

**Dr. R. Stachowske**

**Prof. Dr. G. Schiepek**

## **Neue Modelle in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen – eine Folge der ICF**

### **1. Einführung**

In der 54. Vollversammlung der WHO im März 2001 wurde beschlossen, weltweit ein neues Klassifikationssystem für Krankheiten, Gesundheitsstörungen und Behinderungen einzuführen: Die ICF = „International Classification of Functioning, Disability and Health“, zu Deutsch die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF). Die ICF wurde als eine Ergänzung und Erweiterung des internationalen Systems von Klassifikationen von Störungen der Gesundheit der WHO konzipiert – sie ist somit eine Ergänzung zur weiterhin bestehenden ICD.

Die WHO hat mit der ICF gleichsam einen paradigmatischen Wandel im internationalen System der Definitionen von Krankheit versus Gesundheit eingeleitet. Statt auf Symptome und Defizite fixiert zu sein, versucht die ICF, Krankheit im Hinblick auf die Person in allen ihren bio-sozialen Bezügen und unter Beachtung der Umwelt der Betroffenen zu verstehen. Besonders bemerkenswert: Der kranke Mensch steht tatsächlich im Mittelpunkt, seine sozialen Bezüge, seine Umwelt und seine Lebenswirklichkeit werden berücksichtigt. Die ICF eröffnet eine komplexe Sichtweise auf Krankheit/Gesundheit, und sie berücksichtigt den bio-psycho-sozialen Hintergrund der von Krankheit betroffenen Menschen (Tesak in Rentsch/Bucher 2005, 11 ff).

Durch die ICF entsteht somit in der Erklärung und Therapie von Störungen der Gesundheit/ICF und von Krankheit und Gesundheit/ICD gleichsam eine neue Option in Diagnose und Therapie, da

- ⇒ die Störung von Gesundheit und die Folgen für das Leben des Betroffenen beachtet und auch in den Kontext des Betroffenen als Teil von Diagnose und Therapie gestellt werden

- ⇒ und wiederum der Kontext der Betroffenen als Einflussgröße auf diese Störung der Gesundheit in Diagnose und Therapie integriert wird und
- ⇒ die Entwicklung der Störungen der Gesundheit über den Augenblick hinaus in ihrer retrospektiven und perspektivischen Entwicklung und vor ihrem kontextuellen Hintergrund beachtet werden soll und diagnostische Erkenntnisse aus diesem Wissen gleichsam in Diagnose und Therapie integriert werden sollen.

In Deutschland wurden wesentliche Prinzipien der ICF in das Sozialgesetzbuch, Teil IX, integriert.

## **2. Die ICF in der medizinischen Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankung „Drogenabhängigkeit“ (F 10 ff.) – ein Paradigmenwechsel**

Was ist das Spannende, vielleicht auch Evolutionäre an diesem paradigmatischen Wandel in der WHO-Familie der Klassifikationen von Gesundheit und Störungen von Gesundheit durch die ICF? Erstmalig wird es möglich, das etablierte ICD-orientierte Modell der Erklärung über die Entwicklung von Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen/ICD F 10 – 19 zu erweitern – und damit die ICD-typische Einschränkung einer individualzentrierten, symptom- und defizitorientierten Perspektive zugunsten einer komplexen holistischen Ursachenanalyse und Therapiekonzeption bei der Gestaltung von Prozessen der medizinischen Rehabilitation zu verändern.

Da eine WHO-Klassifikation gleichsam auch eine Kompatibilität mit den bestehenden deutschen Gesetzen SGB V, SGB VI und PsychThG bedingt, ist diese neue ICF-Sicht gleichsam als wissenschaftlich, fachlich und sozialrechtlich abgesichert anzunehmen.

In Deutschland wurden wesentliche Prinzipien der ICF in das Sozialgesetzbuch, Teil IX, integriert, ebenso in den Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 01.04.2004.

Wie kann der Prozess der Integration der ICF-Philosophie in die Theorie und Praxis von Diagnose und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen gelingen?

Bisheriges Denken und Handeln in der Therapie von Störungen der Gesundheit war durch die Begrenzung in der Folge der individualzentrierten und symptom-defizitorientierten Diagnose, Therapie und Methodik gekennzeichnet. Eine medizinische Diagnose und eine an Richtlinienverfahren orientierte Therapie und/oder medizinische Rehabilitation ist die bisher „klassische Kombination“. Ihre Wirksamkeit ist ebenso wie ihre Begrenztheit bekannt, jedoch schließt diese Kombination in Diagnose und Therapie zwangsläufig andere Wirkfaktoren und Ursachenanalysen aus, so kontextuelle Erklärungsansätze, bio-psycho-soziale oder im weitesten Sinne systemische Modelle, die die Störung des Einzelnen als nicht offensichtlich erkennbare Reaktion in seinem sozialen System erklären.

