

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen Abt. Köln
Masterstudiengang „Suchthilfe“
Im Sommer 2006

Masterthesis

**Notwendigkeit der Nachsozialisation bei manifest
opiatabhängigen SubstitutionspatientInnen im
rechtsrheinischen Köln**
Defizitanalyse und Erstellung einer therapeutischen Konzeption

Verfasserin: Tanja Groß

Matrikel-Nr.: 277058

Erstprüfer: Herr Wolfgang Scheiblich

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

*„Wenn die Elefanten streiten,
werden die Blumen zertrampelt.“*

Afrikanisches Sprichwort

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Die Sozialisationstheorie	4
2.1.	Versuch der Darstellung einer allgemeingültigen Sozialisationstheorie	4
2.2.	Paradigmen der Sozialisationsforschung	7
2.2.1.	Psychologisch orientierte Theorien	7
2.2.1.1.	Die Psychoanalyse als Erklärungsansatz	8
2.2.1.2.	Sozialisation als Weg zur Identität	10
2.2.1.3.	Lerntheoretische Ansätze	13
2.2.1.4.	Die Kognitive Entwicklungspsychologie	17
2.2.1.5.	Sozialisation als moralische Entwicklung	20
2.2.2.	Der Sozialökologische Ansatz	22
2.2.3.	Soziologisch orientierte Theorien	22
2.2.3.1.	Die struktur-funktionale Theorie	23
2.2.3.2.	Der symbolische Interaktionismus	23
2.2.3.3.	Sozialisation durch Habitualisierung	24
3.	Neurowissenschaftliche Aspekte als Erklärungsversuch der Persönlichkeitstheorie	26
3.1.	Erklärung der Erregungsübertragung zwischen Neuronen	27
3.2.	Biochemische Prozesse an den Synapsen und in den Neuronen	28
3.3.	Die Aktivität neuronaler Erregungsmuster	31
3.4.	Menschliche Grundbedürfnisse und Auswirkung auf die psychische Gesundheit	35
3.4.1.	Das Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Kohärenz	36

3.4.2.	Das Bedürfnis nach Bindung	38
3.4.2.1.	Neurobiologie des Bindungsbedürfnisses	44
3.4.2.2.	Bindungsstörungen oder die Verletzung des Bindungsbedürfnisses	48
3.4.2.3.	Die Entdeckung der Spiegelneuronen als Grundlage für die Entstehung des Bindungsverhaltens in der frühkindlichen Entwicklung	51
3.4.3.	Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung	53
3.4.4.	Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung	55
3.5.	Relevanz der neurowissenschaftlichen Forschungserkenntnisse für die Psychotherapie	56
4.	Störungen der Persönlichkeitsentwicklung	59
4.1.	Traumata	59
4.1.1.	Auswirkungen und Folgen traumatischer Erlebnisse	61
4.1.2.	Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung	64
4.1.3.	Trauma und Substanzabhängigkeit	66
4.2.	Copingstrategien	69
4.2.1.	Protektive Faktoren und Resilienz	69
5.	Rahmenbedingungen und Lebenswelt von SubstitutionsklientInnen im rechtsrheinischen Köln	73
5.1.	Richtlinien und Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung	73
5.2.	Strukturanalyse des rechtsrheinischen Stadtgebietes (Mülheim/Kalk/Porz)	75
5.3.	ICD10-Kriterien zum Thema Drogen: Missbrauch/Abhängigkeit	76

6.	Quantitative Sozialforschung	79
6.1.	Die Fragebogenerhebung	79
6.2.	Formulierung der Fragestellung/Hypothese	80
6.3.	Untersuchungsdesign	80
7.	Methodologisches Vorgehen	81
7.1.	Entwicklung eines Fragebogens	81
7.1.1.	Aufbau des Fragebogens	82
7.1.2.	Die Auswahl der Untersuchungsgruppe	82
8.	Ergebnisse der vorgestellten empirischen Untersuchung	84
8.1.	Forschungsergebnisse	85
8.1.1.	Die Leiblichkeit (I)	85
8.1.1.1.	Tatsächlicher Gesundheitszustand der Untersuchungsgruppe	85
8.1.1.2.	Selbstbewertung eigener Gesundheit	86
8.1.1.3.	Körpergefühl der Untersuchungsgruppe	86
8.1.2.	Netzwerke (II)	88
8.1.2.1.	Die Eltern-Kind-Beziehung als Netzwerk	88
8.1.2.1.1	Vertrauensvolle Eltern-Kind-Beziehung	88
8.1.2.1.2.	Die emotionale Annahme in der Eltern-Kind-Beziehung	89
8.1.2.1.3.	Unterstützung bei der Problembewältigung durch die Eltern	90
8.1.2.1.4.	Innerfamiliäre Suchtproblematik	91
8.1.2.1.5.	Bezugspersonen	91
8.1.2.1.5.	Vorhandensein von Peers in der Kindheit und Jugend	92
8.1.2.1.5.2.	Aktuelle Bezugspersonen	93
8.1.3.	Arbeit/Leistung/Freizeit (III)	93
8.1.3.1.	Schulausbildung	94

8.1.3.2.	Berufsausbildung (einschließlich Studium)	95
8.1.3.3.	Das Freizeitverhalten	96
8.1.4.	Materielle Sicherheit (IV)	96
8.1.4.1.	Einkommen der Eltern	97
8.1.4.1.	Orte des Aufwachsens/Wohnverhältnisse in der Kindheit	98
8.1.4.2.	Aktuelles eigenes Einkommen	98
8.1.4.3.	Aktuelle Wohnsituation	99
8.1.5.	Normen und Werte (IV)	100
8.1.5.1.	Wertigkeit von Emotionen	100
8.1.5.2.	Wertigkeit von Leistung	100
8.1.5.2.1.	Der Leistungswert der Eltern	101
8.1.5.2.2.	Wertigkeit eigener Leistung/Arbeit	101
8.1.5.3.	Familienstand der Untersuchungsgruppe	102
8.1.5.4.	Selbstbenannte Normen und Werte der Untersuchungsgruppe	104
9.	Notwendigkeit nachsozialisatorischer Elemente in der Behandlung	107
9.1.	Nachsozialisatorische Konzepte der Integrativen Therapie im Bereich des Bindungsbedürfnisses	109
9.1.1	Das Konzept der „Therapeutischen Beziehung“	109
9.1.2.	Die Relevanz der Leib und Bewegungstherapie	111
9.2.	Konzeptionelle Überlegungen zu diesem Thema oder das Erstellen einer therapeutischen Konzeption	112
10.	Zusammenfassung	116
11.	Literaturhinweise	114
12.	Anhang	1118

1. Einleitung

Die menschliche Persönlichkeitsentwicklung ist ein multifaktorielles Geschehen, das sich im Spannungsfeld verschiedener, wechselseitig aufeinander einwirkender, Dimensionen bewegt. Aufgrund dessen, dass unterschiedliche faktorielle Komponenten diese bedingen, ist die Persönlichkeitsentwicklung, die Entwicklung eines Ichs oder des Selbst ein leicht zu erschütterndes, fragiles Gebilde und kann leicht eine defizitäre Entwicklung nehmen. Im therapeutischen Prozess müssen durch negative Entwicklung entstandene multiple Belastungen aufgefangen und aufgearbeitet werden. Für die in der vorgelegten Arbeit im Fokus stehende Gruppe manifest opiatabhängiger SubstitutionspatientInnen, die als hochbelastete Gruppe bewertet werden muss, ist die Betrachtung der verschiedenen Dimensionen der Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung, die als defizitär angesehen werden kann, von enormer Bedeutung, da diese die Basis zur Einleitung therapeutischer Prozesse bilden.

Die Arbeit gliedert sich in insgesamt zehn Kapitel mit der Absicht, sich dieser Thematik unter Einbeziehung unterschiedlicher Forschungsansätze zu nähern und baut sich wie folgt auf.

Zunächst soll in Kapitel zwei die Sozialisationstheorie in unterschiedlicher Ausprägung vorgestellt und beleuchtet werden, da sich diese explizit mit multidimensionalen Einflüssen auf die noch unausgereifte, nicht vollkommene Persönlichkeitsstruktur oder Identität des Kindes, beschäftigt. Jedoch wurde durch die Bearbeitung der Thematik relativ schnell deutlich, dass die bislang in Sozialisationstheorien forcierte Betrachtung menschlicher Entwicklung nach Betrachtung von neueren Forschungsarbeiten aus dem Bereich der Neurowissenschaften unvollständig erscheint. Dieser Bereich fand, bis in die jüngere psychologische und sozialwissenschaftliche Forschungslandschaft hinein wenig Beachtung, im dritten Kapitel der Arbeit wird aufgrund bedeutender Forschungsergebnisse und der meines Erachtens bahnbrechenden Erkenntnisse für die Psychotherapie Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das folgende Kapitel vier befasst sich mit Störungen der

Persönlichkeitsentwicklung, d.h. mit Traumatisierungen aufgrund erlebter für das Individuum schwieriger Lebensereignisse, die das leicht zerbrechliche Gefüge der Persönlichkeit beziehungsweise der Identität erschüttern können. Insbesondere für die in der vorgelegten Arbeit im Fokus stehende Gruppe manifest opiatabhängiger SubstitutionspatientInnen konnte in einer empirischen Untersuchung, die im Späteren noch vorzustellen sein wird, eine hohe Belastung durch eine multiple Traumatisierung bestätigt werden. Das Ausmaß der Belastung unterschied sich signifikant von der zum Vergleich herangezogenen Kontrollgruppe. Ebenso stellen sich durch das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung und der daraus resultierenden defizitären Lebensumstände bereits weitere Traumatisierungen ein, die als Retraumatisierung zu werten sind. Neben diesen als schädlich zu beurteilenden Einflüssen auf das Individuum bearbeitet dieses Kapitel ebenfalls stützende oder schützende Aspekte, die in der Persönlichkeitsstruktur liegen. Zu nennen sind hier individuelle Copingstrategien oder allgemein die Resilienz.

Diese vorgestellten Kapitel, die unter der Überschrift Theorieteil subsumiert werden können, bilden die Basis für die folgenden weiteren Teilabschnitte der Arbeit, die sich ihrerseits wiederum in weitere Teilabschnitte, Forschungs- und Auswertungsteil, zusammenfassen lassen. Der Forschungsteil wird in drei weitere Kapitel aufgesplittet:

In Kapitel fünf die Umfeldanalyse der Untersuchungsgruppe (Lebenswelten von SubstitutionspatientInnen im rechtsrheinischen Köln), Kapitel sechs Quantitative Sozialforschung und Kapitel sieben Methodologisches Vorgehen bezogen auf die empirische Untersuchung.

Der letzte als Auswertungs- und Interpretationsteil subsumiert wiederum die Kapitel acht, das sich mit der Auswertung der im Forschungsteil beschriebenen und durchgeführten Untersuchung befasst, und in Kapitel neun, in dem eine weitere Interpretation und die Darstellung konzeptioneller Überlegungen, basierend auf den zuvor beschriebenen Forschungsergebnissen und dem Theorieteil, folgen werden.

Insgesamt kann die vorliegende Arbeit nur als Einstieg in diese Thematik angesehen werden, da sich aus ihr weitere Fragestellungen entwickeln, die durch weitere Forschung genauer beleuchtet werden müssen. Dennoch wird durch den Text ein wichtiger und bedeutsamer Bereich zur therapeutischen Intervention für PatientInnengruppen, die dieser Belastungsdichte, wie die der beschriebenen Untersuchungsgruppe ausgesetzt sind, betrachtet, und eine weitere Hypothese bezüglich der Schwerpunkt Betrachtung im ätiologischen Prozess von Abhängigkeitserkrankungen aufgestellt.

2. Die Sozialisationstheorie

2.1. Versuch der Darstellung einer allgemeingültigen Sozialisationstheorie

Die zentrale Frage der Sozialisationstheorie lautet: Wie und warum wird aus einem Neugeborenen ein autonomes, gesellschaftliches Subjekt? Wie werden wir also ein Mitglied der Gesellschaft? (Zimmermann, P., S.13).

Dieter Geulen beschreibt drei wesentliche Implikationen der Sozialisation:

1) Erklärungsansätze menschlicher Entwicklung, die ausschließlich biologistisch angelegt sind, sind laut Geulen zu eng und defizitär gefasst. Sozialisation ist vielmehr ein Prozess, der neben der biologischen Entwicklung, wie z.B. Wachstum, sexuelle Reife etc., eines Menschen auch psychische, soziale und Umweltfaktoren einbezieht. Sozialisation beschreibt menschliche Entwicklung dementsprechend als ganzheitlichen Prozess.

2) Sozialisation versteht sich nicht als Entwicklungsprozess

„freier Individuen“, da die Persönlichkeitsentwicklung nicht gänzlich autonom und frei, d.h. nicht ohne Einflüsse des Milieus, also von Umwelteinflüssen, verläuft. Der Mensch ist jedoch aufgrund der Möglichkeit reflektierten Handelns in der Lage sich kritisch mit den oben genannten Einflüssen auseinander zu setzen. Er ist diesen nicht ausgeliefert!

3) Entsprechend den o.g. Einflüssen kann Sozialisation nicht als reiner Interaktionsprozess zwischen Kindern und Erwachsenen verstanden werden, sondern besteht, wie bereits beschrieben, aus einer Vielzahl weiterer Faktoren. Die Erwachsenen-Kind-Interaktion ist ein, wenn auch wesentlicher, Teil der Sozialisation. Nach Durkheim ist Erziehung „methodische Sozialisation“.

Erziehung bietet diesbezüglich Hilfestellung und Unterstützung bei der Erfahrung der objektiven Wirklichkeit Heranwachsender. Sie stellt eine bewusste und geplante Einflussnahme dar. Gleichzeitig soll sie Schutzfunktion durch die Vorgabe orientierender und korrigierender Rahmenbedingungen für

das Erfahren der Außenwelt bieten. „Erziehung ist nicht gleich Sozialisation, aber Sozialisation ist das, was unter anderem durch Erziehung ermöglicht wird, nämlich die Aneignung von gesellschaftlichen Erfahrungen“ (Zimmermann, P., S. 14).

Sozialisation ist ein durch aktive Subjekte geprägtes Interaktionsgeschehen. D.h. sie besteht nicht ausschließlich aus „Fremdsozialisation“, z.B. Eltern, mit Erziehungs- und Sozialisationsauftrag und Institutionen, sondern auch aus Selbstsozialisation des Individuums.

Sozialisation wird von Peter Zimmermann in seinem Buch „Grundwissen Sozialisation“ als ein mehrperspektivischer Prozess beschrieben.

Er nennt an dieser Stelle drei elementare Perspektiven:

„1) Subjektbezogen: Heranwachsende dürfen nicht,..., wie ein Schwamm verstanden werden, der alles aufsaugt was an Umwelteinflüssen vorhanden ist, sondern sie sind aktiv mitgestaltende Menschen, die ihre Sozialisation mitbestimmen. Nur so werden sie gesellschaftlich handlungsfähige Subjekte.

2) Institutionenbezogen: Hierbei steht die Zwecksetzung und Funktion von gesellschaftlichen Institutionen im Vordergrund. Wie und mit welchen Effekten vermitteln sie Werthaltungen und Kulturtechniken?

3) Kulturbezogen: Kultur ist das Deutungs- oder Bedeutungssystem einer Gesellschaft oder einer Gruppe. Wie eignen sich Heranwachsende Kultur an und wie nutzen sie das Vorfindbare für ihre Selbstinterpretation und für die Interpretation der Welt und wie verändern Kinder und Jugendliche Kultur? (ebd., S.15).“

Diese mehrperspektivische Betrachtungsweise verdeutlicht nachdrücklich die exponierte Bedeutung selbstsozialisatorischer Elemente als wichtiges Geschehen in der Persönlichkeitsentwicklung.

Weiterhin beschreibt Zimmermann verschiedene Ebenen der Sozialisationsbedingungen die er anhand der oben beschriebenen Sozialisationsperspektiven verdeutlicht.

So stellt das „Subjekt“ die erste Ebene dieses Bedingungsgefüges dar. Hier werden die Persönlichkeitsmerkmale des Individuums ausgebildet. Die Entwicklung von Erfahrungsmustern, von Einstellungen und das Wissen um emotionale Strukturen wird auf dieser Ebene ausgebildet.

Die zweite Ebene wird als Ebene der Interaktionen und Tätigkeiten bezeichnet. In ihr bündeln sich alle Umwelteinflüsse, denen der Mensch ausgesetzt ist, mit denen er interagiert.

Die dritte Ebene, die Ebene der Institutionen, die oftmals ausschließlich sozialisatorische Zwecke erfüllen, wie z.B. Kindergärten und Schule, dient dem ausschließlichen Ziel Heranwachsende auf das gesamtgesellschaftliche Leben und die Teilhabe an diesem Leben vorzubereiten.

Die vierte Ebene ist die des gesamtgesellschaftlichen Systems. Sie dient als Verbindung aller bisher beschriebenen Ebenen, sie stellt also eine Verbindung der Prozesse der Mikroebene (Subjektentwicklung) und der der Makroebene (gesamtgesellschaftliche Strukturen, Institutionen) dar.

