in drei Untergruppen – familiär leicht, mittel oder schwer vorbelastet – einteilen. Da der Belastungsindex von mir selbst entwickelt wurde, finde ich in der weitläufigen Literatur – s. Kapitel 2.2 ff – kein Korrelat, dessen Ergebnisse ich zu meinen in Bezug setzen kann, sondern kann nur an den passenden Stellen die Literatur zu den einzelnen Unterpunkten zum Vergleich heranziehen.

41,1% unserer Probanden sind demnach familiär leicht, 44,3% mittel und 14,6% schwer vorbelastet. Im direkten Geschlechtervergleich findet sich eine statistisch signifikante Überrepräsentation der weiblichen Studienprobanden innerhalb der mittel und vor allem innerhalb der familiär schwer vorbelasteten Untergruppe ($p=0,000$), was man, meiner Meinung nach, als einen Hinweis auf eine erhöhte Vulnerabilität der weiblichen Studienprobanden hinsichtlich familiärer Belastungen werten kann

Diese einzelnen Untergruppen habe ich nun hinsichtlich der Ausprägung ihrer Opiatabhängigkeit verglichen. Zunächst habe ich die Opiatabhängigkeit an sich betrachtet. Bezogen auf das Heroineinstiegsalter oder auf die Jahre des Gebrauchs lassen sich keine eindeutigen signifikanten Zusammenhänge zwischen der Schwere der Abhängigkeit und der Schwere der familiären Belastung nachweisen. So steigen zwar die familiär mittel belasteten Studienprobanden früher in den Heroinkonsum ein bzw. betreiben den Heroinkonsum über die Jahre gesehen länger als die leicht Belasteten, aber auch im Vergleich mit den schwer Belasteten beginnen sie früher mit dem Konsum bzw. betreiben ihn über längere Zeit. Nur im Bezug auf die täglich konsumierte Heroinmenge oder auf die Jahre des i.v.-Gebrauchs zeigt sich der (nicht signifikante) Zusammenhang – je größer die familiäre Vorbelastung, desto größer die verkonsumierte Tagesmenge bzw. desto länger die Jahre des i.v.- Gebrauchs.

Betrachtet man die familiären Belastungsuntergruppen mit den weiteren abgefragten Substanzgruppen hinsichtlich des Einstiegsalters oder der Jahre des Gebrauchs, so finden sich wiederum unterschiedliche Ergebnisse: Es gibt sowohl Stoffe, deren Konsumgewohnheiten die erwarteten Zusammenhänge zur Schwere der familiären Vorbelastung – z.T. auch durchaus statistisch signifikant – aufweisen als auch wenige, die diese nicht ableiten lassen. (s. Tab. 28 und 29, Kapitel 5.3)

In Bezug auf die emotionale Situation innerhalb der Herkunftsfamilie zeigte sich schon im Vorfeld, dass es nicht nur schwieriger ist, diesen Themenkomplex statistisch zu fassen, als im Bezug auf die Broken Home Thematik, sondern auch, dass die Ergebnisse allein für sich genommen nicht so aussagekräftig sind und sich z.B. keine extremen Unterschiede zu Vergleichsgruppen von Nichtkonsumenten zeigen.

Ist der Jugendliche zuerst Schwierigkeiten im Umgang mit Mitgliedern seiner Herkunftsfamilie oder aktuellen Familie ausgesetzt und tritt deswegen evtl. eher in den abhängigen Drogenkonsum ein bzw. verstärkt diesen oder werden die Familienmitglieder eher durch die Opiatabhängigkeit einer Belastungsprobe ausgesetzt und ergeben sich hieraus die Schwierigkeiten im Umgang miteinander? Die vermuteten Zusammenhänge zwischen der Drogenabhängigkeit des einen Familienmitgliedes und den Schwierigkeiten im Umgang und Auskommen mit den anderen könnten sich im Sinne eines Perpetuum mobile gegenseitig bedingen und letztendlich lässt sich die Frage, was nun zuerst da war, nicht beantworten, insbesondere dann nicht, wenn man die Frage nach generellen Schwierigkeiten im Umgang zum Vergleich mit der Ausprägung der Opiatabhängigkeit heranzieht. (s. 5.3.3)

Wenn man die aktuellen Schwierigkeiten innerhalb der letzten 30 Tage mit dem aktuellen Heroinkonsum innerhalb dieser 30 Tage in Bezug setzt (s. Tab. 41), ist nicht klar, ob aufgrund von Schwierigkeiten z.B. mit dem Vater, dem Partner oder den Kindern vermehrt Heroin konsumiert wurde, oder ob sich die vermehrten Schwierigkeiten erst aus dem Konsum an sich und der evtl. Unerwünschtheit dieses

Konsums ergaben, (abgesehen davon, dass die Ergebnisse nicht signifikant sind und im Bezug auf Schwierigkeiten mit der Mutter sogar gegensinnige Ergebnisse liefern, dahingegen, dass diejenigen Studienprobanden mit aktuellen Schwierigkeiten im Umgang mit der Mutter an weniger Tagen Heroin konsumiert haben, als diejenigen ohne aktuelle Schwierigkeiten (18,85 Tage zu 19,07)).

Auch wenn das Ergebnis aus Tabelle 32 – Zusammenhang zwischen dem Belastungsindex und dem allgemeinen Drogenscore - je größer die familiäre Vorbelastung, desto höher der Drogenscore Wert, (sprich desto schwerwiegender das Abhängigkeitsproblem) mit einem Cramers-V $p=0,06$ knapp an der Signifikanzgrenze von 0,05 gescheitert ist, möchte ich es wagen, meine Grundannahme, dass sich aus einer belasteten Familiensituation eine Neigung zur Entwicklung einer Drogenabhängigkeit oder eine in ihrer Gesamtheit verschärfende Wirkung auf eine schon bestehende Opiatabhängigkeit entwickeln kann, nicht zu verwerfen. Wie es sich bei diesem heterogenen Thema von vornherein abzeichnete, lassen sich zwar keine hieb- und stichfesten Beweise oder determinierenden Zusammenhänge, aber zumindest starke Hinweise finden. Die von mir untersuchte Gruppe der Opiatabhängigen hat signifikant häufiger mit Belastungen im Sinne lebensverändernder Ereignisse im Verlauf ihres Heranwachsens, die es trotzdem produktiv zu bewältigen gilt, zu kämpfen gehabt als ihre nicht abhängigen Vergleichsprobanden. Dazu bemerken M. Krausz, P. Degkwitz und U. Verthein (2000)

Die untersuchten psychosozialen Belastungen kumulieren im Verlauf der Pubertät, Schulschwierigkeiten und niedrige Abschlüsse spitzen das Problem für die später Opiatabhängigen zu. Insgesamt verdichtet sich in der Pubertät somit eine prekäre Situation, die in Interaktion mit einem die Probleme potenzierenden gesellschaftlichen Kontext den Hintergrund für die problematische Verfestigung von anfangs gelegentlichem und als erleichternd empfundenen Drogenkonsum bildet ...

Somit verstehen wir Opiatabhängigkeit als

Symptom lebensbiographischer und kontextueller Schwierigkeiten Jugendlicher und Erwachsener, einen subjektiv sinnvollen Platz in der Gesellschaft zu finden. ... Die Herausbildung der Abhängigkeit ist nicht als lineare Beziehung zwischen Belastung, Überforderung und Konsum als Entlastung zu verstehen. Sie ist mögliches Symptom missglückter Bewältigungsversuche dieser Konstellation.