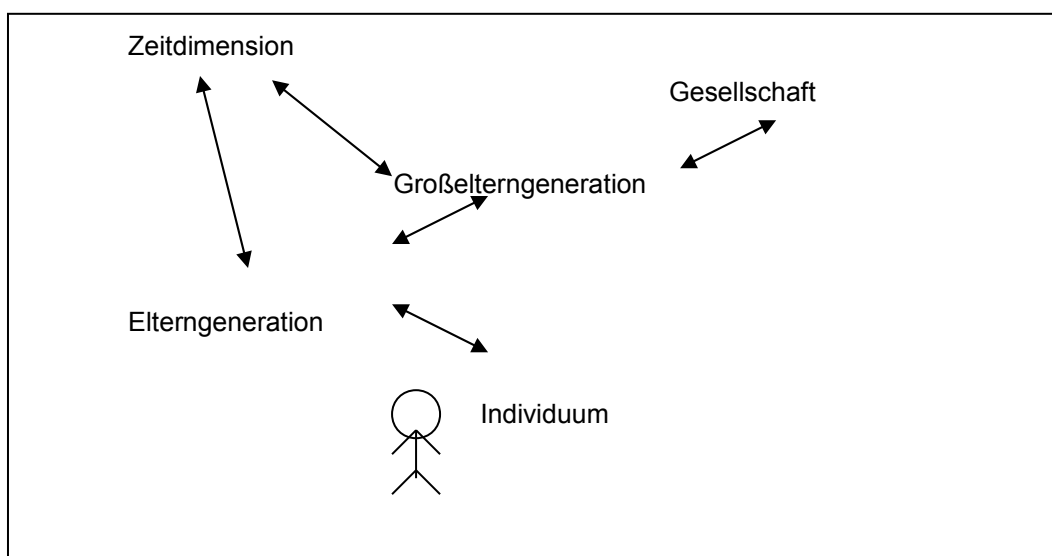
Wenn es nun durch die Anwendung der ICF gelingen würde, das bisherige „Entweder-Oder“ der verschiedenen wissenschaftlichen und fachlichen Perspektiven zugunsten einer interdisziplinären und interfakultären Vernetzung medizinischer, naturwissenschaftlicher, psychoanalytischer, psychologischer und pharmakologischer Erklärungen der Abhängigkeit von Drogen/ICD F 10 ff. zu überwinden, könnte das neue bio-psycho-soziale Modell der ICF inhaltlich auch mit bereits existenten Wissensbeständen ausgefüllt werden. Dies könnte dem ICF-Anspruch entsprechen, kohärent das eine Modell mit dem anderen zu verbinden (vgl. a. Rentsch in Rentsch/Bucher 2005, 30 ff. und ICF 2004, 25; Hervorheb. i. Orig.).

So zu denken und zu handeln ist wissenschaftlich und methodisch „vorbereitet“, da bereits die frühen Erklärungsmodelle u. a. von Petzold (1988) ebenso wie Arbeiten von Stachowske (2002) und Thomasius & Küstner (2005) erkennen lassen, dass die Dynamik der Entwicklung einer Störung der Gesundheit und der Kontext des Betroffenen längst integraler Bestandteil der Erklärung von Drogenabhängigkeit war und ist.

„Allgemein gesagt, ist die menschliche Entwicklung ein bio-psycho-sozialer Prozess, in dem genetische Faktoren, der Einfluss sozialer Kontexte und die Eigenaktivität des Individuums als Mitgestalter seiner Entwicklung zusammenspielen. Für die Herausbildung des Substanzkonsums wichtige soziale Kontexte sind vor allem die Familie und die Gruppe Gleichaltriger (Peergruppe), wobei aber auch übergreifende soziale Kontexte wie die Desorganisation der Nachbarschaft (z. B. ineffiziente soziale Institutionen, die Jugendlichen wenig Zukunftshoffnung geben, hohe Kriminalitätsrate, Verfügbarkeit illegaler Drogen) und globale gesellschaftliche Faktoren (z. B. kulturelle Normen bezüglich des Substanzgebrauchs) die Entwicklung des Substanzkonsums beeinflussen.“ (Thomasius/Küstner 2005, 13)

Diese Erklärungen lassen bereits eine Verbindung zur zentralen Begrifflichkeit der ICF, Teil 2, den „Kontextfaktoren“, erkennen. Kontextfaktoren meinen den sozialen Lebenshintergrund des Menschen, sein So-geworden-Sein, ebenso wie seine perspektivische Entwicklung, die als Teil von Diagnose und Therapie in der Behandlung der aus diesem Kontext entstandenen Störung der Gesundheit beachtet werden müssen.