Eine Grundproblematik der Sozialisationsforschung besteht in der Frage nach den Verbindungen und Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Ebenen und deren Auswirkung auf die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen. Eine zweite Schwierigkeit der Sozialisationsforschung ist die zeitgeschichtliche, historische Einbettung der Persönlichkeitsentwicklung, die durch Lebensläufe und Lebenszeit sichtbar wird. Somit kann Sozialisationsforschung dem Anspruch auf Exklusivität und universelle Gültigkeit nur schwer gerecht werden, da jede diesbezügliche Forschung einem historischen Verfallsdatum durch gesellschaftlichen Wandel unterliegt.

Aufgrund der sich zeigenden Vielschichtigkeit der Sozialisationstheorie soll im Folgenden der Versuch der Differenzierung durch die Vorstellung unterschiedlicher Ansätze der Sozialisationsforschung gemacht werden.

2.2. Paradigmen der Sozialisationsforschung

„Heute wird unter dem Begriff „Sozialisation“ ein übergeordnetes Konzept für verschiedene Theorien unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen verstanden, die sich alle mit der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung im weitesten Sinne befassen und zur Beschreibung, Erklärung und Entstehung individueller menschlicher Handlungskompetenzen beitragen“ (Lugt in Mäder/Daub 2004, S. 81). In der Sozialisationsforschung werden unterschiedliche Erklärungsansätze, die sich in **vier Themenbereiche** gliedern, favorisiert:

1) Psychologisch orientierte Theorien

2) Sozialökologische Sichtweisen zur Sozialisation

3) Soziologisch und insbesondere kultursoziologisch orientierte Theorien

4) Konstruktivistische Sichtweisen zur Sozialisation

Diese o.g. unterschiedlichen Ansätze sollen an dieser Stelle genauer erläutert werden, wobei Punkt vier, ohne nähere Beschreibung, hier nur benannt wird.

2.2.1. Psychologisch orientierte Theorien

Hierzu werden unterschiedliche psychologische Schulen als Erklärungsmodelle herangezogen. Als wichtige Bereiche zu nennen sind die Psychoanalyse, die Lerntheorien sowie die kognitive Entwicklungspsychologie. Diese sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

2.2.1.1. Die Psychoanalyse als Erklärungsmodell

Zunächst soll die Psychoanalyse genauer betrachtet und kritisch auf ihre Relevanz für Sozialisation untersucht werden. „Das zentrale Erklärungsmoment der Psychoanalyse für die Persönlichkeitsentwicklung ist die Annahme unbewusster psychischer Prozesse. Der Hintergrund für scheinbar rationale, absichtsvolle Handlungen sind uns verborgene unbewusste Zusammenhänge“ (Zimmermann, P., S. 22). Die Handlungsmotivation von Individuen wird von

Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse, dem ‚ES‘, also dem jedem Menschen innewohnenden „Triebssystem“ zugeschrieben. Triebe sind laut Freud nicht beobachtbar und werden als Spannungen und Erregungen empfunden, die dazu antreiben, Handlungen zu initiieren um den Erregungszustand zu beseitigen, um Triebe zu befriedigen. Sie werden als Bedürfnisse, wie zum Beispiel Sexualität, Hunger, Durst etc. wahrgenommen. Freud spricht in diesem Zusammenhang vom „Lustprinzip“, das unbewusst, irrational und unmoralisch ist. Um soziale Integration zu ermöglichen ist die Organisation der von Trieben, also vom Lustprinzip, gesteuerten Interaktion mit anderen Individuen notwendig. Dies wird als Herausbildung des ‚ICH‘ bezeichnet. „Das ‚Ich‘“ – auch mit Realitätsprinzip beschrieben – bildet die Vermittlerrolle zwischen Triebansprüchen und den Ansprüchen der Außenwelt. Die Motive und Wertmaßstäbe dieser Vermittlung erreichen uns über die dritte psychische Instanz, durch das „Über-Ich“ (ebd., S.23).

Nur wenn alle drei hier genannten psychischen Instanzen, von Freud als „psychischer Apparat“ bezeichnet, im Verlauf der Entwicklung ausgebildet werden, kann von einer funktionierenden Sozialisation, laut Psychoanalyse „psychosexuelle Entwicklung“, die ein gesellschaftliches Leben erst möglich macht, gesprochen werden. „Freud glaubte, dass die Persönlichkeitsentwicklung dadurch beeinflusst und bewegt wird, dass die Kinder ihre Sexualenergie (in der Psychoanalyse als Libido bezeichnet) von einem Lebensabschnitt auf den nächsten ausdehnen. Hierbei werden fünf Phasen unterschieden...

Psychosexuelle Phasen	Entwicklung/Aktivität	Psychischer Apparat
1. Orale Phase (erstes Lebensjahr)	In dieser Phase sind die Nervenenden an Lippen und Mund besonders empfindsam und verhelfen den Neugeborenen zu Lustempfinden. Dies geschieht über Einnehmen, Festhalten, Beißen, Ausspeien und Schließen. Die orale Zone ist wichtig für die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, aber sie dient auch der	Es

<p>2. Anale Phase (zweites bis drittes Lebensjahr)</p>	<p>Erkundung von Teilen der Welt.</p> <p>Die kindliche Aufmerksamkeit verlagert sich auf den Analbereich. In dieser Phase geht es um die Kontrolle der Darmentleerung. Mit dem Akt des Auf-den-Topf-Setzens macht das Kind erste Erfahrungen mit der Wirkung von gesetzten Grenzen, denn diese betonen die Ausscheidung auf Kommando, und das auch noch auf besonders reinliche Art.</p>	<p>Ich</p>
<p>3. Infantil- genitale Phase (drittes bis sechstes Lebensjahr)</p>	<p>Schlüsselobjekte dieser Entwicklungsphase sind die Geschlechtsorgane. Schlüsselerlebnis sind die sexuellen Wünsche, das gegen geschlechtliche Elternteile als Sexualpartner zu gewinnen, was aber von der sozialen Umwelt sanktioniert wird und wodurch sich nun innere Widerstände (Ekel-, Scham- und Moralgefühle) herausbilden. Freud hat diese Phase zuerst nur aus Sicht der Jungen beschrieben, die moderne Psychoanalyse analysiert bei Mädchen aber vergleichbare Prozesse</p>	<p>Über Ich</p>
<p>4. Latenzphase (fünftes bis dreizehntes Lebensjahr)</p>	<p>Dank erfolgreicher Sozialisation ruht in der Latenzzeit (Schulzeit) die Sexualität. Aufgrund der inneren Widerstände „vergisst“, d.h. verdrängt das Kind sexuelle Bedürfnisse und Aktivitäten. Deshalb gilt diese Entwicklungsphase als „Latenz“- bzw. Ruhephase. Sexuelle Triebziele werden umgelenkt in Freundschaftsbeziehungen. Die Latenzphase wird auch oftmals „Bandenalter“ genannt.</p>	
<p>5. Genitale Phase (vierzehntes bis einundzwanzigstes Lebensjahr)</p>	<p>Jetzt werden die erogenen Zonen wieder aktualisiert und es geht um Küssen, Beschauen, Betasten, Eindringen und sich Hingeben. Die Sexualfunktionen reifen heran, d.h. der Sexualtrieb steht nun im Dienst der Fortpflanzungsfunktion und es beginnt die Aufnahme heterosexueller Aktivitäten.</p>	

(Zimmermann, 2000)

Die Entwicklung einer Identität, der Integration aller Ebenen des „psychischen Apparats“, ist nur durch Interaktion mit der Umwelt möglich. Dies ist kein kontinuierlicher Prozess, sondern eine Abfolge von Problembearbeitungen in den verschiedenen dargestellten Entwicklungsphasen, die als Entwicklungskrisen bezeichnet werden.

2.2.1.2. Sozialisation als Weg zur Identität

Ein weiterer wichtiger Aspekt der psychologisch begründeten Sozialisation ist die Sozialisation als Weg zur Identität.

Die Theorie der Persönlichkeitsentwicklung beinhaltet dieser Sozialisationstheorie zu folge drei Grundannahmen:

1. Persönlichkeitsentwicklung ist ein Wechselspiel zwischen der biologischen, organischen Entwicklung und gesellschaftliche Unterstützungsprozessen
2. Persönlichkeitsentwicklung zeichnet sich durch die Bewältigung innerer und äußerer Konflikte oder Krisen aus.
3. Persönlichkeitsentwicklung verläuft zyklisch, anhand von acht im Folgenden beschriebenen Entwicklungsstufen, die im Wechselspiel von Individuum und Umwelt verlaufen.

Erik H. Erikson, der Hauptvertreter dieses Entwicklungsansatzes beschreibt, wie bereits erwähnt, acht Entwicklungsphasen:

<p>1. Urvertrauen gegen Urmisstrauen</p> <p>Mit „Urvertrauen ist das Gefühl des „Sich-Verlassen-Könnens“ gemeint. Es entsteht aus der Erfahrung, dass zwischen der Welt und den eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen eine Übereinstimmung möglich ist. Auch wenn Kinder sich körperlich unwohl fühlen, beispielsweise bei dem Durchbruch der ersten Zähne oder wenn sich die Mutter oder eine andere Bezugsperson zeitweilig entfernt, muss das Kind Vertrauen behalten können. Haben Kinder in dieser Entwicklungsphase eher mit Vernachlässigung und Unzuverlässigkeit zu tun, gewinnt ein Gefühl des Misstrauens die Oberhand und kann zu Entfremdung und Rückzug auf sich selbst führen.</p>	Säuglingsalter
<p>2. Autonomie gegen Scham und Zweifel</p> <p>Ist die Vertrauensproblematik geklärt, wird eine neue Krise aktuell, die eine Phase der Emanzipation zur Mutter oder einer anderen Bezugsperson einleitet. In dieser Phase experimentieren Kinder mit den sozialen Modalitäten „Festhalten“ und „Loslassen“. Dies hat Ähnlichkeiten mit den Aktivitäten in der analen Phase nach der Psychoanalyse (Beherrschung der Ausscheidungsfunktionen), aber Erikson geht in seiner Darstellung über die Sauberkeitserziehung im engeren Sinne hinaus und betont, dass es in dieser Phase vor allem um die Autonomiebestrebungen und deren Tolerierung seitens der Eltern geht. Nur so kann die Entwicklung zu einer gesunden Persönlichkeit voranschreiten. Durchkreuzen die Eltern ständig die eigenen Vorstellungen und Wünsche der Kinder, entsteht ein andauerndes Gefühl von Scham und Zweifel. Daraus resultieren oftmals Unentschlossenheit, Unsicherheit und Zweifel an sich selbst.</p>	Kleinkindalter
<p>3. Initiative gegen Schuldgefühle</p> <p>die Krise in dieser Entwicklungsphase bildet sich aus dem Wunsch des Kindes „...herauszufinden was für eine Art von Person es werden will“ (Erikson, 1973, S. 87) Kinder entwickeln eine unermüdliche Wissbegierde ganz allgemeiner Größenunterschiede und der Unterschiede der Geschlechter. Nach der Psychoanalyse ist die Phase ja bekanntlich als ödipale Phase gekennzeichnet. Vervollkommnung der sprachlichen Fähigkeiten und die Ausweitung der Aktivitäten begünstigen ein Initiativstreben, aber gleichzeitig auch eine Funktionserweiterung des Gewissens. Kinder beginnen, sich für bloße Gedanken schuldig zu fühlen. Wenn Eltern dieses Gewissen nicht überstrapazieren, kann diese Krise von den Kindern aber gut gemeistert</p>	Spielalter

werden.	
<p>4. Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl</p> <p>Kinder werden jetzt lernbegierig. Erikson beschreibt diese Entwicklungsstufe mit</p> <p>“Ich bin was ich lerne“ (ebd., S. 98). Kinder wollen jetzt das Gefühl haben nützlich zu sein und etwas gut machen zu können, sie wollen ein Werk vollenden, sie haben Lust zu arbeiten und mit anderen zusammen etwas zu schaffen. Eine Krise bildet sich hierbei durch die Entwicklung eines Gefühls der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit, wenn Sachen einmal misslingen.</p>	Schulalter
<p>5. Identität gegen Identitätsdiffusion</p> <p>Nach der Pubertät hat der nun jugendliche Heranwachsende damit zu tun, seine Identität zu bilden....Die alles überlagernde Frage lautet: „wer bin und wer bin ich nicht“. Diese Frage kann sich der Heranwachsende jetzt stellen, weil er in der Lage ist, über sich selbst zu reflektieren und auch einbeziehen kann, was andere meinen und über ihn denken. Die Gefahr dieser Entwicklungsstufe liegt darin, dass Ansprüche an eine psychosoziale Selbstdefinition gehäuft auf den Jugendlichen zukommen. Das Misslingen dieser Krise bezeichnet Erikson als Identitätsdiffusion.</p>	Adoleszenz
<p>6. Intimität gegen Isolierung</p> <p>Mit dieser Phase ist das frühe Erwachsenenalter erreicht. Erst nach dem Aufbau einer relativ stabilen Ich-Identität können intime Beziehungen aufgenommen werden. Eine geklärte Identität erlaubt jetzt eine tragfeste Partnerschaft. Die psychosoziale Moralität dieser Phase beschreibt Erikson als ein Sich-Verlieren und ein Sich-Finden im anderen. Gelingt dies nicht, kann es zu einer sozialen Distanzierung und Isolierung kommen. Es werden zwar noch Beziehungen aufgenommen, diese sind aber eher kühl und abwartend.</p>	Frühes Erwachsenenalter –
<p>7. Generativität gegen Stagnierung</p> <p>Mit einer soliden Identität und Eingebundenheit hat der Mensch das Bedürfnis, dass man seiner bedarf und er leistet sich nun auch das freizügige und fürsorgliche Geben. Mit Generativität beschreibt Erikson den Wunsch eines Menschen, eigene Kinder haben zu wollen und damit eine Generation zu gründen. Wer diesen Wunsch nicht lebt, beginnt sich selbst zu verwöhnen, was ein Gefühl von Stagnation entwickelt.</p>	Erwachsenenalter
<p>8. Integrität gegen Lebenskekel</p> <p>Integrität bedeutet die Annahme seines Lebens und füllt es mit Sinn. Das eigene individuelle Leben wird immer stärker eingebettet in ein Verständnis für die „größeren Abläufe der Geschichte“. Das Fehlen oder der Verlust eines</p>	Ältere Erwachsene

Gefühls von Integrität führt zu Todesfurcht und Verzweiflung, zu Lebensüberdruß und Lebensekel.	
---	--

(Zimmerman, 2000)

Dieses Entwicklungsmodell basiert auf dem Modell der oben bereits beschriebenen Psychoanalyse. Es unterscheidet sich jedoch von den Annahmen Sigmund Freuds durch zwei wesentliche Faktoren und Sichtweisen. Anders als bei Freud kennt „Die Sozialisation als Weg zur Identität“ nach Erikson keine Altersgrenze der Identitätsentwicklung, sie stellt einen Prozess, der bis ins hohe Alter reicht, dar.

Eine weitere wichtige Unterscheidung liegt darin, dass die zu bewältigenden Konflikte zur Entwicklung einer stabilen Identität nicht ausschließlich auf psychosexueller Ebene ablaufen, sondern dass Erikson ein interaktionistisches Modell der Sozialisation als identitätsstiftende Instanz entwirft.

2.2.1.3. Lerntheoretische Ansätze

Diesem theoretischen Denkmuster zufolge ist der Sozialisationsprozess geprägt durch intra- und interpsychische lerntheoretische Abläufe.

Die Sozialisation, also die Entwicklung der Identität und Persönlichkeit, verläuft über Lernerfahrungen, durch Interaktion mit Umwelt und Gesellschaft, d.h. durch Außenkräfte. Zur Festigung der Lernerfahrungen, die als Ergebnis eine Verhaltensänderung und somit die Entwicklung und Erweiterung der Persönlichkeit hat, ist eine ständige Wiederholung des Erlebten von Nöten. Um die Entwicklung eines Kindes/Heranwachsenden zu fördern und zu unterstützen ist es in diesem Sinne von größter Bedeutung, dass dem Individuum eine reizvolle „Welt“, in der es sich ausprobieren und neue Erfahrungen sammeln kann, offen stehen muss. Hier hat beispielsweise das Spiel, mit der Funktion des „Begreifens“ (Sinnerfahrungen) der Welt und der Interaktion mit anderen eine herausragende Rolle. Eine andauernde Beschneidung kann der Entwicklung eines Menschen entgegen stehen oder diese stark beeinträchtigen.

Das lerntheoretische Modell ist grob in zwei Ansätze zu unterteilen:

1) Der Behaviorismus, der aus zwei weiteren Ansätzen, der klassischen Konditionierung und der operanten Konditionierung, besteht

2) Die zweite lerntheoretische Ausrichtung wird als Sozial-kognitive Lerntheorie bezeichnet.