Ich habe, um den Kreis zum eigentlichen Thema unserer Studie zur Komorbidität zu schließen, meine familiären Belastungsuntergruppen auch noch hinsichtlich ihres psychischen Status verglichen und bin zu dem Ergebnis gekommen, dass die familiär schwerer belasteten Studienprobanden auch einen statistisch hoch signifikant höheren Wert hinsichtlich ihres psychischen Status haben ($p=0,000$), woraus sich neue Fragen ergeben, inwieweit sich die familiäre Herkunft und Situation und evtl. psychische Auffälligkeiten gegenseitig bedingen und inwiefern die von mir vermuteten und beinahe ($p=0,06$) signifikanten Zusammenhänge zwischen der familiären Situation und der Drogenabhängigkeit – dargestellt mithilfe des allgemeinen Drogenscores - durch die psychischen Probleme beeinflusst/bedingt werden. Ich möchte hierzu nochmals auf den Schlussbericht unseres Projektleiters M. Krausz 2000 verweisen, der, auch wenn er selbst in vorangegangenen Untersuchungen eine stärkere psychosoziale Belastung der

Opiatabhängigen im Vergleich zu einer Gruppe normaler Altersgenossen gefunden hat (1998), aus den Daten der gesamten 5 Jahre schließt, dass

wenngleich es Tendenzen gibt, die darauf hindeuten, daß stärkere biographische Belastungen den Re-Integrationsprozeß ungünstig beeinflussen (..) im multivarianten Modell kein Zusammenhang zwischen Belastungsindex und sozialer Integration bzw. Konsumstatus erkennbar ist. Es bleibt wiederum der Zusammenhang von psychischer Symptomatik und sozialer Integration dominant: der zwischen psychischer Symptomatik und Konsumstatus hat sich verringert, wurde somit zum Teil vom Ausmaß biographischer Belastungen überlagert.

Dabei bezieht er sich allerdings nur auf den anhand der aus der Shell-Studie entlehnten Fragen erhobenen Belastungsindex, so dass mein familiärer Belastungsindex, der zumindest Hinweise auf sich gegenseitig bedingende Zusammenhänge ableiten lässt, weitläufiger gefasst ist.

7. Zusammenfassung

Wie im Vorfeld detailliert ausgeführt, wurden die 350 Studienprobanden anhand eines eigens entwickelten familiären Belastungsscores in familiäre Belastungsuntergruppen aufgeteilt. Demnach sind 41,1% der Studienprobanden leicht, 44,3% mittel und 14,6% schwer familiär vorbelastet. In der mittel und insbesondere in der schwer familiär vorbelasteten Untergruppe ergibt sich eine statistisch signifikante ($p=0,000$) Überrepräsentation der weiblichen Studienprobanden.

Anhand der Ergebnisse der Shell-Studie konnte ich die Studienprobanden in Teilbereichen mit einer „Normalpopulation nicht opiatabhängiger Drogenabhängiger“ vergleichen. In allen zur Verfügung stehenden Untergruppen des familiären Belastungsscores zeigt sich eine deutliche Mehrbelastung der opiatabhängigen Studienprobanden - z.B. Scheidung erlebt: 15% (bzw. 21%) zu 41%, Tod eines Elternteils erlitten: 11% zu 23%, „Adversity“-Belastungsscore 27% unserer Studienprobanden ohne belastende Erlebnisse zu 63% der Shell-Studien-Teilnehmer ... (s. Kapitel 5). Die von mir untersuchte Gruppe der Opiatabhängigen hat somit signifikant häufiger mit Belastungen im Sinne lebensverändernder Ereignisse im Verlauf ihres Heranwachsens, die es trotzdem produktiv zu bewältigen galt, zu kämpfen gehabt als ihre nicht abhängigen Vergleichsprobanden

In Tabelle 32 – Zusammenhang zwischen dem Belastungsindex und dem allgemeinen Drogenscore - zeigt sich, wenn auch mit $p=0,06$ knapp nicht signifikant, mein vermuteter Grundzusammenhang: je größer die familiäre Vorbelastung, desto höher der Drogenscore Wert, sprich, desto schwerwiegender das Abhängigkeitsproblem, so dass ich meine Hypothese, dass sich aus einer belasteten Familiensituation eine Neigung zur Entwicklung einer Drogenabhängigkeit oder eine in ihrer Gesamtheit verschärfende Wirkung auf eine schon bestehende Opiatabhängigkeit entwickeln kann, nicht muss, bestätigt sehe. Ergebnisse der Untersuchungen zu einzelnen Unterpunkten s. Kapitel 5 und 6.

Wie es sich bei diesem heterogenen Thema von vornherein abzeichnete, lassen sich keine Beweise oder determinierenden Zusammenhänge, aber zumindest starke Hinweise auf eine sich bedingende Beziehung finden.

Ich habe abschließend meine familiären Belastungsuntergruppen auch hinsichtlich ihres psychischen Status verglichen und bin zu dem Ergebnis gekommen, dass die familiär schwerer belasteten Studienprobanden auch einen statistisch hoch signifikant höheren Wert hinsichtlich ihres psychischen Status haben ($p=0,000$), woraus sich weiterführende Fragen ergeben – inwieweit sich die familiäre Herkunft und Situation und evtl. psychische Auffälligkeiten gegenseitig bedingen und inwiefern die von mir vermuteten und beinahe ($p=0,06$) signifikanten Zusammenhänge zwischen der familiären Situation und der Drogenabhängigkeit – dargestellt mithilfe des allgemeinen Drogenscores - durch die psychischen Probleme mit beeinflusst/bedingt werden.

Wie schon in der Einleitung formuliert, geht es mir in dieser Arbeit nicht darum, Schuldzuweisungen herzuleiten. All die dargestellten und gefundenen Zusammenhänge stellen keineswegs zwanghafte Abläufe dar. Mir geht es darum, Hinweise darauf zu finden und weiterzugeben, was wir in unserer Gesellschaft heute ändern können, um Drogenabhängigkeit bei Kindern oder Jugendlichen möglichst zu vermeiden oder zu verringern. Wichtig dafür ist neben den weiter oben aufgeführten familiären Umständen, den Kindern und Jugendlichen genügend Freiräume zum Ausprobieren des eigenen Selbst zu bieten und eine lebendige Phantasie als „Immunisierung“ gegen spätere Suchterkrankung zu fördern. Meiner Ansicht nach ist es auch in Zukunft, gerade im Hinblick auf präventive Ambitionen, notwendig, die Biographie Abhängiger auf übereinstimmende, eventuell abweichende Merkmale hin zu untersuchen. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf der Erforschung ihrer Auswirkungen liegen. Diese Eckdaten der familiären Situation sollten nicht nach Art eines sozialwissenschaftlichen Determinismus - negative, soziale Merkmale in der Kindheit sind gradlinig disponierend für eine spätere Abhängigkeit - sondern vor dem Hintergrund kultureller, zeitabhängiger und persönlicher Einflussfaktoren interpretiert werden.

7.1 Präventionsmöglichkeiten für Eltern und die Allgemeinheit

A. Uchtenhagen (1982) kommt zu dem Schluss: je zufriedenstellender die Beziehung bzw. das Familienklima ist, desto später bzw. geringer manifestiert sich die Neigung Jugendlicher, mit dem Drogenkonsum zu beginnen. Er charakterisiert das problemhafte Erziehungsmilieu innerhalb der Herkunftsfamilien wie folgt:

- ein Defizit an elterlicher Zuwendung und ein Übermaß an körperlicher Züchtigung
- Familienstrukturen, in denen die Kinder in verschiedenen Funktionen gleichwertig oder über den elterlichen Generationen rangieren – die Intergenerationsgrenzen sind besonders durchlässig bis hin zur Umkehr der Hierarchien
- gestörte Prozesse der klaren Entscheidungsfindung
- Vernachlässigung durch den Vater, er wird als abwesend erlebt
- eine Mutter, die als wenig aufrichtig, verlässlich oder hilfreich oder zu überprotektiv bzw. in einer symbiotischen Beziehung zu ihren Söhnen gefangen ist
- Geschwister, denen gegenüber sich spätere Drogenabhängige vor allem durch feindseeligere Beziehungen zum Vater und vermehrte Verhaltensstörungen vor Beginn des Drogenkonsums unterscheiden, so dass sie zum „Sündenbock“ gemacht werden

Wenn man diese Defizite umkehrt und noch einige Punkte, wie ein möglichst langes Aufwachsen in einer kongruenten, vollständigen Herkunftsfamilie (der Drogengebrauchsscore fällt im Bezug auf Jahre der Vollständigkeit der Familien – woraus man eine protektive Wirkung einer vollständigen Herkunftsfamilie auf eine sich später entwickelnde Drogenabhängigkeit vermuten kann), ein verständnisvoller Umgang mit evtl. eintretenden, belastenden Lebensereignissen, ein vernünftiger und kontrollierter Drogenkonsum der anderen Familienmitglieder im Sinne einer vernünftigen Vorbildfunktion und eine emotionale Familiensituation, in der sich jedes Mitglied aufgehoben fühlt, hinzufügt, könnte man eine Gegenliste von präventiven und protektiven Umständen innerhalb der Herkunftsfamilien später vielleicht nicht mehr drogenabhängiger Kinder zusammenstellen.