Grafisch stellt sich diese Annahme wie folgt dar:



Durch die internationale WHO-Klassifikation ICF wird es erstmalig möglich, die Entwicklung der Störung Abhängigkeit von psychotropen Substanzen F 10 ff. als Ausdruck komplexer kontextueller Entstehungsbedingungen im Kontext zu betrachten – und dabei auch die historischen Entwicklungsbedingungen als Teil des Kontextes dieser Störung zu beachten und aus diesen Erkenntnissen eine Perspektive für den Betroffenen als Teil des therapeutischen Handelns zu entwickeln.

In diesem Sinne ist der vorliegende Text als (m)ein Baustein zur ICF und eine Beschreibung kontextueller Entwicklungsbedingungen der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen/ICD 10 F 1 ff. zu verstehen. Es wird erkennbar, dass die Entwicklung von Drogenabhängigkeiten sich nicht ausschließlich im Mikrosystem Familie, sondern auch durch Faktoren im Makrosystem Kultur als kontextueller Rahmen für die Entwicklung von Familien und individuellem Leben entwickelt.

Ein solches neues durch die ICF legitimiertes kontextuelles Denken stellt die Frage nach der Verkettung von Ursache, Wirkung und (weiteren) Folgen der Entstehung der Krankheit Drogenabhängigkeit.

### **3. Kontextfaktoren in der ICF – ein neues Paradigma in Diagnose und Therapie für die Abhängigkeitserkrankung „psychotrope Sucht/„Drogenabhängigkeit“ (F 10 ff.)**

Mit dem Begriff „Kontextfaktoren“ in Teil 2 wurde durch die ICF ein neues Verständnis von Störungen der Gesundheit in standardisiertes fachliches Handeln in der medizinischen Rehabilitation und in die Diagnose und Therapie eingeführt – der Einzelne mit seiner Störung ist über die Körperfunktionen hinaus, die bereits die Seele und den Geist mit einschließen, in seinem Kontext zu verstehen. Damit werden die Interaktion des Ichs mit seiner sozialen Welt und die komplexen Rückkoppelungsprozesse zu einem Standard im rehabilitativen und therapeutischen Handeln.

Der Begriff „Kontextfaktoren“ ist zurzeit in der ICF nur als Oberbegriff in die Diagnose und Therapie einer Störung der Gesundheit eingeführt, ohne im Detail für die Störung der Gesundheit Abhängigkeitserkrankung „psychotrope Sucht“ definiert zu sein.

Die Philosophie der ICF, nach der sich die Störung der Gesundheit des Einzelnen aus der Interaktion zwischen den körperlichen und den kontextuellen Faktoren erklärt, ist in Teilen den Philosophien und Theorien der kontextuellen Therapien und Verfahren sehr ähnlich. Dies wird auch in den folgenden Ausführungen von Boszormenyi-Nagy und Spark deutlich:

„Geradlinig kausalem Denken erscheint Krankheit als durch eine Ursache oder eine Kette von Ursachen determiniert. Der dialektisch geschulte Blick dagegen achtet auf die dualistische psychische Realität jeder Beziehung. Ein Dialog wiederum ist niemals nur auf zwei Personen beschränkt. In jedem Dialog begegnet ein Mensch mit seiner Welt einem anderen Menschen mit dessen Welt. Indem jeder seine Position innerhalb einer familiären Hierarchie der Verpflichtungen mit einbringt, entsteht ein neues Gleichgewicht bzw. eine neue Aufteilung von Soll und Haben. Wie sehr wir auch wünschen, vom Gewicht der Vergangenheit unbelastet zu sein – die Grundstruktur unserer Existenz und der unserer Kinder ist und bleibt, zumindest teilweise, durch die unausgeglichenen Konten der Vorfahren bestimmt.“ (Boszormenyi-Nagy/Spark 2001, 50; vgl. a. 88)

Nach meinem Verständnis sollten die Wissensbestände der kontextuellen Therapie als theoretischer Teil für die ICF, Teil 2 „Kontextfaktoren“, genutzt werden, da die kontextuellen Therapien auf die Verbindung zwischen menschlichem Sein und der Entwicklung einer Störung der Gesundheit hinweisen, die sich aus der Interaktion zwischen dem Ich und dem Du entwickeln:

„Wir erkennen heute, dass Verhalten aus sozialen Systemen heraus entsteht und dass sich Verhaltensänderungen – zumindest teilweise – aus Veränderungen von sozialen Systemen ergeben.“ (Pattison zit. n. Kaufmann/Kaufmann 1986, 9)

Und weiter:

„Familientherapeuten gehen von der therapeutischen Annahme aus, dass der Mensch Teil seiner Umgebung ist und dass eine individuelle Veränderung eine Veränderung der Beziehungen des Menschen in seinem Kontext erfordert. Die Familientherapeuten suchen nach Störungen zwischen dem Individuum und seinem sozialen Netz.“ (Minuchin zit. nach Kaufmann/Kaufmann 1986, 20 ff; vgl. a. Pfitzer/Hargrave 2005, 46 f.)

Ein eigenständiges Therapieverfahren, das sich aus dieser Theorie entwickelt hat, ist die Mehrgenerationen-Familientherapie. Sie erklärt: „Das offensichtliche Störungsbild des Einzelnen ist somit nur Ausdruck eines mehrgenerational gewachsenen Prozesses, in dem dieser Einzelpatient, der therapeutische Hilfe sucht, einen historischen Prozess einer spezifischen Subkultur nicht mehr allein bewältigen kann.“ (Massing et al. 1999, S. 47)

Scheinbar aktuelle Konflikte in der Lebensentwicklung Einzelner sind im Sinne der Mehrgenerationen-Familientherapie die Reproduktion einer familiär überlieferten, unbewussten und dadurch nicht verarbeiteten Konfliktlage im Familiensystem, da „das Früher im Heute wirksam ist, dass verschiedene Entwicklungsperioden der Vergangenheit in der Gegenwart noch wirken,“ (Massing et al. 1999, S. 21)

#### **4. Die Fakten der Zeitgeschichte als kontextuelle Fakten**

Die Zeitgeschichte hat in der Aufklärung der Drogenabhängigkeiten eine besondere Bedeutung und ist gleichsam die am deutlichsten negierte Einflussgröße in der Erklärung von Drogenabhängigkeit. Durch vielfältige Quellen ist belegt, dass spätestens seit Mitte des 19. Jahrhunderts die Drogenepidemie eine feste Größe in unserer Kulturgeschichte ist, da sich im Kontext seit annähernd 200 Jahren eine Drogenepoche entwickelt hat.

Seit 1826 wurden vorwiegend in Deutschland alle wesentlichen Drogensubstanzen entwickelt, synthetisiert und später patentiert, die bis heute von Bedeutung sind. Dies wurde durch eine „Erfindung“ des Apothekers Friedrich Wilhelm Sertuerner (1793 – 1841) möglich, der 1806 aus der Grundsubstanz des Opiums die eigentlich psychoaktiv

wirkende Substanz, das Morphinum entwickelte. Damit war erstmalig der Weg aufgezeigt, aus der Grundsubstanz des Opiums durch ein chemisch-pharmazeutisches Verfahren eine Drogensubstanz herzustellen. Diese „Erfindung“ hat u. a. 1821 der französische Arzt Prof. Maginé veröffentlicht und die Wirkung von Alkaloiden auf den menschlichen und tierischen Organismus erklärt. Friedrich Emanuel Merck, der Besitzer der Engel-Apotheke in Darmstadt, suchte zeitgleich nach Verfahren, um das Morphin fabrikmäßig herzustellen, und bereits 1826 begann die Firma Merck, das Opiat „Morphium“ im Sinne Sertuerners in großer Menge zu produzieren und zu vertreiben. Somit ist der Beginn der Drogenepidemie zeitlich verortet und ihre geschichtliche Dimension belegt (vgl. Vershofen 1949).

Betrachtet man die folgende Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert, wird die eigentliche Dimension der Drogenepidemie im System der Generationen und in dieser Kulturgeschichte deutlich.