An dieser Stelle soll zunächst die Unterschiedlichkeit der genannten theoretischen Ansätze mit gleichen wissenschaftlichen Wurzeln dargestellt und erläutert werden; beginnend mit dem **Behaviorismus** als lerntheoretische Ausrichtung.

„Die verbreitetste **Klassifikation des Behaviorismus** unterscheidet drei Grundpositionen:

a) **metaphysischer Behaviorismus** lehnt die Existenz eines Bewusstseins beziehungsweise psychischer Ereignisse ab. Gegenstand dieser psychologischen Wissenschaft ist ausschließlich das beobachtbare Verhalten (Watson u.a.).

b) Der **radikale Behaviorismus** (analytischer Behaviorismus) ist eine Spielart des Materialismus, nach dem die Welt nur aus einem Stoff, nämlich der Materie, besteht. Geistige Phänomene werden von den radikalsten Verfechtern dieses radikalen Ansatzes als bloße sprachliche Illusion dargestellt. Dabei berufen sie sich häufig auf Skinner. Skinner (1974) sah einen wesentlichen Unterschied zum methodologischen Behaviorismus darin, dass der radikale Behaviorismus nicht auf einer Wahrheit durch Übereinkunft bestehe.

c) Im Gegensatz zu den anderen beiden Varianten definiert sich der **methodologische Behaviorismus** nicht durch die Aussage über die Existenz psychischer Phänomene, sondern lediglich über die Festlegung

methodologischer Prinzipien, mit deren Hilfe wissenschaftliches von unwissenschaftlichem abgegrenzt werden kann. Der methodologische Behaviorismus ist heute die Mehrheitsströmung der empirischen Psychologie,...“ (Margraf, 2000, S. 7).

Der Behaviorismus unterscheidet zwei lerntheoretische Ansätze.

1) Die klassische Konditionierung (Reiz-Reaktionslernen):

Ein unkonditionierter (neutraler) Stimulus (Reiz) ohne reflexauslösende Qualität wird mit einem zweiten ebenfalls unkonditionierten, jedoch bereits Reflex auslösenden Stimulus wiederholt gekoppelt. Nach einer gewissen Zeitspanne wird der zuvor reflexarme Stimulus bei alleiniger Präsentation bereits starke Reflexe, die zuvor nur in Verbindung mit dem zweiten Reiz aufgetreten sind, auslösen. Das populärste Beispiel der klassischen Konditionierung ist das Experiment des russischen Psychologen Iwan Pawlow (1849 – 1936), des Begründers der klassischen Konditionierung. Dieser konnte im Tierexperiment erstmalig die Mechanismen der klassischen Konditionierung verdeutlichen.

Das Tierexperiment nach Pawlow (1928)

Futter = Speichelfluss

Futter + Glocke = Speichelfluss

Glocke = Speichelfluss

Vertreter der klassischen Konditionierung gehen davon aus, dass durch eine oft wiederholte Koppelung von Reizen eine nachhaltige Verhaltensänderung herbeizuführen ist. Eine Löschung unerwünschten Verhaltens ist demnach ebenso, durch den Wegfall, das Weglassen der Koppelung von Stimuli möglich.

2) Die operante/instrumentelle Konditionierung (Verstärkungslernen)

Das operante Konditionieren dient als Instrument ein bestimmtes Reiz-Reaktionsverhältnis zu schaffen. Dieses wird auch als instrumentelles Konditionieren bezeichnet.

Verhaltensweisen mit unmittelbar positivem Effekt, wie z.B. situativ angepasstes Verhalten = soziale Anerkennung/Wertschätzung wird verstärkt, d.h. wiederholt und Verhaltensweisen mit negativem Effekt werden vermieden. Ein Verstärker eines bestimmten Verhaltens ist nicht festgelegt, sondern kann alles sein.

Burrhus F. Skinner, der als Hauptvertreter dieser Lerntheorie zu nennen ist, beschreibt vier Formen des Lernens durch ein operant konditioniertes Verhalten:

- 1) Eine positive Verstärkung folgt aufgrund des Erfahrens einer positiven Konsequenz bezüglich eines bestimmten Verhaltens. Das gezeigte positiv verstärkte Verhalten wird sehr wahrscheinlich durch diese Erfahrung beibehalten.
- 2) Eine negative Verstärkung wirkt dann, wenn ein unangenehmer Zustand durch ein bestimmtes Verhalten beendet wird.
- 3) Bestrafung durch Einleitung negativer Reize oder durch den Wegfall eines positiven Reizes.
- 4) Die Löschung wird von Skinner als Methode der Nicht-Verstärkung bezeichnet. Ein unangemessenes Verhalten soll durch eine Nicht-Beachtung des Verhaltens beseitigt oder verringert werden.

Das Modell des operanten Konditionierens findet u.a. als Erklärungsansatz abhängigen, süchtigen Verhaltens durch das **SORKC-Schema**, Anwendung.

S: situative Bedingung (unangenehme Situation, Stress)

O: Organismischer Zustand (Unwohlsein)

R: Reaktion (Substanzkonsum)

K: Kontingente (Verinnerlichung von Reaktion und Konsequenzen)

C: Konsequenz (Einstellung von Entspannung)

Ebenso ist der Aufbau unseres Rechtssystems, insbesondere unter Berücksichtigung der dritten Dimension des operanten Konditionierens, ein Paradebeispiel der Anwendung operanter/instrumenteller Lerntheorie.

2.2.1.4. Die kognitive Entwicklungspsychologie

„Die Grundidee der Theorie der kognitiven Entwicklung besteht in der Annahme, dass der Mensch durch handelnde Aktivitäten zu einem Verständnis der Umwelt gelangt“ (Zimmermann, 2000, S. 37).

Piaget, der Hauptvertreter dieser Theorie, vertritt die Auffassung, dass die individuelle Persönlichkeitsentwicklung in unterschiedlichen Stadien, die auf einander aufbauen, verläuft.

Er beschreibt **vier Stufen der kognitiven Entwicklung:**

- 1. Die senso-motorische Stufe**, die von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr stattfindet.
- 2. Die zweite Stufe bildet die präoperatorische Stufe**, die sich vom zweiten bis zum 6./7. Lebensjahr herausbildet.
- 3. Die konkret-operatorische Stufe** vom 7. bis zum 11./12. Lebensjahr und schließlich
- 4. die formal-operatorische Stufe**, mit einer Wirkung bis einschließlich dem 12. Lebensjahr.

Zur Verdeutlichung der Entwicklungsaufgaben dieses Phasenmodells soll an dieser Stelle näher auf Entwicklungsinhalte der einzelnen Phasen eingegangen werden.

1) Die senso-motorische Stufe:

Sie stellt die früheste Entwicklungsstufe dar. Natürliche, angeborene Reflexe des Säuglings oder des Kleinkindes, wie beispielsweise das Saugen, mit dem Ziel der Nahrungsaufnahme, wird hier durch die aktive Betätigung unter ständiger Wiederholung, geübt und im Verlauf verfeinert, so dass die Tätigkeit aus dem Stadium der reinen reflexhaften Aktivität zum bewusst initiierten Handeln wird.

2) Die prä-operatorische Stufe:

Die prä-operatorische Entwicklungsstufe zeichnet sich durch bewusstes und geplantes Verhalten aus. Das Kind beginnt Vorstellungen und Symbole zu einer Zielerreichung in sein Denken zu integrieren. Die Ausbildung der Sprache wirkt diesbezüglich unterstützend.

3) Die konkret-operatorische Stufe:

Die Fähigkeit zu einer „innerlichen Diskussion“ ermöglicht dem Kind in dieser Entwicklungsstufe nun Handlungsschritte basierend auf konkreten Ereignissen und Wahrnehmungen gedanklich zurückzuverfolgen.

4) Die formal-operatorische Stufe:

Abstraktes Denken wird ausgeprägt. Handlungsstränge können nun ohne ein konkretes Ereignis oder eine konkrete Wahrnehmung gedanklich zurückverfolgt werden. Die Möglichkeit einer hypothetischen Problemlösestrategie kann aufgestellt werden.

„Der hier beschriebene stufenförmige Gesamtaufbau der Entwicklung verläuft zusammengefasst in folgende Richtung: vom unmittelbaren senso-motorischen

Verhalten über das konkrete Handeln zum abstrakten geistigen Operieren“ (Veith, 1996, S. 458 in Zimmermann, 2000, S. 38).

Laut Piaget braucht Sozialisation drei Bedingungen, die im Folgenden kurz vorgestellt und zusammengefasst werden sollen:

Die erste beschriebene Bedingung sind die rein biologischen Reifungs- und Wachstumsprozesse (organische, neuronale und hormonelle Prozesse) eines Individuums, die erst die Voraussetzung für die Bewältigung der oben genannten Entwicklungsphasen ermöglichen.

Die zweite Voraussetzung zur Bewältigung von Entwicklungsprozessen sind soziale und materielle Erfahrungen und Ausstattung; und schließlich die dritte Bedingung um Sozialisation prozessual zu ermöglichen ist das Streben des Menschen nach Gleichgewicht und Ausgleich von Entwicklungsstörungen. Piaget bezeichnet dies als Äquilibration.

In diesem Zusammenhang sind zwei wichtige Begriffe zu nennen:

1. Der Begriff der **Assimilation** bezeichnet die Anpassung der Umwelt an das individuelle Handlungs- und Vorstellungsrepertoire des Menschen
2. Der Begriff der **Akkommodation** hingegen meint die Anpassung eines Menschen an die jeweilige Umwelt.

Der Mensch ist dementsprechend kein ausschließlich passives und von außen gesteuertes Wesen, sondern nimmt aktiv am Sozialisationsprozess teil

„Für die sozialisationstheoretische Konzeptionierung ist an dem Ansatz von Piaget vor allem interessant, dass er Entwicklung als aktive Aneignung, als eine aktive Auseinandersetzung mit der sozialen und materiellen Umwelt interpretiert und damit auf die Grenzen der äußeren Einflüsse hinweist“ (vgl. Hurrelmann, 1993, S. 33, ebenda, S. 40).

2.2.1.5. Sozialisation als moralische Entwicklung

Ein weiterer, wie mir scheint, wichtiger Ansatz der psychologischen Theorien in der Sozialisationsforschung ist die „Sozialisation als moralische Entwicklung“.

Wie kommt es, dass Menschen gesellschaftliche Wertvorstellung internalisieren und sich zu eigen machen?

Um dieser Frage nachzugehen hat Lawrence Kohlberg ein Stufenmodell entwickelt, das nun vorgestellt werden soll.

Das Stufenmodell nach Kohlberg

I. Das vorkonventionelle Stadium Stufe 1: Orientierung an Strafe und Gehorsam Stufe 2: Naiver instrumenteller Hedonismus
II. Das konventionelle Stadium Stufe 3: Orientierung am Ideal „Guter Junge, liebes Mädchen“ Stufe 4: Orientierung an Gesetz und Ordnung
III. Das postkonventionelle Stadium Stufe 5: Orientierung am Sozialkontakt, Anerkennung demokratischer Gesetze Stufe 6: Orientierung an universellen ethischen Prinzipien oder am Gewissen

(Zimmermann, 2000, S. 41)

Stadium I: Auf der ersten moralischen Entwicklungsstufe dieses Stadiums achtet das Individuum ausschließlich auf oben bereits angeklungene lerntheoretische Konsequenzen im Sinne des operanten Konditionierens. Positive Verstärker sind ausschlaggebend, sie dienen als Orientierung „richtigen Verhaltens“, sind in dieser Phase also Instanzen moralischen Denkens. Auf der zweite Stufe dieses Stadiums, geht es um eine reine Kosten-Nutzenabwägung individuellen Verhaltens. Wichtig ist hier das Ergebnis, das aus Verhaltensweisen resultiert.

Stadium II: Der Mensch setzt in der dritten Stufe des zweiten Stadiums der moralischen Entwicklung das Agieren innerhalb sozialer Beziehungen in den Fokus seines Handelns. Wichtig ist, was sozial

anerkannt ist. Norm- und Wertmaßstäbe des sozialen Umfeldes bestimmen das Verhalten. Die vierte Stufe des zweiten Stadiums ist geprägt durch die Anerkennung von Autoritäten und dem Ordnungs- und Rechtssystem einer Gesellschaft. Die Wahrnehmung des Individuums erweitert sich somit von der Mesoebene hin zur Makroebene.

Stadium III: Das individuelle moralische Handeln der fünften Stufe der moralischen Entwicklung orientiert sich am Gemeinwohl.

Die höchste, die sechste Stufe der moralischen Entwicklung ist an das eigene Gewissen und an universelle Gerechtigkeitsprinzipien geknüpft.

Sozialisation ist auch nach diesem Ansatz an das Interagieren zwischen Mensch und Umwelt oder Gesellschaft gebunden. Entwicklungsprozesse können entsprechend nicht autonom oder entkoppelt von sozialen Zusammenhängen verlaufen.

2.2.2. Der sozialökologische Ansatz

Im Zentrum des Erkenntnisinteresses dieses sozialisationstheoretischen Erklärungsansatzes steht die Frage welchen Einfluss die konkrete Umwelt für die Persönlichkeitsentwicklung hat. Sozialisation lässt sich nach Bronfenbrenner, einem der Hauptvertreter dieses Ansatzes wie folgt beschreiben: „Menschliche Entwicklung ist der Prozess, durch den sich die entwickelnde Person erweiterte, differenziertere und verlässlichere Vorstellungen über ihre Umwelt erwirbt. Dabei wird sie zu Aktivitäten und Tätigkeiten motiviert und befähigt, die es ermöglicht, Eigenschaften ihrer Umwelt zu erkennen und zu erhalten oder auf nach Form und Inhalt ähnlich komplexen und komplexeren Niveau umzubilden“ (Bronfenbrenner 1981, S. 44 in Zimmermann 2000, S. 43).

In seinen Forschungen unterscheidet er verschiedene Systeme, in denen ein Individuum sich bewegt, die es beeinflussen:

- a) Mikrosystem: Unmittelbare Beziehungen des Individuums (Familie)
- b) Mesosystem: Beziehungen zwischen verschiedenen Lebensbereichen
- c) Exosystem: Lebensbereiche, mit den das Kind nur indirekt konfrontiert ist, die jedoch Auswirkung auf das eigene Leben haben können (z.B. Arbeitssituation der Eltern)
- d) Makrosystem: gesellschaftliche Normen und Werte
- e) Chronosysteme: markante biographische Ereignisse (z.B. Schulentlassung, Berufsabschluss etc.)

All diese Systeme wirken sich direkt auf die Sozialisation eines Menschen aus und beeinflussen diesen in ebenso vielen Lebensbereichen.

2.2.3. Soziologisch orientierte Theorien

Die Soziologie spaltet sich in verschiedene Erklärungsansätze, die im Verlauf aufgezeigt und erläutert werden sollen.

2.2.3.1. Die struktur-funktionale Theorie

Soziales Handeln tritt laut Parsons, dem Hauptvertreter dieses Ansatzes, nicht vereinzelt, sondern in spezifische Konstellationen eingebunden auf. Diese Konstellationen werden als strukturelle und funktionale Systeme beschrieben. Allen Systemen gemein ist das an bestimmte Situation gebundene Handeln. In unterschiedlichen Situationen werden unterschiedliche Handlungskompetenzen von dem Individuum abverlangt. Zur erfolgreichen Bewältigung der Anforderungen unterschiedlicher Subsysteme ist eine Anpassung notwendig. Der Mensch nimmt unterschiedliche Rollen an, er ist flexibel.

Parsons unterscheidet die partikularistische (affektgeladen und partikular spezifizierte Rollen in der Familie) und die universelle Orientierung, z.B. in der Schule. Heranwachsende müssen in der Lage sein, sich sachlich und differenziert mit Erwartungen, die an soziale Positionen gebunden sind,

auseinanderzusetzen Hier sind Handlungsalternativen (pattern variables) zum Bestehen in diesen Rahmenbedingungen notwendig.

2.2.3.2. Der symbolische Interaktionismus

„Im Mittelpunkt der interaktionistischen Sichtweise von Sozialisation steht die soziale Konstitution des Subjekts als sinnhaft aufeinander bezogene Aktion von mindestens zwei Menschen. George Herbert Mead, der Hauptvertreter des Symbolischen Interaktionalismus, glaubt, dass über diesen Konstituierungsprozess die menschliche Sozialität freigelegt wird“ (ebd., S.49). Interaktion vollzieht sich diesbezüglich durch Kommunikation. Die Sprache, als Symbolsystem, dient hierfür als Medium.

„Mead spricht in diesem Zusammenhang von ‚I‘ und ‚Me‘. Das ‚I‘ könnte als eine Art psychische Komponente eines Menschen bezeichnet werden (Spontanität, Kreativität, Triebausstattung). ‚Me‘ bezeichnet hingegen eher eine soziale Komponente, die Vorstellung von dem, was andere von mir erwarten oder das Bild, was andere von mir haben. Beide Komponenten müssen als Bestandteile eines entstehenden Selbstbildes vom Individuum zusammengepasst werden, dann ergibt sich ein ‚Self‘, die Ich-Identität“ (ebd. S.50).