So wurde es z.B. treffend von R. Hornung, G. Schmidtchen und M. Scholl-Schaaf (1983) zusammengefasst:

Als prophylaktische Konsequenz aus dem bisher Gesagten läßt sich ableiten, daß familiäre Beziehungen, die durch Verständnis, Offenheit und Eigenverantwortlichkeit der Familienmitglieder gekennzeichnet sind, in denen das Kind und später der Jugendliche als Gesprächspartner akzeptiert wird, einen erhöhten Schutz vor einer ‚Drogenkarriere‘ darstellen dürften. Da eine solche Haltung für viele Eltern keineswegs selbstverständlich ist, kommt den Elternschulen und Elternselbsthilfegruppen eine wichtige präventive Bedeutung zu, soweit sie die soziale Kompetenz der Eltern erhöhen.

E. Schiffer (1993) vertritt die These, dass „Sucht in ihren verschiedensten Formen oft vermeidbar ist, wenn die Welt unserer Kinder vor Zerstörung bewahrt wird und unsere Kinder ihre schöpferischen Kräfte darin entfalten können.“ Da die innere Welt der Menschen nur noch leer ist, müssten „Suchtmittel herhalten, um diese innere Öde aufzubessern.“ In einer einbetonierten und asphaltierten Welt müssten unseren Kindern wieder Freiräume geschaffen werden und so früh wie möglich ausreichende Spiel- und Gestaltungsräume zur Verfügung gestellt werden, damit die Phantasie sich entfalten und zunehmen kann und lebendig eine „Immunisierung gegen spätere Suchtkrankheiten“ bieten kann. Dies sind Freiräume, in denen sie sich selbst begreifen, sie ihre eigenen Erfolgserlebnisse haben können, und die gerade in der heutigen Konsum- und Leistungsgesellschaft rarer denn je sind, so dass es für Eltern immer schwieriger wird, ihre „Kinder zu fördern, ohne deren Freiraum, in dem sie sich spielerisch entfalten können, fremd zu bestimmen.“ Daneben benötigen die Kinder klare Grenzen und Orientierungspunkte, an denen sie sich festhalten können.

Langzeitstudien aus den USA zeigen, dass Kinder, die seelisch gesund und zufrieden sind, ein kleineres Risiko haben, Abhängigkeiten zu entwickeln. Daraus lässt sich in Übereinstimmung mit E. Schiffer (1993) der Schluss ziehen, dass die beste Prävention in einer gesunden seelischen Entwicklung der Kinder besteht. Dazu benötigen sie

1. seelische Sicherheit, sie müssen sich der Liebe und Zuwendung ihrer Eltern und nahe stehender Erwachsener in jeder Situation sicher sein und sie körperlich spüren;
2. Anerkennung und Bestätigung; nicht nur ihre Leistungen, schon ihre Bemühungen sollten gelobt werden, damit sie nicht von Anfang an nur auf Leistung getrimmt werden - Kinder benötigen die Grunderfahrung, dass ihre Eltern und andere Erwachsene viel von ihnen halten und ihnen etwas zutrauen, sie ohne irgendwelche Vorbehalte anerkennen;

3. genügend Freiraum und Beständigkeit, durch die sie Erfolgserlebnisse und positive Orientierung erfahren, so dass Ersatzbefriedigungen - wie z.B. in Form von Drogen - überflüssig werden;
4. realistische Vorbilder - d.h., dass wir unseren Kindern gegenüber ehrlich sind und zu unserem eigenen Drogenkonsum, in welcher Form auch immer wir ihn praktizieren, stehen;
5. ausreichende Bewegung, viel Platz und Möglichkeiten zum Toben sowie gesunde Ernährung; Kinder müssen die Erfahrung machen, dass körperliches Wohlfühl und seelische Zufriedenheit miteinander zusammenhängen;
6. Freunde und eine verständnisvolle Umwelt - die gerade in der heutigen Zeit, in denen die Kinder immer häufiger in Tagesstätten groß werden, immer mehr an Bedeutung gewinnen - das Verständnis, die Geduld, die Lernbereitschaft und die Toleranz jedes einzelnen von uns entscheiden mit darüber, in welchem emotionalen Klima unsere Kinder aufwachsen;
7. Träume und Lebensziele; der langfristig beste Schutz gegen Abhängigkeiten sind seelisch ausgeglichene selbstbewusste und ich-starke Kinder, die sich zu selbständigen, realitätstüchtigen und kritikfähigen Jugendlichen und Erwachsenen entwickeln.

Hinzuzufügen bleibt noch die Bedeutung von ausreichender Aufklärung und weitreichenden Informationen zum Thema Drogen, die in Lebenskonzepte eingebunden sein sollten, die uns Menschen Wege zeigen, ohne Drogenmissbrauch zufrieden und glücklich leben zu können.

E. D. Lippmann (1990) formuliert ebenfalls Vorschläge zur Suchtprävention innerhalb der Familie, die größtenteils auf die Vermittlung verschiedener Fähigkeiten hinarbeiten, die eine möglichst standhafte „Suchtrestistenz“ in der Ablösungsphase der Adoleszenz erreichen sollen:

- a) dem physischen Potential, das sich durch körperliche Gesundheit und einer positiven Einstellung zum eigenen Körper entwickelt,
- b) dem Gefühlspotential, das durch die Fähigkeit entsteht, unangenehme Gefühle zulassen und mit ihnen umgehen zu können sowie positive Gefühle erleben und verstärken zu können,
- c) soziales Potential, das sich darin darstellt, mit anderen Menschen in befriedigende und sinnvolle Beziehungen treten zu können,
- d) geistiges Potential, das durch eine realistische Selbsteinschätzung und realistische Wirklichkeitsauffassung entsteht,
- e) spirituelles Potential, in das die Vermittlung von Werten und eine positive Sinnfindung des Lebens einfließen, und letztendlich
- f) das Willenspotential, welches die Fähigkeit beinhaltet, sich eigene Ziele zu setzen, diese zu verfolgen, dafür notwendige Entscheidungen zu treffen, Risiken einzugehen und für sein Handeln Verantwortung zu übernehmen.

Das Ziel dieser Dissertation liegt dabei, wie schon in der Einleitung ausführlich geschildert, nicht darin, eine abstinenten Gesellschaft zu schaffen, sondern in der Umwandlung eines abhängigen Konsums in einen akzeptierten, *nicht abhängigen Konsum*, vgl. M. Krausz (2000), „der den kontrollierten (und gesellschaftlich integrierten) Gebrauch von Drogen und Alkohol umfasst und der gemeinsame *Nenner* der Ziele der Suchttherapie ist. Zum Ende unserer 5-Jahres Studie haben wir dazu einen sog.

Konsumstatus-Index erhoben, der versucht, den Anteil an stark/regelmäßigen und gelegentlich/kontrolliert oder gar nicht Konsumierenden abzubilden. Als nicht abhängig und somit gelegentlicher Konsument gilt demnach derjenige Studienproband,

der aktuell nicht mehr als 5mal/Woche Alkohol trinkt, nicht öfter als 5mal/Monat betrunken ist, nicht häufiger als 2mal/Woche Cannabis raucht, nur 1mal/Woche Medikamente wie Benzodiazepine oder Barbiturate nimmt und höchstens 2mal im Monat Heroin, Kokain, andere Opiate, Amphetamine, Halluzinogene, Schnüffelstoffe oder andere Substanzen gebraucht. Sollten mehrere dieser Substanzen (in dieser geringen Häufigkeit) konsumiert werden, z.B. wöchentlich Cannabis, mehrmals wöchentlich Alkohol, mal Heroin, mal Kokain, dürfen 7 Konsumeinheiten pro Woche nicht überschritten werden, um die Bezeichnung gelegentlicher/kontrollierter Konsum zu rechtfertigen.