<b><u>Jahr</u></b>	<b><u>Substanz und Zusammenhang</u></b>
1806	Sertuerner isoliert in Paderborn das Morphinum.
1826	Friedrich E. Merck beginnt mit der großindustriellen Produktion von Morphinen.
1833	Codein wird isoliert und verbreitet.
1841	Die Wirkung von Haschisch wird beschrieben.
1846	„Das Kauen von Koka-Blättern steigert das Arbeitsvermögen“.
1852	Mit der Pravaz-Spritze wird die subkutane Injektion von (Drogen-)Substanzen möglich.
1856	Die erste beschriebene Injektion von Opiaten in Deutschland
1860	Kokain wird von Niemann in Göttingen synthetisiert und verbreitet.
1864	Die erste Veröffentlichung über den körperlichen Entzug vom Morphinum von Eder (Erlenmeyer 1888)
1874	In Preußen werden zwischen 2,3 t und 5,4 t Morphinum pro Jahr produziert. Der Begriff „Morphiumsucht“ als erste anerkannte Definition einer Drogenabhängigkeit durch Prof. Dr. Lewinstein und Dr. Fiedler (vgl. Kreutel 1988, 251; Erlenmeyer 1888)
1875	Codein wird als Hustensedativum und Entzugsmittel für Morphinisten und Kokainisten eingesetzt.
1878	Bentley empfiehlt Kokain als Entzugsmittel für Morphinisten in einer weltweit verbreiteten Publikation (Erlenmeyer 1888, S. 446).
1884	Kokain wird in die augenärztliche Anästhesie eingeführt. Laurance



- schreibt über „Der Morphinismus der Kinder“ als erste mir bekannte Arbeit über die pränatale Wirkung von Drogensubstanzen.
- 1885 Love warnt vor dem Kokain als Entzugsmittel für Morphinisten.
- 1886 Haupt berichtet über einen 14-jährigen Knaben, der von seiner morphium- und kokainabhängigen Mutter zur Kokainabhängigkeit gebracht wurde.
- In Amerika wird das French-Wine-Coca von Dr. Pamberton entwickelt. Dieser kokainhaltige Sirup wird als medizinisches Heilmittel und als Substitut und Entzugsmittel für Alkohol- und Morphium-süchtige beworben. Das Getränk wurde 1886 in „Coca-Cola“ umbenannt (von „Cocain“).
- 1887 Ephedrin und Amphetamine werden synthetisiert und verbreitet.
- 1888 Dionin wird für die therapeutische Anwendung beschrieben.
- 1893 Migränin wird synthetisiert und verbreitet.
- 1895 Die Barbitursäuren werden synthetisiert und verbreitet.
- 1898 Heroin (Diazethylmorphin) wird synthetisiert, patentiert und verbreitet.
- 1898 Meskalin wird synthetisiert und verbreitet. Die chemisch-pharmazeutische Industrie beginnt nach Heilmitteln gegen die Drogenerkrankungen zu suchen. Ein solches Medikament (Heroin) wird entwickelt und in die Zeichenrolle des Reichspatentamtes eingetragen, patentiert durch die IG Farbenwerke (die heutigen Bayer-Werke).
- 1900 Heroin wird in der Kinderheilkunde eingesetzt.
- 1903 Veronal wird in die Therapie eingeführt und verbreitet.
- 1904 Novokain wird entwickelt und als Lokalanästhetikum eingeführt.
- 1906 Eudokal wird entwickelt und verbreitet.
- 1909-1920 Aufgrund der weltweit eskalierenden Drogenepidemie wurde 1909 in Shanghai die erste und 1912 in Den Haag die zweite Opiumkonferenz einberufen. Im Verlaufe der dritten Opiumkonferenz 1920 ff. in Genf wurde die Erreichbarkeit von Heroin, Kodein, Kokain und Cannabis stark eingeschränkt und völkerrechtlich sanktioniert. Hiermit erklärt sich der heutige „illegale Status“ dieser Substanzen. Bis dahin waren sie entweder frei erwerbbar oder unterstanden nur den Apothekergesetzen. Deutschland wurde durch eine Bestimmung im Versailler Vertrag verpflichtet, diese Abkommen zu ratifizieren.
- 1910-1918 Dilaudid und Dikodid werden synthetisiert.
- 1911 Luminal wird von den IG Farbenwerken entwickelt. Dies ist eine Substanz, mit der heute die NEA, die nachgeburtlichen Entzugssymptome von Kindern, behandelt werden, und auch die Substanz,

- mit der Kinder zu Zeiten der Euthanasie umgebracht wurden.
- 1912 Trevalin wird entwickelt und verbreitet.
- 1926 In der Hamburger Drogenszene entstand der Begriff „Eitsch“ für Heroin („H“).
- 1940 Dolantin wird entwickelt und verbreitet.
- 1942 Polamidon/Methadon wird durch die IG Farbenwerke synthetisiert und hergestellt.
- 1943 Dexedrin (Appetithemmer) wird entwickelt und verbreitet.
- 1943 LSD wird entwickelt und verbreitet.
- seit 1952 Tranquilizer werden entwickelt und verbreitet.
- seit 1955 Appetitzügler werden entwickelt und verbreitet.
- (vgl. Stachowske 2002, S. 44)