Zu einer „gesunden“ Identitätsentwicklung ist ein Gleichgewicht beider Persönlichkeitskomponenten notwendig.

Folgende Fähigkeiten des Individuums zu dieser Balancefindung werden von Mead als notwendig erachtet:

- 1) Rollendistanz, d.h. die Fähigkeit zu einer reflektierenden Auseinandersetzung mit Erwartungen und Anforderungen, die den jeweiligen Rollen zugeschrieben werden.
- 2) Empathie, d.h. die kognitive Fähigkeit sich in den Anderen hineinzusetzen.
- 3) Ambiguitätstoleranz, d.h. wahrnehmen und tolerieren von Ambivalenzen verschiedener Rollen.

Sozialisation ist wie hier beschrieben also ein Wechselspiel zwischen Individuum und gesellschaftlichen Faktoren, die sich gegenseitig bedingen.

2.2.3.3. Sozialisation über Habitualisierung

Die zentrale Aussage dieser Forschungstheorie ist, dass der soziale Status eines Menschen seine Sozialisation bestimmt. Demnach wird der Lebensstil der sozialen Gruppe, in der das Individuum aufwächst, internalisiert und wirkt prägend auf die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung. Werte und Normen der Bezugsgruppe werden entsprechend übernommen, sie werden „sozial konditioniert“. Die Lebensführung eines Menschen ist von Denk- Urteils- und Handlungsschemata (Habitus) der sozialen Gruppe abhängig. Sie werden „gelernt“ und nachgeahmt und haben großen Einfluss auf die weitere Lebensführung.

Dieser wird als „gesellschaftlicher Orientierungssinn“ bezeichnet.

Der Habitus (Soziallage) als Basis der Persönlichkeitsentwicklung wird von Bourdieu, dem Hauptvertreter dieses sozialisatorischen Theotrieansatzes, nach bestimmten Merkmalen, den Kapitalkonfigurationen, unterschieden:

- a) Das ökonomische Kapital: besteht aus allen zur Verfügung stehenden materiellen Gütern.
- b) Das kulturelle Kapital bezeichnet das Wissen oder die Kenntnisse des Umgangs mit bestimmten Kulturen (familiär bestimmt). Besteht für das Kind die Möglichkeit von freien, ohne ökonomische Zwänge bestimmte Zeiten ist die Aneignung von kulturellem Kapital ausgeprägt. Aufgrund ausgeprägter ökonomischer Zwänge besteht bei Kindern aus sozialen Unterschichten oftmals ein Mangel des kulturellen Kapitals mit entsprechend höheren Defiziten im schulischen Alltag (schlechtere Schulnoten), als bei Kindern aus der sozialen Mittel- und Oberschicht.

c) Das Sozialkapital entwickelt sich aufgrund von Ressourcen bezüglich eines breiten Beziehungsnetzwerkes. Dies bedarf einer andauernden Beziehungsarbeit.

Sozialisation wird hier als Prozess beschrieben, der ausschließlich an gesellschaftliche Phänomene gebunden ist. Intrapsychische Entwicklungsprozesse werden im Habitualisierungsansatz von Bourdieu nicht beachtet. Daher bezeichnet diese Theorie Sozialisation als reinen Vergesellschaftungsprozess.

3. Neurowissenschaftliche Aspekte als Erklärungsversuch der Persönlichkeitstheorie

An dieser Stelle sollen nun neurowissenschaftliche Aspekte als ein weiteres Erklärungsmodell der Persönlichkeitsentwicklung herangezogen und vorgestellt werden.

Wie oben bereits erwähnt, basiert die Persönlichkeitsentwicklung auf Wechselwirkungsprozessen verschiedenster intra- und interpsychischer Faktoren. Bislang wurde diese in der Sozialisationsforschung größtenteils durch die oben bereits vorgestellten psychologischen und soziologischen Sozialisationstheorien erklärt.

Die Persönlichkeitsentwicklung, Sozialisation, eines Individuums ist durch die Ausprägung des individuell gelernten Verhaltens und Erlebens bestimmt. Diese individuellen Komponenten sind keine frei flottierenden menschlichen Phänomene, sondern basieren auf konkreten intrapersonalen „Ereignissen“, d.h. den neuronalen Abläufen im menschlichen Gehirn. Um diesen näher zu kommen, soll sich dieses Kapitel mit der Entstehung und den Prozessen neuronaler Strukturen, hinsichtlich einer weiter gefassten Persönlichkeitstheorie, beschäftigen.

„Die Grenze zwischen Neurowissenschaften und der kognitiven Psychologie ist fließend und letztlich nur willkürlich gezogen. Sie ist keine natürliche Begrenzung der Teildisziplinen, sondern beruht auf einem Mangel an Wissen. Mit dem Erkenntniszuwachs kommt es immer häufiger zum Verschmelzen der biologischen und psychologischen Disziplinen. Genau an diesen Verschmelzungspunkten werden unsere Kenntnisse der Geistesvorgänge ein immer festeres Fundament erhalten...

Wie die moderne kognitive Psychologie zeigt, erstellt das Gehirn eine interne Repräsentation der wahrgenommenen Welt; die Neurobiologie hat ihrerseits deutlich gemacht, dass diese Repräsentation auf der Ebene einzelner Nervenzellen und ihrer Verbindungen erklärbar sind. Die Konvergenz dieser Disziplinen hat uns völlig neue Einsichten in die Phänomene Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis geliefert“ (Kandel, 1996, S. 713 in Grawe, 2004, S. 27).

3.1. Erklärung der Erregungsübertragung zwischen Neuronen

Wie im Folgenden deutlich wird ist das Gehirn „der Inbegriff von Komplexität“ mit einer 500 Millionen Jahre langen evolutionären Geschichte. Alleine die Anzahl der im Gehirn aktiven Neuronen beträgt schätzungsweise eine Anzahl von ca. 100 Milliarden. Eine weitere im Gehirn häufig auftretende Zellform, die Gliazellen, sind etwa, so wird geschätzt, 10 - 50 mal so häufig vertreten. „Jedes Neuron ist mit bis zu zehntausend Synapsen, eingehend wie ausgehend, mit anderen Neuronen verbunden (Grawe, 2004, S. 45). Synapsen, die bis zu 300 Impulse pro Sekunde weiterleiten, sind für die Reizübertragung zwischen den einzelnen Nervenzellen und somit zwischen Gehirnarealen verantwortlich. Jedes der Neuronen trägt das komplette Erbgut eines Menschen, das aus ca. 35 000 Genen besteht, in sich. Die verschiedenen Neuronen sind mit unterschiedlichen Aufgaben, je nach Verortung im Gehirn, betraut. So sind Neuronen, die im visuellen Cortex angesiedelt sind, für das Sehen, Neuronen des auditorischen Cortex für das Hören und gnostische Neuronen für das Erkennen von Gesichtern zuständig. All diese spezialisierten Neuronen sind vernetzt und arbeiten in neuronalen Schaltkreisen zusammen. Die Erregungsübertragung, die für die Aktivierung der Schaltkreise verantwortlich ist, erfolgt, wie bereits erwähnt, durch die Synapsen. Über elektrische und chemische Synapsen entsteht Kommunikation der Neuronen untereinander. Für die chemische Signalübertragung werden eigens hergestellte Botenstoffe, die Neurotransmitter (einschließlich der Neuromodulatoren, Neuropeptiden und Neurohormonen), benutzt.

An dieser Stelle sollen insgesamt neun Neurotransmittertypi:

- Glutamat
- Glycin
- GABA
- Dopamin
- Noradrenalin
- Adrenalin

- Serotonin
- Histamin
- Acetylcholin

Diese Neurotransmitter zeichnen sich durch eine unterschiedliche Dauer von der Ausschüttung bis zur Wirkung aus. So spielt sich die Wirkung von Glutamat und GABA in Millisekunden, die von Dopamin und Serotonin in Sekunden bis zu Minuten und die von Neuropeptiden und Neurohormonen in Stunden, Tagen oder Wochen, ab.

„Die Produktion und Ausschüttung von Neurotransmittern sind aber keineswegs die einzigen Beiträge, die ein Neuron zur Erregungsübertragung zwischen den Neuronen leistet. Neurotransmitter werden in Vesikeln¹ zur Axonendigung² transportiert und dort in den synaptischen Spalt ausgeschüttet, um die Erregung des Neurons auf andere, postsynaptisch mit ihm verbundene Neuronen übertragen“ (Grawe, 2004, S. 47).

3.2. Biochemische Prozesse an den Synapsen und in den Neuronen

Die Rezeptoren der postsynaptischen Bahn zeichnen sich durch die Möglichkeit unterschiedlicher Funktionen aus. Sie können sowohl hemmende, als auch erregende Muster zeigen, d.h. Neurotransmitter sind auf spezialisierte Rezeptoren festgelegt. So gibt es beispielsweise Dopamin-, Serotonin-Glutamatrezeptoren usw., denen allen eine spezifische Funktion bzw. Aufgabe zugrunde liegt.

Die Neurotransmitter werden aus den Vesikeln in Quanten ausgeschüttet. Die Konzentration der ausgeschütteten Quanten im synaptischen Spalt ist bedingt durch die Schnelligkeit der nacheinander abfolgenden Aktionspotenziale, also der Feuerrate des Neurons. Im Falle des nicht sofortigen Andockens an den für den Neurotransmitter spezialisierten postsynaptischen Rezeptor, kommt es zu einer Wiederaufnahme und Wiederverwendung in der präsynaptischen

¹ Vesikel: Transporter der Neurotransmitter

² Axon: Erregungsableiter des Neurons

Membran. Sollte die Wiederaufnahme z.B. durch medikamentöse Behandlung beispielweise der Depression (Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)) gehemmt werden, führt dies zu einer vermehrten Konzentration dieses Transmitters im extrazellulären Raum. Der jeweilige Neurotransmitter hat so die Möglichkeit an den postsynaptischen Rezeptor anzudocken, sobald ein „freier Platz“ entsteht und kann in der Folge die Erregungsübertragung an dieser Synapse modulieren. Festzuhalten ist hier, dass es Neurotransmitterrezeptoren grob in zwei Kategorien einzuteilen sind. Zum einen sind hier die ionotropen Glutamatrezeptoren zu nennen. Der Transmitter selbst führt innerhalb von Millisekunden zur Öffnung oder Schließung des Ionenkanals. Das sind vor allem erregende AMPA-Rezeptoren und hemmende GABA-Rezeptoren. „Diese sind, wie die zugehörigen Transmitter, Glutamat und Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) sind überall im Gehirn verbreitet, Diese Rezeptoren sind vor allem an Prozessen beteiligt, die sich sehr schnell abspielen müssen. Zusammen mit den elektrischen Synapsen, die sich ebenfalls für eine sehr schnelle Erregungsübertragung eignen...sind diese Rezeptoren Grundlage für schnell ablaufende neuronale Prozesse...Es gibt noch einen wichtigen anderen erregenden Glutamat-Rezeptortyp, den NMDA-Rezeptor...Er reagiert langsamer als die anderen beiden ionotropen Rezeptoren, weil der Ionenkanal beim Ruhepotenzial der Membran durch Magnesium blockiert ist, und sich erst dann öffnet, wenn eine Depolarisierung³ der postsynaptischen Membran erfolgt ist. Die Öffnung des NMDA-Ionenkanals setzt also eine vorherige Aktivierung der postsynaptischen Nervenzelle durch anderweitige Erregung voraus. Erst dann kann Kalzium in die Zelle einströmen. Dieses Kalzium aktiviert dann einen zellinternen Botenstoff, einen „Second Messenger“, der seinerseits eine Abfolge chemischer Reaktionen in Gang bringt, die schließlich in einer selektiven Verstärkung der Übertragungsbereitschaft der an dieser spezifischen Erregung beteiligten Synapsen resultiert. Man spricht hier von Langzeitpotenzierung (LTP) der Synapsen. Langzeitpotenzierung wirkt über Sekunden bis Minuten. Es wird dabei nicht die Aktivierbarkeit des ganzen Neurons erhöht, sondern nur

³ Depolarisierung: Umpolung der negativen Ionen im Zellinneren durch öffnen der Ionenkanäle

jene Aktivierung der gerade stattgefundenen Erregung beteiligten Synapsen. Es werden also selektiv die Verbindungen zwischen bestimmten Neuronen verstärkt. Das ist gemeint, wenn ich...von Bahnung spreche“ (ebd., 2004,S. 50/51).

Desweiteren gibt es einen zweiten wichtigen an dieser Stelle zu nennenden Rezeptortyp, die G-Protein-gekoppelten Rezeptoren. Der Einfluss auf die Übertragungsbereitschaft der Neurotransmitter, der Neuromodulatoren, auf die Synapsen erfolgt hier auf einem indirektem Weg. Durch das Andocken an die Außenhülle der Zellmembran an Rezeptoren aktivieren diese unter Beteiligung weiterer zellinterner „Transduktionsproteine“ ein zellinternes Enzym, das einen sekundären zellinternen Botenstoff erzeugt, der ebenfalls als „Second Messenger“ bezeichnet wird. Durch biochemische Veränderung als Folgereaktion auf diese neuronalen Prozesse verändert sich ebenfalls die Bereitschaft des Öffnens und Schließens von Ionenkanälen. Diese Rezeptoren haben einen die Zelle von innen heraus modulierenden Effekt. Er entsteht durch Konzentrationsanstieg eines „Second Messengers“ im postsynaptischen Neuron. Diese Abläufe dauern mehrere Sekunden oder Minuten an und führen zu einer Langzeitpotenzierung ausschließlich der in diesem Moment aktivierten Synapse. Durch andauernde erhöhte Erregbarkeit des Neurons über die jeweilige Synapse nimmt die Aktivierung oder die Hemmung weiter zu (Grawe, 2004, S. 53).

Es entsteht eine dritte „Second Messenger“ Kaskade, die letztendlich dazu führt, „dass um eine dauernd aktivierte Synapse herum weitere Synapsen wachsen und damit die Erregungsübertragung vom präsynaptischen zum postsynaptischen Neuron nachhaltig und längerfristig erleichtert wird. Erst dieser Vorgang führt zu langfristigem Lernen“ (Abel & Kandel, 1998, in Grawe, 2004, S. 53).

Dementsprechend kann ein Mensch nur durch eine stetige und andauernde Aktivierung einer Synapse. zu Veränderungen seines Denkens, Fühlens und Handelns gelangen. Eine Veränderung kann, wie Grawe weiter formuliert, nur damit erreicht werden, „dass man an einem Problem dranbleibt, es wirklich

intensiv von allen Seiten bearbeitet, damit immer wieder die an den problematischen neuronalen Schaltkreisen beteiligten Neurone aktiviert werden. Erst dann werden die NMDA-Rezeptoren geöffnet und es kann eine „Second Messenger“ Kaskade in Gang kommen“.

Diese für die Psychotherapie bahnbrechende und meines Erachtens revolutionäre Feststellung nimmt bezüglich der Bedeutung und der Wirksamkeit von Therapieschulen, wie beispielsweise für die kognitive Therapie nach Beck, eine herausragende Rolle ein.

Als Fazit dieser Erkenntnisse ist für die Praxis zu nennen, dass dauerhafte Bahnungen neuer neuronaler Schaltkreise, d.h. bezüglich neuer Inhalte des Erlebens, Handelns und Fühlens von PatientInnen, eine dauerhafte und sich immerzu wiederholende Erlebnisaktivierung durch die Therapeutin/den Therapeuten von Nöten ist.

Trotz aller oben beschriebenen fundamentalen und nachvollziehbaren neuronalen Prozesse dürfen die jeweiligen Rahmenbedingungen, die das Aufwachsen eines Individuums bestimmen, nicht außer Acht gelassen werden. Hierzu zählen Kultur, Gesellschaftsordnung und Zugehörigkeit eines Menschen zu sozialen Gruppen.

3.3. Die Aktivität neuronaler Erregungsmuster

Prozesse im Gehirn laufen in der Regel in geordneter Form ab. Um diese Ordnung, also die Abstimmung neuronaler Abläufe herstellen zu können, ist es notwendig, dass aktivierte Neuronen in Zusammenschlüssen und Vernetzungen einzelner Neurone agieren. Es entstehen Muster gleichzeitig aktivierter Neuronen. Diese geordneten Abläufe können jedoch nur zustande kommen, indem nicht gleichzeit alle Neurone aktiviert sind, sondern auch durch die Aktivierung einzelner Zusammenschlüsse von Neuronen, die andere hemmen. Erst durch Hemmung, also durch Ausschalten bestimmter Informationen, die ständig in großer Fülle auf uns, d.h. auf unser Gehirn einwirken, ist eine Fokussierung auf im Moment individuell bedeutsame Prozesse, die die gesamte Aufmerksamkeit erfordern, möglich. Dementsprechend ist Hemmung ein

grundlegender Faktor für das geordnete Funktionieren neuronaler Prozesse. Um diese Flut an Informationen zu filtern, hemmt der Thalamus all diese Botschaften, die von außen auf uns einbrechen. Er registriert zwar all das, leitet jedoch die im Moment unbedeutend erscheinenden Informationen nicht an die Hirnareale die mit der aktuellen Aufmerksamkeit gebunden sind, weiter. Der Thalamus steht mit fast allen Hirnarealen in Verbindung und hat die Funktion einer neuronalen Schaltzentrale, die ständig mit der Auswahl von zur Zeit relevanten und nicht relevanten Reizen beschäftigt ist.