Auf der oben zitierten Grundlage gehören zum Ende unserer 5-Jahres-Studie noch 55% der Studienteilnehmer zu den stärkeren Drogen- und Alkoholkonsumenten (im Rahmen der Ersterhebung waren es 94%), der Anteil der abstinent lebenden Probanden hat sich von 2% auf 11% erhöht und der gelegentliche/kontrollierte Konsum wird von nunmehr 34% im Vergleich zu 4% vor 5 Jahren betrieben.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Drogenabhängigkeitsszene im Allgemeinen und die Opiatabhängigkeitsszene im Speziellen in Zukunft entwickeln, es steht aber außer Frage, dass wir noch lange Probleme auf diesem Gebiet zu lösen haben werden. Wir als Gesellschaft sollten unser Möglichstes tun, einen Weg des vernünftigen Umgangs mit Drogen und Drogenabhängigen zu finden und die Politik darin unterstützen bzw. auffordern, neue Wege, z.B. Projektmodelle wie eine kontrollierte Opiatabgabe voranzutreiben oder zu entwickeln bzw. in das alltägliche Leben zu integrieren. Außerdem sollten wir uns unserer gesellschaftlichen Verantwortung gegenüber uns selbst und den kommenden Generationen bewusst werden und die Familien darin unterstützen, möglichst abhängigkeitspräventive Lebensumstände für unsere Kinder und Kindeskiner zu schaffen. Drogenprävention sollte ursachenorientiert ausgerichtet sein und von einem positiven, ganzheitlichen Ansatz ausgehen. Abschreckung, Aufklärung und Informationen aus dem Fach „Drogenkunde“ sind keine geeigneten Mittel einer effektiven Vorbeugung.

Dr. E.H. Suppe (1994) dagegen hat das Prinzip des „Innenweltschutzes“ definiert. Er geht davon aus, dass jede spezifische Prävention z.B. gegen die Entwicklung von Abhängigkeiten, Kriminalität oder Ausländerhass, weder möglich noch sinnvoll ist und man stattdessen alle Kräfte der Vorbeugung bündeln soll:

Eine ganzheitliche Gesundheitsförderung und Prävention, die ursachenorientiert, gesamtgesellschaftlich und positiv vorgeht und konsequent und kontinuierlich umgesetzt wird, stärkt das Selbstbewusstsein, die Immunkräfte und die Kompetenzen für eine sinnvolle Lebensgestaltung sowohl von Kindern und Jugendlichen als auch von Eltern, Erziehern und Lehrern. Sie befähigen dazu, in Problem- und Konfliktsituationen das richtige Nein oder Ja zu sagen und diese Entscheidung durchzusetzen. Ein Innenweltschutz, dem auch politisch derselbe Stellenwert beizumessen ist wie dem Umweltschutz, d.h. die Schaffung einer vernetzten Infrastruktur mit guter personeller und materieller Ausstattung, trägt im Sinne der GHO zu Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden der Bürger bei und vermindert gleichzeitig jegliches Abrutschen und die belastenden Negativfolgen.

Seiner Meinung nach sollte die Drogenprävention in eine ganzheitliche Gesundheits-erziehung eingebettet sein, deren pädagogische Bemühungen auch anderen Formen abweichenden Verhaltens, wie Verwahrlosung, Suizidgefährdung und Kriminalität entgegenwirken. Somit ist die Gesellschaft gefordert, „gute Gründe zu schaffen, reizvolle Äquivalente zu bieten, dass keine Drogen genommen, keine Suchtmittel missbraucht werden.“ E.H. Suppe (1990) „Nur klare und eindeutige Positionen helfen weiter. D.h. kein „Laissez faire“, kein „Recht auf Rausch“, keine Salami-Taktik in Richtung auf Freigabe, sondern ein konsequentes NEIN zu Drogen und Gewalt! E. H. Suppe (1994)

Vor dem Hintergrund der problematischen Situation auf dem illegalen Drogenmarkt und den Lebensumständen der Drogenabhängigen, wird der Ruf nach einem Wechsel der Drogenpolitik, weg von Abschreckung hin zu Unterstützung und Legalisierung lauter. Laut L. Böllinger, H. Stöver und L. Fietzeck (1995) wird die traditionelle Drogenhilfe institutionalisiert, bürokratisiert und ist somit zum Scheitern verurteilt, „wenn nicht zugleich gesetzgeberische Maßnahmen in Richtung Legalisierung erfolgen.“ Grundsätzlich kann eine sinnvolle Suchtarbeit nur unter den Voraussetzungen der Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten und des legalen Zugangs zu Drogen stattfinden.

Unter dem Stichwort „Recht auf Sucht“ sehen verschiedene Autoren wie L. Böllinger (1992) in den Mitteln der aktuellen Drogenpolitik und insbesondere in den Auswirkungen des Betäubungsmittelstrafrechts nicht legitimierbare Grundrechtsverstöße: Seiner Meinung nach hat eine Gesellschaft die Anerkennung alternativer Genussformen, Subkulturen und Lebensstile ebenso zu gewährleisten wie die Sphäre privater Lebensgestaltung. Er fordert: „Sozialpolitik im Allgemeinen und Drogenpolitik im Besonderen müsste grundsätzlich anders an die Probleme herangehen: Es müsste eine differenzierte Realanalyse vorgenommen werden, die ergeben würde, dass es sich - gerade bei der Definition der Abhängigkeit als „Suchtkrankheit“ - um ein äußerst komplexes, vielschichtiges Phänomen mit den unterschiedlichsten Verläufen und Bedingungskonstellationen handelt.“

Im Frühjahr 1992 haben unabhängig voneinander die Stadt Frankfurt a. M und das Bundesland Hamburg Gesetzesinitiativen gestartet, um das aktuelle Hilfsangebot für Heroinabhängige um die kontrollierte Verschreibung von Opiaten durch eine Änderung bzw. Ergänzung des geltenden BtmG zu erweitern. Zur Zielgruppe dieser Pilotprojekte gehören z.B. Drogenabhängige mit Verelendungstendenzen, Schwerstabhängige, Therapieverweigerer, AIDS-Kranke, Schwangere und sich prostituierende Abhängige. Der vom Antragsteller formulierte „beabsichtigte Zweck“ liegt schwerpunktmäßig in der Stabilisierung des körperlich, psychisch und auch sozial desolaten Zustandes dieser Gruppe, an der Reduktion konsumbedingter krimineller Aktivitäten, in der mittel- und langfristigen Rückführung von Schwerstdrogenabhängigen zu einer drogenfreien Lebensweise und in der Hilfestellung zur Risikoreduktion hinsichtlich des Drogenkonsums. Außerdem sollen zusätzlich Forschungsdefizite hinsichtlich der Pharmakologie von Opiaten durch wissenschaftliche Begleitforschung aufgeholt werden. Der Antrag der Stadt Frankfurt wurde vom Bundesgesundheitsamt mit dem Bescheid vom 14.1.1994 abgelehnt. Der Antrag der Stadt Hamburg wurde vom Bundesrat diskutiert und im Frühjahr 1993 in den Bundestag weitergeleitet. Die Bundesregierung hat daraufhin im Herbst 1993 eine Legalisierung der ärztlichen

Heroinbehandlung als nicht erforderlich, nicht erfolgsversprechend und ethisch nicht verantwortbar abgelehnt, in der zweiten Lesung des Bundestages wurde der Gesetzesänderungsantrag abgelehnt.