Die Entwicklung der Drogenabhängigkeit hat komplexe mehrgenerationale und kulturelle Ursachen. Das mehrgenerationale Wachstum von Familiensystemen hat sich in einem sozialen und kulturellen Kontext vollzogen, der die Manifestierung drogenabhängiger Lebensentwürfe förderte. Der Begriff „Gesellschaft und Kultur“ ist mit der Entstehung von Sucht und Drogenabhängigkeit seit Generationen verbunden. Drogenabhängigkeiten entwickelten sich in spezifischer Relation zur Kultur – sie sind ein Teil von ihr. Das zu verstehen verlangt, diese komplexen Zusammenhänge zu dechiffrieren und den historischen Prozess systematisch aufzuarbeiten – ohne einseitig „Symptomträger“ zu benennen (vgl. Stachowske 2002).

#### **4.1 Die mehrgenerationale Entwicklung von Drogenabhängigkeit**

Wenn die Fakten der Geschichte deutlich werden lassen, dass die aktuelle Drogenepidemie nur die Fortsetzung einer alten Drogenepidemie ist, stellt sich die Frage, inwieweit diese komplexen Zusammenhänge und ihre Rückkopplungseffekte in Familiensystemen der Drogenabhängigen von heute wiederzufinden sind. Um diese Frage zu beantworten, haben wir Familiensysteme „analysiert“, in denen sich Abhängigkeitserkrankungen (ICD F 10 ff.) manifestiert haben.

### **5. Der Erkenntnisgewinn**

Die Analysen der Familiengeschichten ließen ein komplexes Bedingungsgefüge erkennen, aus dem heraus sich Drogenabhängigkeiten

entwickelt haben. Die Dominanz kultureller und geschichtlicher Einflussgrößen war unübersehbar.

### **5.1 Die Entwicklung von Drogenabhängigkeit und die Analogie zur Familiengeschichte**

Alle Klienten (!) waren in deutlich sucht- und/oder drogenkranken Familiensystemen sozialisiert worden, die manifeste Drogenabhängigkeit war lediglich Ausdruck einer in der Regel verdrängten familiären Realität. Insbesondere wurde *auch* deutlich, dass zwischen den sucht- und/oder drogenkranken Persönlichkeiten im Familiensystem und den Klienten besondere Beziehungen bestanden.

Die Klienten erlebten die Sucht als elementaren Bestandteil ihres Sozialisationsprozesses. Es wirkte so, als hätten die Klienten ihre Drogenabhängigkeit von den Persönlichkeiten in ihrem Familiensystem gelernt, mit denen sie in einer besonderen Weise identifiziert waren.

Dabei wurde eine Analogie zur Geschichte der Drogenepidemie erkennbar. So haben Klienten jene Drogensubstanzen konsumiert, die bereits in „ihren Generationen“ konsumiert wurden; es wurden also generationsübergreifende Konsummuster von identischen oder pharmakologisch ähnlichen Substanzen erkennbar. Die heutigen Klienten leben mit ihrer Drogenabhängigkeit das aus, was offen und versteckt Persönlichkeiten in ihrem System der Generationen bereits gelebt haben. Auf der Ebene der pharmakologischen Substanzen wurden Verbindungen zur Geschichte der Drogenepidemie sichtbar, wenn Klienten z. T. zusammen mit ihren ebenfalls suchtkranken Großeltern Substanzen konsumiert haben, die bereits in der Geschichte der Drogenepidemie eine Relevanz hatten; dies waren Substanzen wie Kodein, Dilaudid, Dicodein, Ephedrin, Heroin, Morphinum.

Auch wurden Lebensgeschichten erkennbar, in denen Klienten von frühester Kindheit an mit pharmakologischen Substanzen medizinisch behandelt wurden, die eine hohe Suchtpotenz haben. Hier wurden Abhängigkeiten sichtbar, die sich über die gesamte Lebensspanne entwickelt haben! (vgl. Stachowske 2002)

## **5.2 Traumata und Familien-Geschichte**

Die Analyse der Genogramme und der individuellen Entwicklungsprozesse der Klienten ließen in allen Familiensystemen signifikante traumatische Effekte in den Prozessen der Lebens- und Generationsentwicklung erkennen (vgl. Fischer/Ridesser 1998). Diese Traumata wirkten jedoch nicht nur als situationsbedingtes Erleben in einer bestimmten Entwicklungsphase, sie waren vielfach Teil der Sozialisationsbedingungen. In diesem Sinne waren sie auch Ausdruck des familiären Klimas.