Zur Entscheidung bezüglich der Relevanz von Reizen besteht eine direkte Verbindung zum präfrontalen Cortex, der verschiedene Erregungsmuster in Gang setzt und unsere aktuellen Ziele und motivationale Bereitschaften repräsentiert. „Bei hoher Bedeutsamkeit von Ereignissen werden schon auf dieser Stufe Regionen aktiviert, die mit positiven oder negativen Gefühlen verbunden sind, wie die Amygdala⁴ und der ventromediale Teil des präfrontalen Cortex...vermittelt eine Vorstellung von der Lage dieser an der Gedächtnisbildung beteiligten Regionen im Gehirn“ (ebd., 2004, S. 75).

Eine ebenso intensive Verbindung hat der Thalamus zum neuronalen Arbeitsspeicher, der für die Aufmerksamkeit für Reize zuständig ist. Durch die neuronale Prozessbeteiligung des Arbeitsspeichers, der sich über verschiedene Hirnareale erstreckt, wird die Bildung expliziter Gedächtnisinhalte überhaupt erst möglich. Neue Gedächtnisinhalte entstehen insbesondere durch eine starke motivationale Ausrichtung der Wahrnehmung. Das Dopaminsystem, auch Belohnungszentrum genannt, ist, wenn starke motivationale Ziele aktiviert sind, in erhöhtem Maße erregt. Zunächst verläuft die Bildung von Gedächtnisinhalten über den Hippocampus, der im Verlauf der Weiterverarbeitung, d.h. durch eine Konsolidierung, der Inhalte, beispielsweise im Schlaf, eine Neubildung von synaptischen Verbindungen auch hin zu anderen Hirnregionen, die beim ursprünglichen Erlebnis aktiviert waren, forciert. Erst durch diese Weiterverarbeitung des Gelernten werden andere Hirnregionen an Gedächtnisinhalten beteiligt. Es entsteht das Langzeitgedächtnis. Der

⁴Die Amygdala repräsentiert das zentrale Angstzentrum im Gehirn.

Hippocampus bleibt jedoch auch nach der Weiterleitung an Langzeitgedächtnisinhalten beteiligt, spielt aber eine untergeordnete Rolle.

„Auf die wichtige Rolle des Hippocampus für die Gedächtnisbildung wurde man mehr oder weniger zufällig in den fünfziger Jahren durch ein tragisches Versehen aufmerksam. Einem Patienten Henry M., der unter extremen epileptischen Anfällen litt, wurde einseitig ein großer Teil des Temporallappens, von dem die epileptischen Anfälle ausgingen, chirurgisch entfernt. Darunter war auch der gesamte Hippocampus. Die Ärzte wussten vor der Operation nicht, dass der Hippocampus auf der anderen Seite des Gehirns bereits total verkümmert war. Die Epilepsie besserte sich, aber die Operation hatte eine von den Ärzten so nicht erwartete Nebenwirkung; Henry M. konnte sich nach der Operation an überhaupt nichts mehr erinnern, was er erlebte und tat. Anfangs dachte man, er habe sein ganzes Gedächtnis verloren. Aber mit der Zeit zeigte sich, dass seine Ausfälle ganz spezifischer Natur waren...Henry hatte nämlich nicht sein gesamtes episodisches Gedächtnis verloren. Er konnte sich an Ereignisse, die längere Zeit zurücklagen, zum Teil noch recht gut erinnern, und zwar umso besser, je länger sie zurücklagen....Henry verfügte auch weitgehend über das Wissen über die Welt (semantisches Gedächtnis), seine Fähigkeit zu sprechen war erhalten (semantisches Gedächtnis für die Wortbedeutung und prozedurales Gedächtnis für die Anwendung der Syntax und Grammatik) und seine Intelligenz bewegte sich auf einem durchschnittlichen Niveau. Nur war alles immer völlig neu für ihn, was nach seiner Operation geschah. Er konnte Dinge für einige Sekunden behalten, aber er konnte sie nicht mehr zu einem dauerhaften Gedächtnisbesitz machen. Auch sein Bild von sich selbst war in der Vergangenheit verankert. Er konnte sich nicht mehr selbst im Spiegel erkennen, wohl aber auf alten Photos“ (Grawe, 2004, S. 72). Diese Falldarstellung schildert meines Erachtens die enorme Bedeutung des Hippocampus für das Leben und Überleben auf sehr eindrucksvolle Weise. Wenn also, wie in diesem Fall beschrieben, der Hippocampus beidseitig durch Verkümmern oder Verlust als aktivierbare Hirnregion ausfällt und für das

neuronale Geschehen nicht mehr zugriffsbereit ist, können sich auch keine expliziten Gedächtnisinhalte mehr bilden.

Wahrnehmung und Erleben gelangen zunächst über unsere Sinne zum visuellen, auditiven und somatosensorischen Cortex. Diese sinnesspezifischen Repräsentationen stellen einen ersten Verarbeitungsschritt für die Aufnahme von Reizen dar. Sie werden nach Aufnahme in diese neuronalen Schaltkreise unmittelbar zu Konvergenzzonen im rhinalen Cortex, der sich in unmittelbarer Nachbarschaft zum Hippocampus befindet, weitergeleitet. Dieser wird von mehreren Konvergenzzonen mit Informationen überschüttet. Aufgrund der Nähe zum Hippocampus wird diese Region auch als parahippocampale Region bezeichnet. Dadurch dass der Hippocampus Input von mehreren Konvergenzzonen erhält, wird er auch als Superkonvergenzzone bezeichnet.

Eine bewusste Erinnerung an frühkindlich entstandene Gedächtnisinhalte mit unter Umständen starker emotionaler Beteiligung kann ausgeschlossen werden, da der Hippocampus bis zum vierten Lebensjahr nicht vollständig ausgereift ist und aufgrund dessen eine Bildung von expliziten Gedächtnisinhalten mit einer, wie oben bereits beschriebenen, Weiterleitung des Neuerlebten nicht möglich ist.

3.4. Menschliche Grundbedürfnisse und Auswirkung auf die psychische Gesundheit

Nachdem oben zunächst neuronale Abläufe im Gehirn als Grundlage des psychischen Geschehens beschrieben wurden, soll im Folgenden explizit auf dieses genauer eingegangen werden. Zum Verständnis motivationaler Aspekte menschlichen Verhaltens, d.h. Wünsche, Ziele, Pläne und Werte eines Menschen und die daraus resultierenden Phänomene von Individuen, ist das Wissen um menschliche Grundbedürfnisse von fundamentaler Bedeutung.

„Auch für den einzelnen Menschen gilt: Wenn seine Lebensbedingungen gut übereinstimmen, gedeiht er gut“ (Grawe, 2004, S. 183).

Um eine gute Entwicklung nehmen zu können, ist der Mensch von Grundbedürfnissen erfüllt. Diese teilen sich in biologische Grundbedürfnisse,

wie z.B. Luft zum Atmen, ausreichend Nahrung etc. und psychische Grundbedürfnisse, die im Verlauf näher erläutert werden sollen.

Seymour Epstein unterscheidet vier Kategorien psychischer Grundbedürfnisse, die er in der „Cognitive-Experiential“ „Self-Theory“ (1990, 1993) präzisiert.

Epsteins Theorie zufolge ist das gesamte motivationale Handeln eines Menschen, das in individuellen motivationalen Schemata abläuft, bedingt durch die im Folgenden zu erläuternden Grundbedürfnisse:

Vier Grundbedürfnisse des Individuums:

1. Das Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Kohärenz
(Bedürfnis nach Konsistenz nach Grawe)
2. Das Bedürfnis nach Bindung
3. Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
4. Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

3.4.1. Das Bedürfnis nach Kontrolle, Orientierung und Kohärenz bzw. nach Konsistenz

Die Bedürfnisse erscheinen grundlegend für das Funktionieren aller psychischen Prozesse. Hiermit ist der Zustand des Organismus, der Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit aller parallel ablaufenden neuronalen bzw. psychischen Prozesse, also ein psychisches Funktionieren ermöglicht, gemeint. Konsistenz bezieht sich auf die Regelung intrapsychischer Prozesse und Zustände. Diese werden in Relation zueinander gesetzt. Dem Bedürfnis nach Konsistenz kommt jedoch eine Sonderposition unter den Grundbedürfnissen zu. Der menschliche Organismus hat viele Mechanismen entwickelt, um Inkonsistenz zu vermeiden, d.h. um ein Ungleichgewicht zu vermeiden und um durch einen evtl. dauerhaften Zustand von Inkonsistenz, der zu gesundheitlichen Störungen auch die Psyche betreffend führen kann, entwickelt. Das Bedürfnis nach Konsistenz ist jedoch ein „...grundlegendes Prinzip der innerorganismischen Regulation..., das allen Einzelbedürfnissen übergeordnet ist“ (Grawe, 2004, S. 186).

Es setzt die Rahmenbedingungen für die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse, die ein innerorganismisches Gleichgewicht neuronaler/psychischer Prozesse erfordern.

Für die Entwicklung psychischer Gesundheit sind annähernde und vermeidende motivationale Ziele, die auf dem Grundprinzip der Konsistenz beruhen, zu unterscheiden.

Ein konsistentes bzw. kohärentes Klima der Lebenswelt eines Individuums mit Befriedigung all seiner Grundbedürfnisse, führt dementsprechend größtenteils zu annähernden motivationalen Zielen, mit positiver Erfahrung bezüglich der Selbstwirksamkeit und der Entwicklung eines differenzierten Verhaltensrepertoires. Der Mensch entwickelt unter diesen Bedingungen entsprechend hilfreiche Copingstrategien, die in belastenden Situationen dienlich sind, und somit Stabilität in der weitere Lebensbewältigung bedeuten. Sollte jedoch die Lebensrealität durch andauernde Verletzung, Bedrohung oder Enttäuschung der Grundbedürfnisse geprägt sein, entwickeln sich Vermeidungsschemata, mit negativen Folgeerscheinungen, die entgegengesetzt zu oben bereits beschriebenen motivationalen Verhaltensmustern führen. Vermeidungsschemata haben die Funktion des Schutzes vor weiteren Verletzungen und Enttäuschungen. Sie verstellen den Weg zu einer positiven Bedürfnisbefriedigung, denn auch in Situationen, in denen positive Bedürfnisbefriedigung erreicht werden könnte, sind Menschen mit starker Vermeidungstendenz immer wieder in einem „teuflischen Kreislauf“, aufgrund starker Bahnungen des Vermeidungsverhaltens, das selbst hier aufrecht erhalten bleibt, gefangen sind.

„Überwiegt die Vermeidung die Annäherung, d.h. hemmen die stärker gebahnten Vermeidungstendenzen die gleichzeitig aktivierten, aber schwächer gebahnten Annäherungstendenzen, entstehen Inkongruenzsignale bezüglich der unerfüllten Annäherungsziele. In diesem Fall besteht eine Annäherungsinkongruenz. Wenn es nicht gelingt, die befürchteten Erfahrungen zu vermeiden, wenn also das Schlimme wirklich eintritt, entsteht Vermeidungsinkongruenz. Annähernde und vermeidende Tendenzen können

auch gleichzeitig aktiviert werden und sich gegenseitig hemmen. In diesem Fall kann von einem motivationalen Konflikt oder von motivationaler Diskordanz gesprochen werden“ (ebd., S. 189).

Die Diskordanz, Nichtvereinbarkeit zweier oder mehrerer motivationaler Tendenzen, und die Inkongruenz, Nichtübereinstimmung der realen Erfahrungen mit den angestrebten, motivationalen Zielen, stellen wichtige Formen der Inkonsistenz, dar.

Inkongruenzsignale können bewusst oder aber auch unbewusst im intrapsychischen Geschehen ablaufen. Bei andauernder Verfehlung motivationaler Ziele, annähernder oder vermeidender Art, werden zu einem in der Folge hohen Inkongruenzniveau führen. Dies führt wiederum zu einem komplexen Stresszustand, der mit Angst, Enttäuschung oder Ärger, also mit einem hohen Maß an negativen Gefühlen, verbunden ist. Dauerhafte traumatische Inkongruenzerfahrungen, mit implizit schlechten Konsistenzsicherungsmechanismen (Coping, Emotionsregulation, Abwehrmechanismen) können darüber hinaus zu strukturellen und funktionellen Schädigungen im Gehirn führen. Diese wiederum weisen als Resultat Einschränkungen wichtiger Funktionen, die zur Bearbeitung und zur Bewältigung belastender Situationen im weiteren Lebensverlauf, dienlich sind, auf.

3.4.2. Das Bedürfnis nach Bindung

Ein notwendiger Rahmen für die menschliche Entwicklung, die Entwicklung eines Individuums, stellt die Qualität verschiedenster Sozial- und Bindungsbeziehungen aus allen Lebensbereichen eines Kindes, dar. Ihre Ursprünge hat die Bindungstheorie in den Forschungsarbeiten von Bowlby (1969), der die frühkindliche soziale und emotionale Persönlichkeitsentwicklung unter klinisch-psychologischen Gesichtspunkten untersuchte. „Unter Bindung wird ein emotionales Band verstanden, das sich im ersten Lebensjahr zwischen Kind und Eltern (oder allgemein engen Bezugspersonen) entwickelt und auf dem Bedürfnis des Kindes nach Bindung und Schutz beruht. Da ein

Neugeborenes zur Befriedigung seiner Bedürfnisse auf die Fürsorge eines Erwachsenen angewiesen ist, ging Bowlby (1969) davon aus, „dass es auch beim Mensch ein evolutionäres, also biologisch verankertes Verhaltensprogramm gibt, dessen Funktion darin besteht, die Nähe zur wichtigsten Pflegeperson, meistens der Mutter, zu sichern und damit Schutz und Trost zu erhalten“ (Lugt in Mäder/Daub 2004, S. 85).

„Friedrich II. von Hohenzollern soll folgendes Experiment durchführen haben lassen, um die Ursprache des Menschen zu erforschen: Er ließ einige elternlose Säuglinge in ein Haus zusammenbringen, wo er für sie jegliche Art von körperlicher Pflege anordnete, aber strikt verbot mit ihnen zu reden...Sie starben“ (Schmidt 1998, S. 1).

Demzufolge ist ein Bindungsverhalten auf sozialer und emotionaler Ebene für den Menschen lebens- und überlebenswichtig

Jedoch ist das Bindungsverhalten, der Bindungsaufbau ein sehr sensibles Geschehen, es ist leicht zu erschüttern. Unangenehme und belastende Situationen werden vom Kind mit intrapsychischen Erregungszuständen wie Angst, Verunsicherung oder Unwohlsein beantwortet, die sich negativ auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung auswirken können. Um diese negativen Gefühlszustände abzuwenden, ist es notwendig eine durch Nähe und Verfügbarkeit gekennzeichnete Atmosphäre durch die Bindungsperson zu schaffen. Voraussetzung für eine stabile Bindung ist die regelmäßige und verlässliche Übernahme von Versorgungsaufgaben. Mit zunehmendem Alter zeichnet sich ein unterschiedliches Bindungsverhalten von Säuglingen ab. Als bekanntestes Phänomen ist hier die „Acht-Monatsangst“ auch „Fremdelreaktion“ zu nennen. In dieser Entwicklungsphase, die sich mit dem Entwicklungsmodell von Erik H. Erikson deckt, der diese Phase als Phase „Urvertrauen gegen Urmisstrauen“ bezeichnet (siehe Kap.2), sind deutliche Bindungsängste bei Säuglingen zu erkennen. Sobald die Mutter oder eine andere Bindungsperson das Kind „verlässt“, beispielsweise durch Verlassen des Raumes, entstehen beim Kind starke physiologische Stressreaktionen, die nur durch die Bindungsperson vollends gemildert werden können. Sollten

solche Verunsicherungen für das Kind Normalität darstellen, wird sich laut Erikson ein anhaltendes Gefühl der Verunsicherung entwickeln, so dass ein Grundgefühl des Misstrauens wächst.

Hiltrud Lugt beschreibt in ihrer Abhandlung „Bindungstheorie und Sozialisation“ weiterhin, an Eriksons Forschungen anknüpfend, dass das Ausmaß, mit dem ein Kind Vertrauen entwickelt, wesentlich von Erfahrungen, die es im Umgang mit seinen Bezugspersonen macht, abhängt. Die Funktion der Mutter sollte demzufolge eine sichere und immerzu verlässliche Basis sein. Dies ist die Wurzel des Urvertrauens, durch welches das Kind, durch inneres Vertrauen und Vertrauen in andere, im Verlauf seiner Entwicklung ein positives Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz entwickeln kann. Durch einschneidende negative Erfahrungen im Umgang mit Bindungspersonen entsteht ein, durch Selbstzweifel und Misstrauen zu anderen geprägtes Verhalten, das soziale und emotionale Beziehungen in höchstem Maße erschwert. Zusätzlich können sich in allen Lebensbereichen einschließlich Schul- und Berufsabschluss große Schwierigkeiten hinsichtlich schulischer Leistung und sozialer Kompetenz entwickeln.