C. Bauer (1992) schreibt: „Zur Zeit haben wir hinsichtlich der Droge Heroin das denkbar schlechteste, gefährlichste und ungerechteste Kontrollsystem, und jede auch noch so begrenzte Freigabe ist ein Schritt in die richtige Richtung.“ Durch geltendes Recht und die strafrechtliche Bekämpfung des Drogenmarktes wurde die Entstehung der illegalen Drogenszene erst ermöglicht, staatliche Verbote können den Drogenkonsum niemals unterbinden. K.H. Hartwig und I. Pies (1995) wollen eine kontrollierte Teilliberalisierung. Sie meinen, niemand würde seine Drogen weiterhin illegal erwerben, wenn ein staatliches Vergabesystem existieren würde, das - unter Konsumkontrolle - die Preise des Schwarzmarktes unterbietet und eine verlässliche Qualitätskontrolle bieten würde.

Des Weiteren fordern medizinische Modelle die Möglichkeit, Heroin auf Krankenschein verschreiben zu können, um so die Krankheit Drogenabhängigkeit zu behandeln. Diese Therapiemöglichkeit beschränkt sich allerdings auf langjährig Schwerstabhängige, die in mehreren Entwöhnungsversuchen gescheitert sind. Manche Ärzte fordern gar die Erweiterung dieses Konzeptes hin zu einer diversifizierten Opiatabgabe, um den eventuellen Beikonsum von z.B. Methadon oder Morphin mittherapieren zu können. Die Prämisse einer Heroin- oder auch diversifizierten Opiatabgabe durch den Arzt liegt in der Übereinkunft; „Sucht als ein physisches und psychisches Verlangen nach einer bestimmten Substanz zu begreifen, ... als Ausdruck eines Mangels an körpereigenen Endorphinen, der zu diagnostizieren und durch regelmäßige Opiatabgabe auszugleichen wäre.“ C. Bauer (1992) Damit wäre der Opiatabhängige dem medikamentengestützten „Normalpatienten“, wie z.B. dem Diabetiker, gleichgestellt und Therapieansätze des reduzierten, kontrollierten oder aufgebenden Drogenkonsums wäre ad absurdum gestellt.

Die nächste Gruppe scharrt sich um das Konzept des staatlich regulierten Verkaufs von Heroin, das eine weiterreichende Kontrolle als die gänzliche Freigabe bieten soll. Sie sehen in der reglementierten Verfügbarkeit des Heroins die Chance, ein Marktsystem initiieren zu können, das den illegalen Markt ökonomisch und qualitativ unterläuft und andererseits die Risiken des Heroinkonsums in einem akzeptablen Maße hält. Dabei soll sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite durch Instrumentarien interveniert werden, so wird z.B. über eine „Ausgabelizenz“ sowie über Einschränkungen der Verfügbarkeit, wie Restriktionen im Hinblick auf Ort und Zeit des Verkaufs, Verbot des Konsums in der Öffentlichkeit, Ergänzung in den Versicherungen und hohe Strafen für das Autofahren unter Drogeneinfluss, auf der Angebotsseite und eine Art Konsum(enten)-lizenz oder den erfolgreichen Abschluss einer „Drogenschule“ diskutiert.

Sweet, Fiedlan, Scheerer, Schmidt-Semisch oder Grinspoon sind Befürworter der radikalsten Änderung dahingegen, Heroin aufgrund seiner Kommensurabilität mit Alkohol oder Nikotin unter besonderen Formen des Jugend- und Gesundheitsschutzes freiverkäuflich anzubieten. Produktion und Vertrieb des freiverkäuflichen Heroins wären demnach lediglich an die Auflagen des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes

gebunden. Zur Rücklagenbildung würden auf die Droge Steuern erhoben, die u.a. in eine Drogenerziehung im Sinne einer sachlichen Aufklärung investiert würden.

Internationale Vergleiche zeigen die Vorteile eines legaleren Umgangs mit Heroin:

In England war es lange Zeit jedem ordentlich ausgebildeten Arzt möglich, nach freiem Gutdünken zu praktizieren und beispielsweise auch Heroin zu verschreiben. Durch das Gesetz von 1971 über den Drogenmissbrauch, welches das Gesetz von 1920 über gefährliche Drogen ersetzt, konnte sich eine Drogenabgabe an Abhängige über psychiatrische Kliniken und spezielle Ärzte für Allgemeinmedizin etablieren. Die psychiatrischen Kliniken müssen dabei unter der Leitung von lizenzierten Psychiatern stehen, welche rechtmäßig ihren eigenen Grundsätzen folgen dürfen, und die erwähnten Ärzte für Allgemeinmedizin müssen sich auf dem Gebiet der unter Kontrolle stehenden Psychopharmaka ein Fachwissen angeeignet haben. Diese besondere Lizenzierung der Drogenverschreibung gilt nur für die Verwendung der Drogen als Genussmittel, also z.B. für Abhängige. Die medizinische Verwendung von Opiaten, Haschisch- und Coca-Derivaten, beispielsweise die Applikation von Heroin bei Herzinfarkten steht weiterhin jedem offen. In Studien (z.B. von Metrebian u.a. (1996)) zeigt sich im Vergleich der verschiedenen Handhabungsweisen der Heroin-, Methadon- oder Drogenverschreibung eine Reduzierung der Gesamtsüchtigenzahlen in Bezirken, in denen die Drogen auf Wunsch, kontrolliert über lizenzierte Mediziner verschrieben werden. Zusätzlich verringern sich auch die kriminellen Aktivitäten der Drogenklienten und es kommt zu besseren Gesundheitszuständen und besserer sozialer Integration.

Ständig steigende Infektionsquoten unter den Betäubungsmittelabhängigen, vor allem mit HIV und HCV, und Vorbilder wie die Praxis der individuell indizierten Verschreibung von Betäubungsmitteln in England sowie ein auf drei Jahre begrenztes Amsterdamer Projekt zur Verschreibung injizierbaren Morphins an „schwer integrierbare und mit anderen Mitteln nicht behandelbare Heroinabhängige“ A. Uchtenhagen, F. Gutzwiller (1995) veranlassten die Subkommission für Drogenfragen der Schweiz ihre bislang auf Abstinenz fixierte Drogenpolitik zu überdenken. So wurde „aufgrund der ergänzungsbedürftigen wissenschaftlichen Auswertung der bisherigen - vor allem englischen - Versuche und aufgrund positiver Ansätze, die die Hoffnung nährten, mit einer diversifizierten Verschreibungspraxis eine zusätzliche Gruppe von Heroinabhängigen, die für die Behandlung nicht oder nicht mehr gewonnen werden können, in ein Behandlungsarrangement einzubinden,“ A. Uchtenhagen, F. Gutzwiller (1995) 1992 in der Schweiz das Modellprojekt PROVD (PROjekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln) zur staatlichen Abgabe von Heroin mit folgendem Resultat ins Leben gerufen:

Die heroingestützte Behandlung ist für die ins Auge gefasste Zielgruppe (Mindestalter 20 Jahre, mindestens seit zwei Jahren heroinabhängig, mehrere gescheiterte Behandlungsversuche und gesundheitliche und/oder soziale Folgeschäden der Opiatabhängigkeit) empfehlenswert und durchführbar. Auf Grund der überdurchschnittlich guten Haltequote lassen sich im gesundheitlichen Bereich sowie bei der Lebensgestaltung signifikante Fortschritte erzielen, die teilweise auch über den Behandlungsausklang hinaus fortauern. Bemerkenswert ist die unverkennbare Abnahme der Delinquenz. So kann im Interesse der Gesellschaft die Übertragung lebensgefährlicher Infektionskrankheiten sowie die Drogenkriminalität wirkungsvoll bekämpft werden. Der volkswirtschaftliche Nutzen solch einer heroingestützten

Behandlung ist beträchtlich, insbesondere dank der Herabsetzung der Kosten der Strafverfolgung, des Strafvollzugs sowie der Krankheitsbehandlung. Somit lässt sich die heroingestützte Behandlung im Rahmen der für den Versuch geltenden Indikationsstellung und Rahmenbedingungen empfehlen.