Es gilt jedoch, die mehrgenerationale Analogie dieser traumatischen Effekte zu verstehen. Die erlebten Traumatisierungen „in einem individuellen Leben“ wurden auch als Wiederholungen von Traumatisierungen im System der Generationen erkennbar. In allen untersuchten Familiensystemen werden generationsübergreifende, unverarbeitete Traumata und Konflikte erkennbar, die als Muster in Form sich sehr ähnelnder Konflikte in den Generationen „wiederholt“ gelebt wurden. Dabei wurden Wiederholungen in der Generationsfolge erkennbar, in denen z. T. bis auf den Monat in bestimmten Lebensaltern der jeweils folgenden Generationen die gleichen Konflikte und Situationen mit traumatischen Effekten erlebt wurden. Hier wurde vielfach ein verkanntes generationsübergreifendes Drama durch Wiederholung nicht verarbeiteter Traumata in dem System der Generationen erkennbar, in denen die Klienten die Rolle eines Deuteragonisten lebten, ohne dass ihnen dies bewusst war.

## **5.3 Der Faktor Zeitgeschichte als Kontextfaktor im System der Generationen**

Das große Verdienst der Mehrgenerationen-Familientherapie ist die Annahme und die Integration geschichtlicher Einflüsse als Wirkfaktor in der Entwicklung von Familiensystemen und Generationen und die Integration dieses Wissens in das therapeutische Setting. In allen Familiengeschichten wurden die Einflüsse der Zeitgeschichte als bedeutende Größen erkennbar. In den Familiensystemen, die ich kennenge-

lernt habe, wurde sichtbar, dass sich Täter- und Opfergenerationen „der Kriege“ durch Heirat miteinander verbunden haben. So wurden Familiensysteme gegründet, in denen die „Kinder“ von Tätern des Nationalsozialismus wiederum die „Kinder“ von Opfern dieser Zeit geheiratet haben. Dies war als durchgängiges Muster erkennbar und betrifft alle möglichen Ebenen der Partizipation an der Zeit des Nationalsozialismus, sowohl auf der Täter- als auch auf der Opferseite. So haben die Kinder von bedeutenden Nazi-Größen wiederum die Kinder von traumatisierten Opfern geheiratet. Frauen und Männer, die durch die Vergewaltigungen im Zweiten Weltkrieg gezeugt wurden, haben die Kinder von Holocaust-Opfern und Tätern des Nationalsozialismus geheiratet, die Kinder eines später zum Tode verurteilten KZ-Wärters haben „die Kinder“ eines im KZ Inhaftierten geheiratet, den dieser Mann bis 1945 „bewacht hatte“.

Hier waren durch Heirat Verbindungen entstanden, die zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Eskalation in der Familienentwicklung führten. Einige der Kinder aus diesen neu gegründeten Familiensystemen sind wiederum die Drogenabhängigen geworden, mit denen wir die Therapien durchgeführt haben. Dieses Muster gilt auch für Familiengeschichten, deren Entwicklungsgeschichten sich in dem weiteren europäischen Kulturraum entwickelt haben, also „Kinder“ von Migranten aus Südeuropa oder aus Aussiedlerfamilien – denn in den allermeisten dieser Kulturen haben Diktaturen gewirkt und zerstört (vgl. Cerrilio et al. 1998).

Hervorheben möchte ich, dass in *allen* Familiengeschichten, die ich im Rahmen meiner Forschung untersucht und mit denen ich darüber hinaus mehrgenerationale Therapien durchgeführt habe, diese Zusammenhänge sehr deutlich waren. Es wirkt so, als wenn hier eine innere Wahrheit in die Öffentlichkeit der Therapiesitzung drängt, die endlich ausgesprochen werden sollte und die in dem Kontext „Kultur“ im Sinne Martin Luther Kings „mit dem Mantel der Vergessens belegt waren.“

Vor diesem Hintergrund erhalten diese Ergebnisse im (Nachkriegs-) Deutschland eine neue Akzentuierung, wenn verstanden wird, dass nicht nur Nationalsozialismus und Holocaust ihren Ursprung in Deutschland haben, sondern im Wesentlichen die Drogensubstanzen in Deutschland entwickelt, produziert und von hier weltweit vertrieben wurden.