Um Bindungsqualität wissenschaftlich genauer erforschen zu können, entwickelte Mary Ainsworth 1974 aufbauend auf den Studien zur Bindungsqualität von Bowlby, den „Strange-Situations-Test“. In diesem Test sollte die Bindungsintensität und Bindungsstabilität durch Simulation, kurze Trennungen von Mutter und Kind, untersucht werden.

Der Fremde-Situations-Test (FST)

Episode	Anwesende	Dauer	Handlung
1	Mutter und Kind Versuchsleiterin	30 Sekunden	VL führt Mutter und Kind in den Raum, spricht ein paar Sekunden mit der Mutter und geht wieder raus
2	Mutter und Kind	3 Minuten	Mutter verhält sich möglichst unbeteiligt, wenn das Kind die neue Umgebung exploriert. Wenn es nötig wird, soll die Mutter das Spiel nach ca. 2 Minuten aktivieren
3	Fremde, Mutter,	3 Minuten	Fremde tritt ein 1. Minute: Fremde verhält sich

	und Kind		still. 2. Minute: Fremde spricht mit der Mutter und geht zum Kind. Nach 3 Minuten geht die Mutter unauffällig aus dem Raum, ohne sich zu verabschieden.
4	Fremde und Kind	3 Minuten oder weniger	Erste Trennung. Das Verhalten der Fremden ist auf das Kind abgestimmt.
5	Mutter und Kind	3 Minuten oder mehr	Erste Wiedervereinigung. Die Mutter begrüßt, tröstet das Kind. Versucht dann es zum Spielen zu bringen. Sie geht danach wieder und verabschiedet sich kurz mit „tschau“ o.ä.
6	Kind allein	3 Minuten oder weniger	Zweite Trennung
7	Fremde und Kind	3 Minuten oder weniger	Fortsetzung der zweiten Trennung von der Mutter. Die Fremde tritt ein und passt ihr Verhalten dem Kind an.
8	Mutter und Kind	3 Minuten	Zweite Wiedervereinigung. Die Mutter tritt ein, begrüßt das Kind, nimmt ihr Kind hoch usw. Die Fremde geht dabei unbemerkt raus.

(Lugt in Mäder/Daub 2004, S. 89)

Durch die unterschiedlichen Reaktionen der Kinder, die sich bei der Durchführung der Testsituationen gezeigt haben, ist davon auszugehen, dass eine unterschiedliche Bindungsstabilität in den untersuchten Mutter-Kind-Beziehungen herrscht. Aufgrund dieser Entdeckung entwarf Ainsworth ein Ordnungsmodell zur Erfassung der unterschiedlichen Bindungsstabilität.

Bindungsqualität bei 12-18 Monate alten Kindern

Kinder mit sicher gebundenem Verhaltensmuster (B)

...sind gewöhnlich beunruhigt über die Trennung von der Mutter und zeigen Zeichen von Kummer. Sie unterbrechen ihr Spiel und suchen gelegentlich aktiv nach ihr.

Sie lassen sich von Fremden nur ungern trösten, manchmal aber zur Neuaufnahme des Spiels überreden.

Sie wenden sich der Mutter freudig zu, wenn sie zurückkommt, suchen Nähe und Körperkontakt, und beginnen ausgehend von dieser sicheren Basis, sich wiederum ihrem Spiel bzw. ihrer Umgebung

zuzuwenden.
<p>Kinder mit unsicher vermeidendem Verhaltensmuster (A)</p> <p>...ignorieren den Weggang der Mutter. Sie zeigen wenig offene, deutlich beobachtbare Zeichen von Beunruhigung während der Trennung. Sie setzen ihr Spiel während der Trennung fort und spielen manchmal lebhafter mit der Fremden als mit der eigenen Mutter. Sie ignorieren die Rückkehr der Mutter und begrüßen sie, wenn überhaupt, nur flüchtig. Sie vermeiden Nähe zur Mutter und suchen kaum Kontakt, auch keinen Blickkontakt. Sie verhalten sich einer fremden Person gegenüber nicht anders als der Mutter gegenüber.</p>
<p>Kinder mit unsicher- ambivalentem Verhaltensmuster (C)</p> <p>...zeigen extremen Trennungsprotest und sind, wenn die Mutter den Raum verlässt und während der Trennung sehr beunruhigt und weinen. Sie spielen nicht mehr weiter und explorieren ihre Umgebung auch nicht mehr. Sie begrüßen nach der Wiederkehr ihre Mutter zwar und suchen ihre Nähe, zeigen aber gleichermaßen Zeichen von Verärgerung und quengeliger Unzufriedenheit. Sie klammern sich zwar an, lehnen aber im nächsten Moment aggressiv ab und wollen wieder losgelassen werden. Sie können im Gegensatz zu sicher gebundenen Kindern nur sehr langsam durch die zurückgekehrte Bezugsperson getröstet und beruhigt werden.</p>
<p>Kinder mit desorganisiertem Bindungsmuster (D)</p> <p>...zeigen Verhaltensmuster wie Erstarren in den Bewegungen bei gleichzeitig tranceähnlichem Gesichtsausdruck und Furcht vor der Mutter. Sie können stereotypes Schaukeln auf den Händen und Knien nach Annäherung zeigen. Sie entfernen sich von der Bezugsperson bei gleichzeitiger Angst vor der Fremden. Sie schreien nach der Bezugsperson während der Trennung, wenden sich jedoch still ab bei der Wiedervereinigung Sie richten sich auf, um die Bezugsperson zu begrüßen, sinken im nächsten Moment dann aber auf dem Boden in sich zusammen.</p>

(Ebd. 2004, S. 90)

Die Reaktionen des Kindes auf die zweite Trennung von der Mutter wird als die interessantere Sequenz benannt und gilt als entscheidend für die Beurteilung der Qualität des Bindungsverhaltens. Desweiteren weist eine unsichere Bindung von Kindern mit entsprechendem Verhaltensmuster keinerlei Symptome mit pathologischen Charakteristika, die eine problematischen Entwicklung einleiten oder bezeugen, auf.

Zur weiteren Erfassung der Bindungsqualität über das Kindesalter hinaus wurden weitere Testverfahren entwickelt, die an dieser Stelle kurz benannt werden sollen.

Verschiedene Methoden zur Erfassung der Bindung über die Lebensalter hinweg

Instrument	Abkürzung	Erfassung
Story Completion Task (Bretherton/Ridgway/Cassidy, 1990)	SCT	Klassifizierung der Bindungsqualität aufgrund von Internal Working Models Zusätzlich Beachtung der Wiedervereinigungs-Situation
Seperation Anxiety Test; Klagsburn/Bowlby, 1976)	SAT	Klassifizierung der Bindungsqualität aufgrund von Internal Working Models Zusätzlich Beobachtung der Wiedervereinigungssituation
Adult-Attachement-Interview (George/Main/Kaplan 1996)	AAI	Bindungsqualität aufgrund von Internal Working Models Aktuelle Selbsteinschätzung und retrospektive Schilderung im Interview

(Ebd. 2004, S. 92)

Basierend auf ihren Forschungsarbeiten sollen hier drei der von Mary Ainsworth begründeten Erklärungsmodelle der Bindungstheorie vorgestellt werden:

1. Das Konzept der Feinfühligkeit besagt, dass ein Bindungsaufbau von Säuglingen dadurch entsteht, dass die jeweilige Bezugsperson Bedürfnisse des Säuglings in feinfühligster Art beantwortet. Eine feinfühligste Umsorgung des Säuglings durch die Bindungsperson wirkt entwicklungsfördernd.

2. Die Ansprache des Säuglings durch die Pflegeperson hat einen enorm hohen Stellenwert für den Aufbau einer sicheren Bindung des Säuglings. Durch Verstummen der Bezugsperson, der Mutter, wird die Interaktion zwischen Säugling und Mutter in erheblichem Maße gestört. Dies wird ebenfalls mit einem Verstummen des Säuglings beantwortet.

3. Die neurologische Entwicklung hat für den Bindungsaufbau des Kindes zur Mutter ebenfalls große Bedeutung. Brisch (2002e) fand in seinen Längsschnittstudien heraus, „...dass Frühgeborene mit einer gesunden neurologischen Entwicklung signifikant häufiger eine sichere, diejenigen mit einer neurologischen Behinderung dagegen eher eine unsichere Bindungsentwicklung im Alter von 14 Monaten zeigten“(Brisch in Finger-Trescher/Krebs 2003, S. 54).

3.4.2.1. Neurobiologie des Bindungsbedürfnisses

Das Bindungsbedürfnis zählt wie oben bereits angeklungen zu einem menschlichen Grundbedürfnis. Ungünstige Bindungserfahrungen haben schwerwiegende Folgen für die psychische Gesundheit eines Individuums. Dieses Bindungsbedürfnis ist jedoch nicht ausschließlich ein menschliches Phänomen, sondern konnte durch Forschungen auch an Tieren nachgewiesen werden. Das Bindungsbedürfnis ist daher keinesfalls auf den Mensch zu beschränken. Ich will an dieser Stelle die von Panksepp durchgeführten und von Grawe aufgegriffenen tierexperimentellen Studien aufgreifen, da diese meines Erachtens wegweisend für das Erkennen der Bedeutung des menschlichen Bindungsbedürfnisses und zum besseren Verständnis desselben dienen.

„Wenn man junge sozial lebende Tiere wie etwa Küken oder junge Rhesusaffen in einer fremden Umgebung allein lässt, zeigen sie ein typisches Muster von Reaktionen, das man zusammenfassend als Protestreaktion bezeichnet hat. Hervorstechend sind vor allem dem Weinen ähnlich wiederholte Klagelaute, in der Literatur als ‚distress vocalizations‘ oder ‚isolation calls‘ bezeichnet, verstärkte motorische Aktivität und wachsame Absuchen der Umgebung. Der Herzschlag ist beschleunigt, die Körpertemperatur steigt und es werden vermehrt Stresshormone ausgeschüttet. Der neuronale Schaltkreis, der diesen Reaktionen zu Grunde liegt, ist inzwischen gut untersucht...Panksepp bezeichnet ihn als Panik-Schaltkreis und bringt ihn auch mit der klinischen

Panikstörung in Verbindung...Der Schaltkreis nimmt seinen Ausgangspunkt beim zentralen Grau, ganz in der Nähe des Schmerzzentrums, weshalb Panksepp vermutet, dass sich das „Trennungsschmerz“-System phylogenetisch aus dem Schmerzsystem entwickelt haben könnte. Klagelaute können auch durch Reizung im medialen Zwischenhirn, besonders im dorsomedialen Thalamus, und weiter vorne im ventralen Septum, im Bettkern und der Stria terminalis ausgelöst werden, bei manchen Arten auch ganz vorne im anterioren circulaeren Cortex und an bestimmten Stellen der Amygdala. Dieser Schaltkreis überlappt sich erheblich mit denen, die an der Ausschüttung von Stresshormonen (CRF) und an der Endorphinausschüttung beteiligt sind. Endorphine (körpereigene Opiate) vermindern die Klagelaute, CRF intensiviert sie“ (Grawe, 2004, S. 196).

Durch Transmitter, die die Glutamatrezeptoren, in besonderem Maße die NMDA-Rezeptoren stimulieren, wird dieser Schaltkreis besonders intensiv aktiviert.

Außer den Endorphinen wirken auch die Neuropeptide Oxytocin und Prolactin beruhigend auf das Trennungsangstsystem. In der Bindungsbeziehung zur Mutter werden Oxytocin und körpereigene Opiate ausgeschüttet und beruhigen bzw. hemmen das Trennungsschmerzsystem. Das mütterliche Fürsorgeverhalten, gekennzeichnet durch die Ausschüttung der o.g. Transmitter ist somit grundlegend, von Panksepp als „prime movers“ bezeichnet, für die Herstellung beziehungsweise Aufrechterhaltung sozialer Bindungen bei Säugetieren inclusive des Menschen, verantwortlich.

Diese neurobiologischen Erkenntnisse machen es sehr wahrscheinlich, dass ein in dieser Phase erworbenes Defizit in der Bindungserfahrung mit einer ständig stark erhöhten Ausschüttung von Stresshormonen und geringer beruhigender oder stresshemmender Transmitterausschüttung die Grundlage für Defizite und Risiken bezüglich der Ausbildung einer psychischen Störung bilden. Diese Basis wird bereits sehr früh in der Ontogenese eines Menschen, teilweise lange bevor erinnerbare Gedächtnisinhalte entstehen, gelegt. Desweiteren wird auch aggressives Verhalten durch Ausschüttung der

hemmenden Botenstoffe bedingt und durch positive Bindungsinteraktion, gemindert. Frühe Bindungserfahrungen und die dadurch gebildeten neurophysiologischen Schaltkreise sind ebenfalls wichtig für spätere Emotionsregulation und die Regulation neurophysiologischer Parameter.

Aufgrund dessen kommen: „Hofer (1984), Field (1985) und Krämer (1992) zu der Schlussfolgerung, dass das Nervensystem sozial lebender Säugetiere nach der Geburt zunächst im Sinne offener homöostatischer Regelkreise funktioniert, die einen Input von außen brauchen, damit eine systeminterne Homöostase⁵ aufrechterhalten werden kann. Dieser Input kommt durch den sozialen Kontakt und die Synchronisierung des affektiven und körperlichen Austausches in der Bindungsbeziehung zu stande. Aus dieser Sicht hängen die Auswirkungen einer Trennung von der Bindungsperson davon ab, wie weit sich beim Kind zuvor bereits intraorganismische physiologische Regelkreise entwickelt haben, die eine Homöostase ohne Input von außen ermöglichen. Bei langanhaltender Trennung sind die Auswirkungen deshalb viel schwerwiegender als bei kürzeren Trennungen. Wenn ein Kind mit einer Mutter aufwächst, welche die Qualitäten guten mütterlichen Fürsorgeverhaltens vermissen lässt, können sich bei ihm keine guten intraorganismischen physiologischen und emotionalen Regelkreise entwickeln. Es reagiert auf Trennung mit einer stärkeren Verzweiflungsreaktion und bei späteren Belastungssituationen gerät es leichter in einen dysregulierten Zustand“ (ebd., 198/199).

Weitere bemerkenswerte tierexperimentelle Forschungen (Suomi 1999, 2000, 2001) zum Bindungsgeschehen wurden ebenfalls an Rhesusaffen, bei denen weder die Mutter noch eine andere erwachsene Person, als Bindungsperson vorhanden war, durchgeführt. Diese Affen wuchsen in einer Gruppe gleichaltriger Peers auf. Die Peers übernahmen entsprechend eine Doppelfunktion. Einerseits hatten sie die Funktion der Spielkameraden und andererseits waren sie Bindungsfiguren. Affen, die diese Sozialisation durchlaufen hatten waren im Vergleich zu Affen, die mit der Mutter aufwuchsen retardiert bezüglich des Spiel- und Kontaktverhaltens und landeten am Ende

⁵ Homöostase: Gleichgewicht der physiologischen Körperfunktionen

der Dominanzhierarchie in gemischten Affengruppen. Außerdem reagierten sie durch die Ausschüttung von Stresshormonen und noradrenergen Neurotransmittern empfindlicher auf das Alleinsein. Diese Phänomene blieben langfristig bestehen.

Darüber hinaus waren männliche Rhesusaffen, die unter den genannten Bedingungen aufwuchsen im Vergleich zu Artgenossen, deren Mutter als Bindungsperson vorhanden war, impulsiver und aggressiver, tranken bei Verfügbarkeit größere Mengen Alkohol als Andere, entwickelten eine größere Alkoholtoleranz, wiesen einen niedrigeren Spiegel des zentralen Serotoninmetaboliten 5HIAA auf, hatten bis zu Sedierung einen höheren Bedarf an Anästhetika und hatten bei PET-Aufnahmen einen höheren Glucoseumsatz im gesamten Gehirn. Durch Beobachtungen dieser Affen wurde ebenfalls deutlich, dass Affen mit niedriger 5-HIAA Konzentration in der Cerebralflüssigkeit die Tiere in Affenkolonien sind, die sehr schlecht zur Ruhe kamen, beispielsweise durch spätes Einschlafen im Vergleich zu anderen Tieren. Diese Übererregung mit den gezeigten Verhaltensauffälligkeiten, sowie den neurophysiologischen Besonderheiten lässt sich auf das Fehlen einer sicheren Bindungsbeziehung zurückführen.

Auffälligkeiten in der Gruppe der Weibchen, die ohne Mutter und in einer Gleichaltrigengruppe aufwuchsen beziehen sich auf das Fürsorgeverhalten bezüglich der Nachkommen. Weibliche Rhesusaffen vollzogen die Körperpflege ihrer Jungen nur in unzureichendem Maße und vernachlässigten und misshandelten teilweise ihr Junges bis zu dessen Tod. Insbesondere zeigten sich diese Verhaltensweisen gegenüber Erstgeborenen. Später verbesserte sich das Fürsorgeverhalten, unterscheidet sich dennoch signifikant zu dem Anderer. Beobachtete Stoffwechselbesonderheiten ähnelten denen der oben beschriebenen männlichen Rhesusaffen.