1998 wurde im Rahmen dieses Schweizer Projektes eine randomisierte Studie durchgeführt, die Patienten mit einer erhaltenen „Heroinbehandlung“ mit opiatabhängigen Teilnehmern anderer Therapieformen vergleicht. Nach einer Auswertung ist dargelegt worden, dass eine kontrollierte Verschreibung von Heroin an Drogenabhängige machbar ist und sich damit Verbesserungen der Gesundheit, der sozialen Integration und ein Rückgang des Drogenkonsums erreichen lassen, aber es wurden auch Kritikpunkte bezüglich einer unzulänglich erwiesenen Ursächlichkeit des Therapieerfolges durch die Verschreibung des Heroins als Medikament als alleinige Maßnahme und hinsichtlich des Fehlens einer repräsentativen Kontrollgruppe laut. In einem Pilotprojekt der Niederlande aus dem Jahr 1998 und insbesondere in einer deutschen Modellstudie von 1999/2000 wurden diese Kritikpunkte berücksichtigt. Die genauen Ergebnisse sowie weitere geplante Studien im internationalen Raum (Australien, Kanada, Belgien, Großbritannien oder Spanien) stehen zur Zeit noch aus, aber es ist jetzt schon deutlich geworden, dass die Frage der Integration von medizinisch indizierter Heroinvergabe die weitere Entwicklung in der Suchtforschung sehr beeinflussen wird.

Aktuelle Entwicklungen und Ausführungen finden sich u.a. unter www.heroinstudie.de.

8.Literaturverzeichnis

- Allert-Wybranietz K** et al. (1980) Heroin - Die süchtige Gesellschaft, Fellbach, Lucy Körner Verlag
- Amendt G** (1992) Die Droge Der Staat Der Tod, Hamburg, Rasch und Röhrling
- Amendt G** (2004) No Drugs – No Future, Zweitausendundeins
- Arenz-Greiving I** (1993) Vorwort zu Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS (Hrsg.) (1993) Sucht und Familie, Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 35, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Arenz-Greiving I** (1994) Suchtkranke Mütter und ihre Kinder, in I. Arenz-Greiving, H. Dilger (Hrsg.) (1994) Elternsüchte - Kindernöte, S. 15-49, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Barsch G** (1991) Was Schüler im Ostteil der Stadt Berlin über Drogen wissen und denken - Forderungen und Konsequenzen für die Suchtprävention, in Offensive Sucht Prophylaxe, Dokumentation der Fachtagung der Senatsverwaltung für Jugend und Familie in Berlin, 1991. S.63-74
- Bauer C** (1992) Heroinfreigabe, Reinbeck bei Hamburg, Rowolt-Verlag
- Behrendt K, Degkwitz P** (1994) Problempatienten im Drogenentzug aus E. Trüg (Hrsg.) (1994) Schnittstelle Drogenentzug, S. 214-228
- Berger H, Reuband CH, Widlitzek U** (1980) Wege in die Heroinabhängigkeit: Zur Entwicklung abweichender Karrieren, München, Juventa-Verlag
- Böllinger L** (1992) in Neumeyer/Schaich-Walch (Hrsg.) (1992) Verfassungsrechtliche und kriminalpolitische Aspekte eines Ausstieges aus der repressiven Drogenpolitik, Marburg, S. 147-168
- Böllinger L, Stöver H, Fietzek L** (1995) Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik, 4. Auflage, Frankfurt a.M., Fachhochschulverlag
- Bösch H, Bickel P, Uchtenhagen A** (1979) Familiäre Verhältnisse von Drogenabhängigen und ihre Beziehung zur aktuellen Situation, Sozial Psychiatrie 41-47, Springer Verlag
- Brakhoff J** (1987) Kinder von Suchtkranken Situation, Prävention, Beratung und Therapie, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Braun G** (1992) Ich sag' NEIN, Arbeitsmaterialien gegen den sexuellen Missbrauch an Jungen und Mädchen, Mülheim an der Ruhr, Verlag an der Ruhr
- Bundesministerium für Gesundheit** (1999) Drogen- und Suchtbericht 1998 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Christa Nickels
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung** (1994) Die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland - Ergebnisse einer Trendanalyse 1973, 1976, 1979, 1986, 1990, 1993/1994, Institut für Jugendforschung, München
- Cermak TL** (1986) Diagnosing and treating co-dependence, Johnson Institute Books, Minneapolis
- Cierpka M** (1988) Familiendiagnostik, Berlin, Springer-Verlag
- Cording C, Fleischmann H, Klein HE** (Hrsg.) (1995) Qualitätssicherung in der Suchttherapie Die Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen im psychiatrischen Krankenhaus, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Degkwitz P et al.** (1994) Niedrigschwelliger Drogenentzug - Weichenstellung zur Schadensbegrenzung in M. Nowak et al. (Hrsg.) (1994) Drogensucht, Stuttgart, Schattauer, S.167-178
- Degkwitz P et al.** (1996) Drogenabhängigkeit - eine Übersicht zu aktuellen Modellvorstellungen
- Degkwitz P, Krausz M** (1996) Langzeitperspektiven und verlaufsbeeinflussende Faktoren süchtigen Verhaltens in C. Haasen (Hrsg.), M. Krausz (1996) Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- DHS** (1993) Sucht und Familie, Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 35, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- DHS** (1995) Drogenabhängigkeit - Eine Information für Ärzte, Hamm, Aschenbach-Druck
- DHS** (1996) Jahrbuch Sucht `97, Geesthacht, Neuland
- Dörner K, Plog U** (1994) Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie, Bonn
- Dreher E, Dreher M** (1985) Wahrnehmung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, in R. Oerter (Hrsg.) (1985) Lebensbewältigung im Jugendalter, Weinheim S. 30-61
- Duss-von Werdt J** (1989) Sucht, Süchte, Sehnsüchte, Familiendynamik Jg. 14, 65-72
- Ebberts F** (1989) Die „delinquente“ Familie und ihre Behandlung, Philosophische Dissertation, Universität Osnabrück, Standort Vechta
- Engel U, Hurrelmann K** (1989) Psychosoziale Belastung im Jugendalter, Berlin, deGruyter
- Fülgraff/D. Palm (1995) Pharmakotherapie Klinische Pharmakologie, Stuttgart, Gustav Fischer