Wie kann aus diesem Erkenntnisgewinn ein synergetischer Effekt für die Therapieverfahren im System der Suchtkrankenhilfe im Sinne der ICF erreicht werden? Ich denke, dass diese Erkenntnisse auf zwei Ebenen zu einer Relevanz gelangen können:

1. Die Erklärungen über die Manifestation von Drogenerkrankungen können und müssen um die kontextuelle Perspektive erweitert werden. Dominante individual-zentrierte Perspektiven können durch kontextuelle Erklärungen ergänzt werden.
2. Manifestation von Drogenabhängigkeit in individuellen Lebensverläufen, die Bedeutung des Systems der Generationen für diese Lebensverläufe, ein zuungunsten des Symptomträgers (die Klientin/der Klient) verdrängtes Sucht- und/oder Drogenverhalten im System der Generationen und die Folgen menschlicher Ereignisse für die mehrgenerationalen Prozesse haben die Familienentwicklung der Klienten und damit ihre Lebensverläufe wesentlich beeinflusst. Diese Zusammenhänge müssen zukünftig in ihrer Komplexität beachtet und fester Bestandteil der Therapieprozesse werden. So wird der Faktor „Kontext“ zu einem integralen Bestandteil von Diagnose und Therapie.

## **Literatur**

- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G.M. (1990). Unsichtbare Bindungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cirillo, S. Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R. (1998). Die Familie des Drogensüchtigen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Erlenmeyer, F.A. (1888). Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Berlin.

- Fischer, F., Riedesser, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt.
- Heimannsberg, B., Schmidt, C.J. [Eds.] (1992). Das kollektive Schweigen. Köln: HEHP.
- Kreher, S., Vierzigmann, G. (1997). Der alltägliche Prozess der transgenerationalen Bedeutungskonstruktion. Bios. Zeitschrift für Biographieforschung und oral history 10 (2), pp. 246-275.
- Mannheim, K. (1928). Das Problem der Generationen. In: Kohli, M. (1978). Soziologie des Lebenslaufs. Darmstadt: Luchterhand, pp. 38ff.
- Massing, A., Reich, G., Sperling, E. (1999). Die Mehrgenerationen Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- McGoldrick, M., Gerson, R. (1990). Genogramme in der Familienberatung. Bern: Hans Huber.
- McGoldrick, M. (2003). Wieder Heimkommen. Auf der Spurensuche in Familiengeschichten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Molter, H., Osterhold, G. [Eds.] (2003). Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg: Asanger.
- Moser, R. (1997). Über die Weitergabe des stummen Entsetzens. In: Wardi, D., Siegel der Erinnerung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nord, D. (1976). Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Verhaltensanalyse von Pharma-Industrie, Arzt und Verbraucher. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Petzold, H. (1988). Drogenabhängigkeit ist eine Krankheit. In: Fachtagung der Therapiehilfe e.V. an Bord der Rickmer Rickmers am 28.9.1988. Tonbandaufzeichnungen des Vortrages Therapeutische Gemeinschaft Do it [Ed.], Therapiehilfe e.V. Hamburg.
- Schiepek, G. (2003). Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe.
- Sobot, A. (2001). Kinder Drogenabhängiger. Pränatale und frühkindliche Entwicklung. Münster: Monsenstein & Vannerdat.
- Stachowske, R. (1994). Familienorientierte stationäre Drogentherapie. Geesthacht: Neuland.
- Stachowske, R. (2002). Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe. Drogenabhängigkeit und Familiengeschichte. Heidelberg: Asanger.

- Stachowske, R. Sucht und Drogen – Generationen und Zeitgeschichte. Drogenabhängigkeit im Kontext der ICF (erscheint im 3. Quart. 2007). Kröning: Asanger
- Stachowske, R. Drogen, Schwangerschaft und Entwicklung der Kinder (erscheint im 4. Quart. 2007). Kröning: Asanger
- Stierlin, H. (1982). Delegation und Familie – Beitrag zum Heidelberger familiendynamischen Konzept. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Therapiekette Niedersachsen (2003). Familienorientierte Drogenhilfe – Ein Handbuch für die Praxis. Hannover: Monsenstein & Vannerdat
- Thomasius, R., Küstner U. (2005). Familie und Sucht, Stuttgart, Schattauer.
- Vershofen, W. (1949). Die Anfänge der Chemisch-Pharmazeutischen Industrie I. Aulendorf: Editio Cantor.
- Vershofen, W. (1952). Die Anfänge der Chemisch-Pharmazeutischen Industrie I. Aulendorf: Editio Cantor.
- v. Schlippe, A., Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- v. Schlippe, A., El Hachimi, M., Jürgens, F. (2003). Multikulturelle systemische Praxis. Heidelberg: Carl-Auer.