Festzustellen ist demnach ein Zusammenhang zwischen Bindungserfahrungen und dem Vorhandensein von Serotonin, das eine beruhigende Wirkung im neuronalen Geschehen hat. Die Verfügbarkeit von Serotonin wirkt sich wie

beschrieben auf das Sozialverhalten von Säugetieren aus. So war eine höhere soziale Kompetenz bei Tieren mit mehr verfügbarem Serotonin zu beobachten. Durch den Genforscher K.P. Lesch und seine MitarbeiterInnen wurde vor einigen Jahren ein Serotonin-Transportergen (5-HTT), das bei geringer Expression zu einer Einschränkung der serotonergen Funktion führt, identifiziert. Durch tierexperimentelle Studien konnte festgestellt werden, dass durch gute Bindungserfahrungen auch eine eingeschränkte Expression dieses Genotyps schädigender Auswirkung ausgeglichen werden kann. Diese genetische Prädisposition verliert demnach durch sichere Bindungserfahrungen an Brisanz.

3.4.2.2. Bindungsstörungen oder die Verletzung des Bindungsbedürfnisses

Nachdem, wie zuvor bereits erwähnt, unsichere Bindungen, d.h. Bindungsstörungen die Entwicklung des Individuums in eklatanter Form negativ beeinflussen können, soll sich dieses Kapitel mit der Entstehung und den Folgen von Bindungsstörungen genauer beschäftigen.

Eine grundlegende Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die nach den Ursachen unsicherer Bindungen.

In Beobachtungen konnte festgestellt werden, dass:

- Mütter unsicher gebundener Kinder von Beginn der Mutter-Kind Beziehung an wenig einfühlsam auf das Kind reagierten,
- sie reagierten verzögert und wenig gefühlvoll auf das Kind und seine Bedürfnisse
- Mütter von unsicher vermeidenden Kindern wiesen diese oft zurück, drückten ihre Liebe mehr mit Küssen, als mit im Arm-Halten und „Knuddeln aus und zogen sich zurück, wenn das Kind beim Spielen traurig wirkte,

- Mütter mit unsicher-ambivalent gebundenen Kindern unterbrachen ihre Kinder häufig in deren Aktivität, ignorierten sie andererseits in anderen Situationen, sie zeigten ein insgesamt stark ambivalentes Verhalten. Sie waren ebenso unzuverlässig bezüglich der Kontaktwünsche des Kindes und gingen wenig auf die Eigeninitiative des Kindes ein.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass Mütter mit unsicher gebunden Kindern wenig auf das Kind abgestimmt, wesentlich weniger emotional in den Austausch mit dem Kind involviert sind und weniger auf Signale des Kindes eingehen (Grawe, 2004, S. 206).

Durch Studien von Main, Kaplan und Cassidy im Jahr 1985 und Ricks ebenfalls 1985 wurde deutlich, dass eine Hauptursache für einen unsicheren Bindungsstil der Mütter eigene frühkindliche, ebenfalls unsichere, Bindungserfahrungen sind. Die fehlende Verlässlichkeit und emotionale Zuwendung durch die primäre Bezugsperson löst beim Kind intensive Emotionen aus. „Wenn es im Alter von wenigen Monaten schon so etwas wie motivationale Ziele gibt, dann gehört die Herbeiführung mütterlicher Zuwendung sicher zu den wichtigsten Zielen eines kleinen Kindes“ (ebd., S.206). Aufgrund inkompetenter Verhaltensmuster der Mutter, trägt diese in für das Kind schwierigen Situationen und bei negativen Emotionen nicht zur gewünschten Emotionsregulation bei, sondern verstärkt vielmehr negative Gefühlszustände. Für das Kind entstehen somit immer häufiger Inkongruenzerfahrungen, die sich dauerhaft manifestieren und eine schlechte Emotionsregulation mit erhöhter neuronaler Ausschüttung von Stresshormonen zur Folge haben.

Daraus resultierende weitere negative Auswirkungen beziehen sich auf Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung und Resilienz, die bei Belastungen zu einem erheblichen Handicap werden kann. Ebenso beeinflusst dies die Entwicklung der Sozialkompetenz. Im Gegensatz zu diesen negativen Folgen eines verletzten Bindungsbedürfnisses machen sicher gebundene Kinder immer wieder positive Lebenserfahrungen, die sich im

Gedächtnis verfestigen. Dies wirkt sich genau gegenteilig zu den oben geschilderten negativen Folgen eines unsicheren Bindungsstils aus.

„Die Herausbildung eines unsicheren Bindungsstils im Kleinkindalter legt damit bereits sehr früh im Leben die Grundlage für eine dauerhafte weitere Nichtbefriedigung des Bindungsbedürfnisses und für eine in der Folge fast zwangsläufig erfolgende Verletzung auch der anderen Grundbedürfnisse. Wenn ein hohes Inkongruenzniveau wirklich die Grundlage der Aktualgenese psychischer Störungen darstellt, wie es die Konsistenztheorie annimmt, sollte man bei der referierten Befundlage annehmen, dass bei Personen mit einem unsicheren Bindungsstil im Erwachsenenalter zu einer stark gehäuften Ausbildung psychischer Störungen kommt“ (ebd., 2004, S. 209/210).

Zwei schwerwiegende Formen der Bindungsstörung werden durch den ICD10 klassifiziert und diagnostiziert. So unterscheidet dieses Klassifikationsmodell einerseits ein Bindungsverhalten, das sich durch Hemmung auszeichnet (F 94.1) und andererseits wird ein Bindungsverhalten, verbunden mit Enthemmung beschrieben (F 94.2).

Eine Bindungsstörung kann jedoch nicht vor Beginn des achten Lebensmonats diagnostiziert werden, da diese Entwicklungsphase für den Säugling grundsätzlich eine von Ängsten und Unsicherheiten geprägte Zeit darstellt (Acht-Monats-Angst). Um eine eindeutige Diagnostik zu erhalten, sollten festgestellte Symptome über einen Zeitraum von nicht weniger als sechs Monaten in verschiedenen Bezugssystemen beobachtet werden.

Außer den im ICD10 benannten pathologischen Bindungsverhalten, wurden eine Reihe weiterer Auffälligkeit die Bindung betreffend von Karl Heinz Brisch festgestellt und beschrieben.

Diese sollen hier ebenfalls Erwähnung finden und an dieser Stelle benannt werden:

- Fehlendes Bindungsverhalten (Typ I)
- Undifferenziertes Bindungsverhalten durch soziale Promiskuität (Typ IIa)

-
- Unfallrisikoverhalten, durch das Meiden der sicheren Bezugsperson in Gefahrensituationen (Typ IIb)
 - Das übermäßige Klammern (Typ III)
 - Gehemmttes Bindungsverhalten, d.h. Kinder reagieren in Anwesenheit der Bindungsperson ängstlicher, als in deren Gegenwart (Typ IV)
 - Aggression als Form der Kontaktaufnahme (Typ V)
 - Rollenumkehr in der Mutter-Kind-Dyade (Typ VI)

Wie sich in Längsschnittstudien zeigte wirkt ein sicheres Bindungsverhalten als wesentlicher, protektiver Faktor für traumatische Ereignisse in der Biographie. Eine unsichere Bindung stellt jedoch ein Risikofaktor dar, so dass bei Belastungen häufiger eine psychische Dekompensation droht, oder dass für soziale Konflikte keine ausreichenden Handlungsmuster zur Verfügung stehen.

3.4.2.3. Die Entdeckung der Spiegelneurone als Grundlage für die Entstehung des Bindungsverhaltens in der frühkindlichen Entwicklung

Das Bindungsverhalten des Säuglings basiert desweiteren auf der Aktivierung von Spiegelneuronen, d.h. der Aktivierung von Nervenzellen, die im eigenen Körper ein bestimmtes Programm abspielen, das zu einer unbewussten und nichtwillentlichen Imitation des Verhaltens einer anwesenden Person führt. Diese auf Imitation ausgerichteten Neurone werden Spiegelneurone genannt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die neurobiologischen Abläufe der handelnden sowie die der beobachtenden Person identisch sind. „Auf der Basis dessen, was Spiegelneurone bereitstellen, hat der Säugling die Chance mit seiner Umgebung emotional in Kontakt zu treten, Signale auszutauschen und ein erstes Urgefühl des Sich-Verstehens zu entwickeln“ (Bauer, J. 2005, S. 61).

Spiegelneurone stellen demnach das neurobiologische Grundgerüst für den Beziehungsaufbau zwischen dem Säugling und der Bezugsperson dar. Wie oben bereits deutlich wurde, bildet die genetische Ausstattung eines Menschen den Rahmen für eine positive, d.h. gelingende Persönlichkeitsentwicklung, ist

jedoch nicht als ausschließliches Kriterium zu bewerten. „Tatsächlich haben Beziehungserfahrungen und Lebensstile, die immer auch mit einer Aktivierung bestimmter neurobiologischer Systeme einhergehen, einen gewaltigen Einfluss sowohl auf die Regulation der Genaktivität als auch auf Mikrostrukturen unseres Gehirns“ (ebd., 2005, S. 59).

Als Resultat der Nichtaktivierung von Spiegelneuronen, deren Stimulation als primäre Voraussetzung für den Beziehungs- und Bindungsaufbau, zu sehen ist, kann eine erhebliche Störung der Kontaktfähigkeit des Säuglings entstehen.

Ebenso wird durch Imitation, die durch die Aktivierung von Spiegelneuronen initiiert wird, die Entwicklung und Einübung von Handlungs- und Verhaltenskompetenzen verbunden mit dem Erlernen und der Interpretation von Körpersprache erst möglich. Beobachtung und Imitation werden im neuronalen Netz gespeichert und erzeugen sogenannte innere Arbeitsspeicher, die die Lebenswelt, Verhaltens- und Handlungsmuster der in ihr agierenden Bezugspersonen repräsentieren und auf denen in der Folge eigene Handlungs- und Verhaltensmuster basieren.

Mangelnde frühkindliche Spiegelungserfahrungen begünstigen daher die Entstehung erheblicher intra- und interpersoneller Defizite, die wiederum zum Rückzug des Individuums in sich selbst führen können.

3.4.3. Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Das offensichtlichste Ziel eines Individuums ist das des Lustgewinns und der Unlustvermeidung. Diese primär scheinende Motivation läuft in zwei Bewertungskategorien, nämlich in „gut“ und „schlecht“, ab. Positive Bewertungen bezüglich Reizen werden im neuronalen System als durchweg gut und negative Bewertungen werden als durchweg schlecht gespeichert. Diese beiden Dimensionen durchziehen und betreffen alle Bereiche menschlichen Erlebens. Ob ein Reiz als gut oder schlecht bewertet wird, hängt immer von Vorerfahrungen und dem momentanen Zustand des Bewertenden ab. Bewertungen stehen immer in Wechselwirkung mit der Umwelt und der

Herkunft eines Menschen. Sie sind also abhängig vom individuellen Habitus, sie werden gelernt. bewertungsimplizit ist die Aktivierung von reizabhängigen Verarbeitungsprozessen, dies erfordert insbesondere neuronale Aktivität in der rechten Hirnhemisphäre, unabhängig von der Bewertungsausrichtung.

„Wenn ein Reiz oder eine Situation positiv oder negativ bewertet wird,...werden damit Annäherungs- oder Vermeidungstendenzen aktiviert. Die Bewertungsfunktion wird von Autoren Lang (1995) und Gray und McNaughton (1996) als integraler Teil zweier motivationaler Systeme angesehen, nämlich eines Annäherungssystems (Behavioral Activation System (BAS)) und eines Vermeidungssystems (Behavioral Inhibition System (BIS))“ (Grawe, 2004, S. 266).

Dem Bewertungsprozess, der ein komplexes neuronales Geschehen darstellt, immanent ist die Fokussierung anderer Grundbedürfnisse. Die Bewertungsausrichtung hat entsprechend die Funktion des Schutzes beziehungsweise der Befriedigung individueller motivationaler Schemata. Bewertungsdimensionen aktivieren je nach Ausrichtung Annäherungsbeziehungsweise Vermeidungstendenzen sowie Verhaltenstendenzen.

„Der dorsolaterale PFC ist maßgeblich an der Repräsentation von Annäherungs- (linker PFC) bzw. Vermeidungszielen (rechter PFC) beteiligt, der ventromediale PFC an der Generierung von positiven (links) und negativen Emotionen (rechts). Diese Hirnregionen sind wichtige Teile dessen, was Gray und McNaughton (1996) als BAS und BIS bezeichnen. An diesen Systemen sind nicht nur anteriore, sondern auch posteriore Hirnregionen beteiligt...“ (Ebd., S. 269).

Aus verschiedensten Forschungsbereichen, wie beispielsweise der Persönlichkeitsforschung, der Emotionsforschung etc., ist bekannt, dass genetische Prädispositionen zu einem Großteil für die Entwicklung dieser emotionalen Tendenzen verantwortlich sind. Anlagen für bestimmte Tendenzen gehen jedoch nicht auf einen singulären Genotyp zurück, sondern auf

verschiedene Genotypen. Eine starke Ausprägung des Vermeidungssystems impliziert einen additiven Effekt dieser Gene, wohingegen einer stark ausgeprägte Annäherungstendenz eher eine spezifische Sequenz bestimmter Gene zugrunde liegt.

R.J. Davidson untersuchte mit Hilfe des EEG Hirnströme von Kindern im Alter von 36 Monaten. Festzustellen war, dass gehemmte Kinder im Ruhezustand eher eine rechtsseitige Hirnaktivität, die auch bei negativen emotionalen Zuständen rechtsseitig stärker ausgeprägt war, hatten. Dies lässt den Schluss zu, dass diese Kinder aufgrund des additiven Effekts der genetischen Veranlagung stärker auf negative Emotionen reagieren.. Nichtgehemmte Kinder hingegen zeigten eher eine stärkere linksseitige Hirnaktivität.

Lustgewinn und Unlustvermeidung sind also zwei menschliche Grundbedürfnisse, die durch Annäherungstendenzen bzw. Vermeidungstendenzen zum Ausdruck kommen. Durch die Nichtbefriedigung des Lustgewinns unter Einbeziehung der vorhandenen Mittel entstehen Vermeidungstendenzen. Als Folge wendet sich der Säugling im frühkindlichen Entwicklungsstadium von seiner primären Bezugsperson, in der Regel die Mutter, ab und vollzieht einen emotionalen Rückzug. Schwierigkeiten für die Entwicklung von Sozialkompetenz treten als Folgestörung auf. Im Falle der Befriedigung der Bedürfnisse entsteht Lustgewinn, d.h. Annäherungstendenzen stellen sich ein.

3.4.4. Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

Wenn vom Bedürfnis der Selbstwerterhöhung gesprochen wird, sollte als wichtigster Vertreter dieses Theoriekomplexes der Psychoanalytiker Alfred Adler, der das Streben nach Überwindung von Minderwertigkeitskomplexen als wichtigste menschliche Motivationsquelle ansah, genannt werden. Die Entwicklung des Selbstwertgefühls ist grundsätzlich von Versuchen des

Individuums bestimmt, bedürfnisbefriedigende Reaktionen aus der Umwelt, durch Repräsentanz entsprechender Verhaltensmuster, zu erhalten.

In Studien von Haan (1977), Vaillant (1977) und von Jourard & Lansdsmann (1980) wurde deutlich, „dass seelisch gesunde Menschen eine verzerrte Realitätswahrnehmung bezüglich sich selbst haben und nicht diejenigen mit schlechterer seelischer Gesundheit. Gesunde Menschen neigen zur Selbstwerterhöhung, wenn sie die Gelegenheit dazu bekommen. Das spricht sehr für ein allgemeines Grundbedürfnis nach Selbstwerterhöhung. Die meisten Menschen befriedigen dieses Bedürfnis, wenn sie die Gelegenheit dazu erhalten“ (Grawe, 2004, S. 259). Ein Zeichen guter seelischer Gesundheit ist die jedem Individuum inne wohnende Tendenz der etwas übertriebenen positiven Selbsteinschätzung und Selbstbeurteilung. Selbstwertillusion und Kontrollillusion sind also gesunde menschliche Eigenschaften. Durch eine erhöhte Positivierung des Selbst wird ein erträglicheres Selbstkonzept durch das Individuum entworfen, das psychisches Funktionieren vereinfacht und effektiver macht. Dieses bessere Selbstkonzept erhöht die Bedürfnisbefriedigung und wirkt als Schutzfunktion in für das Individuum schwierigen Situationen. Durch Verletzung des Selbstwertbedürfnisses entsteht Inkonsistenz, die wiederum als Risikofaktor für die Ausbildung psychischer Störungen wirken kann. Verletzungen sind in der Regel ein Baustein in der Kette der Negativentwicklung, die ihren Ausgang in Verletzungen des Bindungs- und Kontrollbedürfnisses nach der frühen Kindheit hatte. (ebd., S. 260).