- Feuerlein W** (1974) Sucht und Abhängigkeit, Geesthacht, Neuland
- Gartner E, Holzbauer S** (1994) Ich hab's nur noch mit Gift geschafft... - Frauen und illegale Drogen, Pfaffenweilert, Centaurus-Verlagsgesellschaft
- Goleman D** (1997) Emotionale Intelligenz, München, dtv
- Gözl J** (1995) Der drogenabhängige Patient, München, Urban und Schwarzenberg
- Grimm G** (1985) Die Lösung des Drogenproblems, Flinkbek, Wolf Pflesser Verlag
- Haefs H** (1989) Handbuch des nutzlosen Wissens, München
- Halbach H** (1975) Terminologie, in W. Steinbrecher, H. Solms (Hrsg.) Sucht und Mißbrauch, Stuttgart
- Hanel E** (1989) Drogenabhängigkeit und Therapieverlauf bei Frauen in stationärer Entwöhnungsbehandlung; in W. Feuerlein (Hrsg.) (1989) Therapieverläufe bei Drogenabhängigen, Berlin, S. 148-169
- Happel HV** (1988) Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit, in Suchtgefahren 34, 1988, S. 491-496
- Haptwig KH, Pies I** (1995) Rationale Drogenpolitik in der Demokratie, wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroinvergabe, Tübingen, Mohr Verlag
- Havighurst RJ** (1972) Development tasks and education, New York
- Heckmann W** (1982) Praxis der Drogentherapie: von der Selbsthilfe zum Verbundsystem, Weinheim, Beltz
- Hedrich D** (1989) Drogenabhängige Frauen und Männer in W. Kindermann et al. (1989) Drogenabhängig. S.193-234
- Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer HC** (Hrsg.) (1985) Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität, Göttingen, Vandenhoeck&Ruprecht
- Hell D et al.** (1976) Persönliche Motivation, Milieufaktoren und Ausmaß des Drogenkonsums bei Jugendlichen, Nervenarzt 47, 402-406
- Herwig-Lempp J** (1993) Drogenabhängigkeit als Erklärungsprinzip - Drogenkonsumenten als Subjekte, Philosophische Dissertation, Universität Bremen
- Hille J** (1994) Jugend und Sucht, in M. Nowak et al. (Hrsg.) (1994) Drogensucht, Stuttgart, Schattauer, S. 43-53
- Hornung R, Schmidtchen G, Scholl-Schaaf M** (1983) Drogen in Zürich, Bern, Huber
- Janssen H** (Hrsg.) (1991) Suchtprävention, Hamm: Hoheneck
- Janssen I, Kochanowski-Wilmink J** (1995) Praxis der Familientherapie im Rahmen stationärer Drogenentwöhnungsbehandlung, in Sucht2/1995 S. 131-140
- Jugendwerk der Deutschen Shell (1992) Jugend '92 Band 1-4
- Kemp W et al.** (Hrsg.) (1978) Sucht als Symptom, Stuttgart, Thieme-Verlag
- Keup et al. W** (Hrsg.) (1981) Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe, 4. Wissenschaftliches Symposium der DHS in Tutzing, Stuttgart, Thieme
- Kindermann S** (1989) Risse im sozialen Netz: Wege zum Drogengebrauch in W. Kindermann et al. (1989) Drogenabhängig, S. 29-102.
- Kindermann S** (1992) Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Drogengebrauch, in R. Sickinger (1992) Wege aus der Drogenabhängigkeit, S.103-148
- Kindermann W et al.** (1989) Drogenabhängig - Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Kisker KP et al.** (Hrsg.) (1987) Psychiatrie der Gegenwart, Band 3, Abhängigkeit und Sucht, Springer, Berlin
- Klein M** (1996) Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit - Kinder und Erwachsene aus suchtbelasteten Familien, in psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin, 1986, 8, S. 154-158
- Klein M** (1996) Prävention suchtbedingter Gewalttaten am Beispiel von Kindern aus suchtbelasteten Familien, vom Hartmann-bund-Symposium am 29.06.1996 in Bonn: Wehret den Anfängen - Suchtprävention im Kindes und Jugendalter
- Klein M** (1997) Kinder aus alkoholbelasteten Familien, in Kindheit und Entwicklung, Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie 1997, Band 6, Heft 3, S.133-140
- Korczak D** (Hrsg.) (1986) Die betäubte Gesellschaft, Frankfurt am Main, Fischer
- Krausz M et al.** (1993) Zur Beziehungssituation von Heroinabhängigen in DHS (1993)
- Krausz M, Haasen C** (Hrsg.) (1996) Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Krausz M, Verthein U, Degkwitz P** (2000) Schlussbericht – Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen – Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung

- Krausz M, Degkwitz P und Vertheim U** (2000) Lebensereignisse und psychosoziale Belastungen bis zur Pubertät, Entwicklungsbedingungen Opiatabhängiger und ihrer normalen Altersgenossen
- Krystal A, Raskin H A** (1983) Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion, Göttingen
- Ladewig D, Graw P** (1985) Entwicklungschancen Jugendlicher, Weinheil und Basal, Beltz-Verlag
- Ladewig D** (1996) Sucht und Suchtkrankheiten Ursachen Symptome Therapien, München, Beck
- Landeskriminalamt Niedersachsen** (1997) Bericht über den Umfang und die Entwicklung der Jugendkriminalität und Jugendgefährdung im Land Niedersachsen
- Landesstelle Berlin gegen die Suchtgefahren e.V.** (1995) Kind Sucht Familie, Tagungsbericht des Suchtforums
- Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen** (1997/98) Alles total geheim - Kinder aus Familien mit Suchtproblemen - Materialien zur Suchtprävention
- Larsen R** (1998) Anästhesie, Urban&Schwarzenberg
- Lavik NJ** (1977) Urban-Rural Differences in Rates of Disorder, in P.J. Graham (Hrsg.) Epidemiological Approaches in Child Psychiatry, Academic Press, London
- Lind-Krämer R, Timper-Nittel A** (1992) in R. Sickinger et al. (1992) Wege aus der Drogenabhängigkeit, S. 227-260
- Lippmann ED** (1990) Drogenabhängigkeit, Familientherapie und Prävention, Berlin, Springer-Verlag
- Lowes P** (1966) The Genesis of International Narcotic Control, Genf
- Madanes C, Dukes J, Harbin H** (1981) Familiäre Bindungen von Drogenabhängigen, Baltimore, MD. , in Familiendynamik, 6' 81, S. 24-43
- Mayer R** (1984) Lebenslaufanalysen bei Drogenabhängigen: Eine Vergleichsstudie, Suchtgefahren 30, S. 212-220
- Mebes M** (1990) Sexueller Mißbrauch - Sucht als Überlebensstrategie, in NLS (Hrsg.) (1990) Frau und Sucht, Hamburg, Neuland
- Minuchin S** (1977) Familie und Familientherapie, Theorie und Praxis struktureller Familientherapie, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Miretski B, Schmidt L** (2000) Drogenabhängigkeit – eine andere Mentalität in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Heft 38
- Niedersächsisches Sozialministerium** (1994) Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern, Abschlußbericht eines Modellprojektes
- Nissen G** (1998) Gewöhnung, Abhängigkeit und Sucht, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 74, S. 431-432
- Osterhold G, Molter H** (Hrsg.) (1990) Systematische Suchttherapie, Heidelberg, Asanger-Verlag
- Pestalozzi HA** (1979) Umfassende Prophylaxe, Referat, Schweizerischer Fachstelle für Alkoholprobleme, Lausanne
- Projektgruppe TUDrop** (1984) Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher, Weinheim und Basel, Beltz Verlag
- Puhlmann A** (1989) Über Drogen und andere Versuche von Frauen, ihr Leben zu bewältigen, in Psychosozial 12. Jg., Heft 38, S. 97-106
- Raben R** (1994) Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft: Substitutions- und Reduktionsbehandlung, in I. Arenz-Grahving, H. Dilger (1994) Elternsüchte - Kindernöte, S. 50-67
- Raben R** (1996) Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft, Informationen für Ärzte, Hamm, Achenbach-Druck
- Rennert M** (1990) Co-Anhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- Reuband KH** (1991) Der Mythos vom einsamen Drogenkonsumenten, in Sucht 38, S. 160 - 172, 1992
- Richelshagen K** (Hrsg.) (1994) Sucht, Macht und Gewalt, Freiburg im Breisgau, Lambertus
- Schaeffn AW** (1986) Co-Abhängigkeit, Nicht erkannt und falsch behandelt, Wildberg
- Schaltenbrand J** (Hrsg.) (1992) Familienorientierte Drogenarbeit: Berichte aus der Praxis, Heidelberg, Asanger
- Scheerer S, Vogt I** (1989) Drogen und Drogenpolitik, Frankfurt a. M., Campus-Verlag
- Schiffer E** (1993) Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde: Anstiftungen gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen, Weinheim, Quadriga-Verlag
- Schmerl C** (1984) Drogenabhängigkeit, Kritische Analyse psychologischer und soziologischer Erklärungsansätze, Opladen
- Schmidt LG** (1998) Biologische Determinanten süchtigen Verhaltens, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 74, S. 445-448

- Schwehm H** (1994) Psychosoziale Aspekte von Sucht, in M. Nowak et al. (Hrsg.) (1994) Drogensucht, Stuttgart, Schattauer, S. 9-27
- Seifert-Schröder B** (1984) Familien mit drogensüchtigen Kindern. Suchtverhalten im Kontext familialer Interaktions- und Erziehungsmuster und die Bedeutung der Elternarbeit, in Suchtgefahren 30, S. 221-228
- Senatsverwaltung für Jugend und Familie Berlin** (1993) Über alle Maßen, Dokumentation der Fachtagung und des Jugendkulturprojektes 1992, GAM MEDIA, Berlin
- Senatsverwaltung für Jugend und Familie Berlin** (1995) Offensive, Sucht, Prophylaxe, Dokumentation der Fachtagung 1991 in Berlin, 2. Auflage, GAM MEDIA, Berlin
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport Berlin** (1996) Drogenkonsum Jugendlicher - Akzeptieren oder intervenieren?, Dokumentation der Fachtagung vom 6./7. 12. 1993, 2. Auflage, GAM MEDIA, Berlin
- Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Berlin** (1997) Persönlichkeitsstörung diskriminierende Etikettierung oder hilfreiches Konzept in der Arbeit mit Drogenabhängigen?, Dokumentation der Fachtagung 1996, median KONTOR, Berlin
- Sickinger R et al.** (1992) Wege aus der Drogenabhängigkeit: gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche, Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag
- Sickinger R** (1994) Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit: wer oder was geholfen hat, drogenfrei zu werden und zu bleiben, Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag
- Sieber M, Angst J** (1981) Drogen, Alkohol und Tabak, ein Beitrag zur Epidemiologie und Ätiologie bei jungen Erwachsenen, Bern, Huber-Verlag
- Siegert MT** (1979) Adoleszenzkrise und Familienumwelt: Prozesse der Identitätsstörung bei opiumsüchtigen Jugendlichen, Frankfurt a. M., Campus Verlag
- Stanton LD, Todd TC et al.** (1978) Heroin addiction as a family phenomenon: A new conceptual model, in American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 5 (2), S. 125-150
- Stanton MD, Todd TC et al.** (1981) The family therapy of drug addiction, New York, Guilford Press
- Stanton MD, Todd TC** (1982) Grundsätze und Techniken für den Einbezug der Familie in die Behandlung von Drogenabhängigen, in Familiendynamik 3/82 S. 228-264
- Stanton MD** (1982) Drogenmissbrauch und Familie, in Suchtgefahren 28, S. 139-049
- Stierlin H** (1980) Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter, Frankfurt
- Stoker A, Swadi H** (1989) Perceived family relationships in drug abusing adolescents, in Drug and Alcohol Dependence, 25 (0990), S. 293-297, Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd.
- Süssmuth R** (1982) Unsere Familien stärken - Die Zukunft menschlicher gestalten, Dokumentation des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn
- Suppe EH** (1990) Sucht- und Drogenprävention in Niedersächsischen Schulen, Vortrag auf dem International Council on Alcohol and Addictions (ICAA) am 11.06.1990 in Berlin
- Suppe EH** (1994) Innenweltschutz statt Suchtprävention, Vortrag auf dem 9. Weltkongreß der International Commission for the Prevention of Alcoholism and Drug dependency vom 14.- 18. 08. 1994 in Hamburg, Thema: Suchtprävention in einer sich verändernden Welt
- Täschner KL** (1983) Therapie der Drogenabhängigkeit: ein Handbuch, Stuttgart, Kohlhammer
- Textor M** (1989) Drogensucht und Familie, Familiendynamik 14 (1), S. 11-26,
- Textor M** (1990) Hilfen für Familien, Ein Handbuch für Psychosoziale Berufe, Frankfurt a.M., Fischer
- Textor M** (1991) Familienpolitik, Bonn, Bundeszentrale für politische Bildung
- Thamm BG** (1990) Drogen Die tödliche Gefahr, Bergisch Gladbach, Bastei Lübbe
- Thomasius R** (1993) Familiendiagnostik bei Drogenabhängigen, Habilitationsschrift für das Fach Psychiatrie, Universität Hamburg
- Uchtenhagen A** (1982) Die Familie Drogenabhängiger: Sozialpsychologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte, Familiendynamik 7, S. 284-297
- Uchtenhagen A** (1997a) in F. Gutzwiller (Hrsg.) (1997a) Zusammenfassung des Syntheseberichts, Bern von Betäubungsmitteln: eine Bilanz, Bern
- Uchtenhagen A, Gutzwiller F** (1995) Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Erster Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten, Bern
- Uchtenhagen A, Gutzwiller F** (1996) Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten, Bern
- Uchtenhagen A, Gutzwiller F** (1997) Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten, Bern 10.07.1997
- Uchtenhagen A, Zimmern D** (1982) Fixerehen - Fixerpaare, in Familiendynamik 3/82

Uchtenhagen A, Zimmer-Höfler D (1985) Heroinabhängige und ihre „normalen,, Altersgenossen, Bern, Verlag Paul Haupt

Uchtenhagen A, Zimmer-Höfler D (1990) Hintergründe und Motivation beim Beginn der Drogenkarriere aus Steinbrecher (1990) Jugend , Huber

Vaillant GE (1966) A 12-year follow-up New York narcotic addicts:3, Some social and psychiatric characteristics, Archives of Gendral Psychiatry 15, S. 599-609

Vogt I (1985) Für alle Leiden gibt es eine Pille, Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen u. Frauen, Opladen, Westdeutscher Verlag

Vogt I (1986) Alkoholikerinnen, Eine qualitative Interviewstudie, Freiburg

Vogt I (1987) Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe in DHS (Hrsg.) (1987) Abhängigkeit bei Frauen und Männern, Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag, S. 58-73

Vogt I, Winkler K (Hrsg.) (1996) Beratung süchtiger Frauen, Konzepte und Methoden, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag

von Goddenthow DW (Hrsg.) (1988) Alles fängt so harmlos an, Freiburg im Breisgau, Herder

von Soer J, Stratenwerth I (1991) Süchtig geboren, Kinder von Heroinabhängigen, Rasch und Röhring Verlag

von Villiez T (1986) Sucht und Familie, Berlin, Springer-Verlag

Wagner HB, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg.) (1996) Tagesklinik für Suchtkranke, Freiburg im Breisgau. Lambertus-Verlag

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien, Stuttgart, Huber-Verlag

Wegscheider S (1987) Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Wildberg

Welter-Enderlin R (1982) Familienarbeit mit Drogenabhängigen, in Familiendynamik 3/82, S.200-210

Wormser R (1973) Drogenkonsum und soziales Verhalten bei Schülern, München, Kindler

LEBENS LAUF

Angaben zur Person:

Name: Nicole, Johanna, Gertrud Meyer, geb. Quatmann
Wohnort: Wannseestr. 14
49661 Cloppenburg
Tel. 04471/708526
Geburtsdatum/-ort: 16.08.1972 in Vechta
Nationalität: deutsch
Familienstand: verheiratet, zwei Kinder: eine Tochter, Jödis, geb. 13.11.1998
einen Sohn, Kilian, geb. 05.05.2002
Ehemann: Thorsten Meyer, Dipl. Sozialpädagoge/-arbeiter
Konfession: römisch-katholisch

Schulischer Werdegang:

1979-1992 Grundschohle bis Abitur

Beruflicher Werdegang:

1992-1993 Freiwilliges Soziales Jahr in der Kinder und Jugendpsychiatrie
Clemens-August-Klinik, Neuenkirchen
1993-1998 Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg,
Physikum, Erstes und Zweites Staatsexamen
1999-2000 Praktisches Jahr, Ammerland Klinik, Westerstede, Lehrkrankenhaus
der Universität Göttingen, Wahlfach Anästhesie, Drittes Staatsexamen
05.2000-10.2001 ÄiP, Approbation, Ammerland Klinik, Westerstede, Klinik für Anästhesie
und operative Intensivmedizin, Dr. med. M. Wuttke
11.2001-10.2004 Assistenzärztin für Anästhesie, Ammerland Klinik, Westerstede, Klinik
für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Dr. med. M. Wuttke
seit 11.2004 Assistenzärztin für Anästhesie, St. Josefs-Hospital, Cloppenburg
Dr. med. C. Weilbach
Vorraussichtlich 06.2006 Fachärztin für Anästhesie

Cloppenburg, im Jahr 2006

(Nicole Meyer)

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht an einen Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

-

(gez. Nicole Meyer)