3.5. Relevanz der neurowissenschaftlichen Forschungserkenntnisse für die Psychotherapie

Die Persönlichkeit einschließlich der Ausbildung des Motivsystems bildet sich durch frühkindliches Erleben und Fühlen, in den ersten Lebensjahren heraus und ist, da dies im „impliziten Selbst“ ohne Weiterleitung und Weiterverarbeitung in für die Herausbildung expliziter Gedächtnisinhalte erfolgt, später nicht mehr erinnerbar. Wichtige Faktoren für die

Persönlichkeitsentwicklung stellen Gene, wie das von Lesch und anderen (1996) entdeckte Serotonin-Transportergen (HTT) dar. Eine geringe Expression dieses Gens durch eine „kurze“ HTT-Allel führt in der Folge zu einer geringen serotonergen Funktion im neuronalen Prozess. Serotonin hat eine beruhigende und ausgleichende Wirkung. Diese neurobiologischen „Vorbelastungen“ gekoppelt mit externen Risikofaktoren, wie beispielsweise einer schlechten Bindungsbeziehung, können Grundlage für die Entwicklung von Vermeidungstendenzen, und somit Basis für die Entwicklung einer erhöhten Prädisposition einer psychischen Störung, sein.

„Wenn beide Risiken, ein ererbtes Vermeidungstemperament und eine Mutter, die es aus dem einen oder anderen Grund schwer hat, dem Kind sichere Bindungserfahrungen zu ermöglichen, zusammenkommen, sind die Weichen für die weitere Entwicklung in eine ungünstige Richtung gestellt“ (Grawe, 2004, S. 352).

Die Befriedigung der Grundbedürfnisse von Säuglingen mit der benannten genetischen Prädisposition erfordert weit mehr bindungsspezifische Zuwendung als das bei Säuglingen ohne genetischen Risikofaktor der Fall ist. Wenn geduldige Einfühlung und eine gute Emotionsregulation durch die Mutter in der Mutter-Kind-Beziehung ausbleibt, erlebt das Kind nur selten Entspannung, Ausgeglichenheit und Geborgenheit. Es erlebt eine andauernde Erregung auf hohem Niveau, verbunden mit einer hohen Ausschüttung an Stresshormonen und einem dauerhaft zu hohen Cortisolspiegel, die nicht durch ihm zur Verfügung stehende Mittel, z.B. Schreien, reguliert werden können. Da der gewünschte Erfolg, nämlich Emotionsregulation, ausbleibt macht es „fast permanent Inkongruenzerfahrungen im Hinblick auf sein Bindungsbedürfnis, sein Kontrollbedürfnis und im Hinblick auf das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung“ (ebd., S. 352). Es entsteht ein Kreislauf der sich verstärkenden Wechselwirkungen im Beziehungsgeschehen, da die Mutter ihrerseits ebenfalls immer mehr Vermeidungstendenzen entwickelt. Diese frühen Lebenserfahrungen prägen sich tief im impliziten Gedächtnis, verstärkt durch manigfache neuronale Bahnungen in diese Richtung, ein und wirken

prägend auf die Motivationssysteme des Säuglings, die im Verlauf durch immerzu gleiche Lebenserfahrungen aufrecht erhalten bleiben. Als für diese Prozesse wichtigsten Hirnareale zu nennen sind die Amygdala, und der ventromediale und dorsolaterale Teil des rechten präfrontalen Cortex. Die daraus resultierenden Schädigungen des Gehirns betreffen insbesondere die Schrumpfung des Hippocampus. „Ohne eine gut funktionierende Verortung emotionaler Reaktionen in Raum und Zeit treten sie nicht nur auf in solchen Situationen, in denen sie angemessen sind, sondern es kommt immer wieder zu überschießenden emotionalen Reaktionen und Stressreaktionen, auch in Situationen, die objektiv nicht gefährlich sind, wie es etwa bei Angststörungen der Fall ist (ebd., S. 355).

Das Auftreten psychischer Störungen ist ein Warnsignal zu hoher Inkonsistenz im psychischen Geschehen und bedeutet entsprechend, dass eine schlechte Bedürfnisbefriedigung vorliegt. Die Entwicklung psychischer Störungen ist, wie zu sehen war, nicht erinnerbar, da die Grundlage hierfür weit vor der Entwicklung expliziter Gedächtnisinhalte, gelegt wurde. Daher macht das Forschen nach auslösenden Faktoren für diese Negativentwicklung wenig Sinn, sondern Hauptaugenmerk sollte auf reale und korrigierende Erfahrungen gelegt werden. Wiederholte korrigierende Erfahrungen wirken verändernd auf bestehende neuronale Bahnungen und bilden neue neuronale Erregungsbereitschaften heraus. Veränderung der eingeschliffenen Verhaltens- und Handlungsmuster kann demzufolge nicht durch Introspektion und Einsicht erfolgen, sondern durch, wie bereits benannt, reale, erlebbare Erfahrungen, die nicht ausschließlich im Therapieraum erfahren werden, sondern insbesondere in vivo. Hilfreich hierfür sind Übungen, durch z.B. „Hausaufgaben“, unter Einbeziehung des Umfeldes (Familie) der Patientin/des Patienten. Von PatientInnen erinnert geglaubte frühkindliche Gedächtnisinhalte zeugen, da sie de facto aufgrund der neuronalen Entwicklung nicht erinnert werden können, von aktuellen Bedürfnissen bzw. von aktueller Nichtbefriedigung und haben daher große Relevanz für die therapeutische Analyse von PatientInnen und deren aktuelle Bedürfnisse.

4. Störungen der Persönlichkeitsentwicklung

In diesem Kapitel sollen nun Faktoren, die die Entwicklung eines Individuums beeinflussen genauer beleuchtet werden. Genannt werden sollen sowohl schädigende als auch schützende, d.h. protektive Faktoren, die in Kapitel 4.1. (Traumata) und Kapitel 4.2. (Copingstrategien) näher beleuchtet werden.

4.1. Traumata

Als Traumata werden Erlebnisse eines Menschen bezeichnet, die einen enormen Einschnitt für das bisherige Leben bedeuten und dieses nachhaltig negativ verändern. Ein traumatisches Erlebnis „ist mit den vorherigen Lebenserfahrungen nicht vereinbar und verunsichert die Betroffenen zutiefst. Die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen sind der Aufgabe nicht gewachsen. Es gibt sowohl plötzliche Traumata (Typ I) als auch solche, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (Typ II)“ (Eckardt, J., 2005, S. 9).

1. Trauma-Typ I

Dieser Traumatypus bezeichnet ein kurzes traumatisches Erlebnis, das vom Individuum als lebensbedrohlich empfunden wird. Das Leben beziehungsweise das Schicksal verändert sich von einer Sekunde zur nächsten. Das grundlegende Vertrauen wird hierdurch erschüttert und ist bedroht. Je ausgeprägter die empfundene Hilflosigkeit bezüglich der individuellen Ressourcen für die Bewältigung des Erlebten ist, desto schwerwiegender können die daraus resultierenden Folgen sein.

2. Trauma-Typ II

Dieser Typus ist gekennzeichnet durch eine langanhaltende sich wiederholende Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen mit unter Umständen „harmlosem“ Beginn.

Durch andauernde Traumatisierung verliert das Individuum mit der Zeit ebenfalls das Vertrauen in die Welt und in sich selbst. Trotz einer für

Außenstehende nicht ersichtlichen Bedrohung fühlen sich Betroffene durchaus in existenzieller Weise bedroht.

Weitere Unterscheidungen von Traumata werden von der Forschung bezüglich der traumatisierenden Faktoren getroffen, die hier kurz benannt werden sollen:

- Man-made-disasters (Traumatisierung durch andere Menschen)

Diese Art der Traumatisierung hat zur Folge, dass ein Vertrauensverlust zu anderen Menschen entsteht und somit eine spätere Bearbeitung des Traumas sich weitaus schwieriger gestaltet, als das bei Traumatisierungen durch andere im Folgenden zu benennenden Faktoren der Fall ist. Als zusätzliche Erschwernis für den Umgang mit dieser Art des traumatischen Erlebnisses addiert sich zum eigentlich einschneidenden Erlebnis die Eigenschuldzuweisung und das entstandene Schamgefühl aufgrund des Versagens in der jeweiligen Situation hinzu. Die Gefahr der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist hier besonders hoch.

- Unfälle, Naturkatastrophen oder Kriege

Diese Art von Traumata unterscheidet sich in ihrer Qualität von den „man-made-disasters“ durch den Einzelnen nicht direkt betreffenden Gewalttaten, da sie keinen „böswilligen“, persönlichen Hintergrund haben, sondern die Opfer dieser eher zufällig und nicht bewusst betroffen sind. Sobald jedoch aus anonymen Tätern Menschen werden, die in direkter Weise das eigene Leben bedrohen entstehen Traumatisierungen von der Qualität eines „man-made-disasters“.

4.1.1. Auswirkungen und Folgen traumatischer Erlebnisse

Nach einem erlebten plötzlichen Trauma verfallen die Betroffenen zunächst in einen Schock, der in seiner Dauer variiert. Der Umgang mit diesem Schock ist jedoch sehr individuell und hängt unter anderem in entscheidender Weise vom Lebensalter des Betroffenen/der Betroffenen ab. So finden Erwachsene

aufgrund ihrer Lebenserfahrung und des bereits über die Lebensspanne hinweg erworbenen beziehungsweise gelernten optionalen Verhaltensrepertoires in der Regel einen wesentlich effektiveren bewältigungsspezifischen Umgang bezüglich des Erlebten als Kinder aufgrund ihrer noch geringen Verhaltensmöglichkeiten dies leisten können. Kinder reagieren entsprechend ihrer Möglichkeiten häufig mit Starre, Weinen oder Regression. Sie sind während der Dauer des Schockzustandes nervös, fahrig, übersensibel, gereizt, brechen leicht in Tränen aus, sind unkonzentriert, tollpatschig und/oder vergesslich. Auch die Langzeitfolgen sind in ihrer Ausprägung und Art situativ und individuell unterschiedlich. Grundsätzlich bleibt jedoch festzuhalten, dass das Kind durch die erlebte Traumatisierung zutiefst verunsichert ist. Insbesondere durch schwerwiegende Traumatisierungen in der Qualität von „man-made-desasters“ erzeugt durch beispielsweise sexuellen Missbrauch kann es zu einer veränderten Wahrnehmung der Außenwelt und der bislang sicheren und absoluten, also feststehenden und gültigen inter- und intrapsychischen Strukturen kommen. In vielen Fällen sexuell missbrauchter Kinder kommt es zu Dissoziation, d.h. zu einer Abspaltung der mit dem Missbrauch verbundenen negativen Gefühlswelt, beispielsweise der Scham, des Ekels und der Wut. Aufgrund der Dissoziation sind diese für das Bewusstsein nicht mehr erinnerbar oder zugänglich und verhelfen somit zu einer kurzfristigen Linderung. Aus dieser Abspaltung ohne Verarbeitung des Traumas resultieren im weiteren Lebensverlauf Spätfolgen wie emotionale Störungen (Gefühlsarmut), Frigidität oder sie neigen zu extremem Mitteleinsatz wie beispielsweise Sucht, Promiskuität oder Selbstverletzungen, mit dem einzigen Ziel des kurzfristigen „Sich-Selbst-Spüren-Könnens“.

Weitere Symptome, die von traumatisierten Kindern gezeigt werden können, sind:

Erhöhte Aggression, unsoziales Verhalten, freiwillige Isolation, Stottern, Nägel- und Haarkauen, Selbstverletzungen, Lernstörungen, Schulangst, abfallende schulische Leistungen, Unkonzentriertheit, vermeintliche Gefühlskälte, Sadismus gegenüber Tieren und anderen Kindern, Schreckhaftigkeit und

andere Auffälligkeiten, Erkrankungen und psychische Unpässlichkeiten können ebenfalls psychosomatischer Natur sein und direkt mit dem Trauma in Verbindung stehen (ebd., S. 14).

Diese Symptome, die als Hilferufe gesehen werden müssen, sollten als solche erkannt werden und nicht als Zeichen von Böswilligkeit unterstellt werden.

In Fällen schwerwiegender traumatischer Belastung gipfelt die Symptomatik in einer eigenständigen psychiatrischen Diagnose, dem „Posttraumatischen Belastungssyndrom“ (PTBS). Dessen Symptomatik sieht wie folgt aus:

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) klassifiziert nach ICD-10 (F43.1) und nach DSM-IV:

	DSM-IV	ICD-10 (F.43.1)
Trauma	<ul style="list-style-type: none"> - Ereignis, das tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet. - Reaktionen mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstem oder agitiertem Verhalten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes. - Das Ereignis würde bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen.
Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> - Intrusion, d.h. unerwünschte Erinnerungen, „Flashbacks“ (mind. 1 Symptom) - Vermeidung, emotionale Taubheit (mind. 3 Symptome) - Physiologische Übererregung (mind. 2 Symptome) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sich aufdrängende Erinnerungen - Vermeidungssymptome - teilweise oder vollständige Traumaamnesie - Physiologische Übererregung
Beginn der Störung	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Einschränkung - Spezifikation eines verzögerten Beginns, wenn die Symptomatik ab 6 Monate nach dem Ereignis einsetzt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma
Dauer der Störung	Mindestens 4 Wochen	Keine Angaben
Beeinträchtigung	Durch Symptomatik bedingte	Keine Angaben

	klinisch Beeinträchtigung Lebensbereichen	bedeutsame in wichtigen	
--	---	----------------------------	--

(Landolt, Markus A., 2004, S. 31/32)

Zur Behebung dieser Störung können Umstrukturierungsmodelle wie beispielsweise „die kognitive Therapie“ nach Beck oder die „Rational-emotive-Verhaltenstherapie“ nach Ellis eingesetzt werden.

Weitere Störungen, die nach einem Trauma eintreten können sind:

„**Komplizierte Trauer:** Nach dem Verlust eines Menschen oder nach einem bedeutenden Einschnitt in das bisherige Leben dauert die normale Trauer über Gebühr an. Auch Jahre nach dem Ereignis wird der Verlust erlebt, als sei er gestern gewesen.

Angst- oder Panikstörungen: Dies ist der Fall, wenn außer Angst oder Panik keine Symptome der PTBS vorliegen.

Posttraumatische Somatisierungsstörung: Zwar sind nicht alle Symptome einer PTBS...erfüllt, doch der/die Betroffene leidet seit dem Trauma unter Kopfschmerzen, Migräne, Bauchschmerzen...“ (Eckardt, J., 2005, S. 18).

4.1.2. Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung

Das menschliche Gehirn ist, wie oben bereits erwähnt, zunächst ein sich selbstorganisierendes lebendiges Teilsystem des menschlichen Körpers. Es ist ausschließlich mit Neuronen, die ein charakteristisches, genetisch determiniertes Spektrum an Optionen besitzen, ausgestattet. Die potenzielle Ausgestaltung der den Neuronen innewohnenden Optionen ist stets abhängig von äußeren Reizen, d.h. dem Input, den ein Neuron bzw. den ein Mensch von seiner Außenwelt erhält. Eine Weiterentwicklung der neuronalen Prozesse ergibt sich nur aufgrund einer Veränderung ihrer äußeren Entwicklungsbedingungen, die zugleich neue Anforderungen an die jeweilige

Nervenzelle beziehungsweise den Menschen stellen. So können bislang noch nicht genutzte Potenziale des neuronalen Schaltkreises ausgeschöpft und zur Einleitung eines neuen Verhaltensrepertoires zur Bewältigung der neuen von der Außenwelt abverlangten Anforderungen genutzt werden. Der erwähnte selbstorganisatorische Charakter des menschlichen Gehirns funktioniert zwar grundsätzlich in sich autonom, ist jedoch von historisch gewachsenen Strukturen und aktuell vorherrschenden Zwängen bestimmt. Die Etablierung und Stabilisierung neuer neuronaler Prozesse basiert auf bereits vorhandenen und stabilen Interaktionsmustern. Gefährden die von außen einwirkenden Stimuli die bereits gewachsenen Interaktionsmustern, so entstehen Stressreaktionen, die durch Ausschüttung entsprechender Neurotransmitter und Neuromodulatoren begleitet sind. Durch andauernde Störung der etablierten neuronalen Schaltkreise entstehen neue Verschaltungen im Gehirn, die zur Bewältigung der Stressoren dienen sollen.

Zu unterscheiden sind an dieser Stelle zwei Arten von Stressreaktionen:

1. Die kontrollierbare Stressreaktion:

Sie wird vom Individuum als „Herausforderung“ erlebt. „Wiederholt auftretende psychosoziale Belastungen (Herausforderungen) können so zu einer sukzessiven Stabilisierung, Faszilitation und verbesserten Effizienz der in die Antwort involvierten neuronalen Netzwerke und Verbindungen führen. Erfolgreich bewältigte Belastungen und Anforderungen fördern somit die Bahnung und strukturelle Veränderung entsprechender neuronaler Verschaltungen“ (Hüther, G., 2003, S. 98).

2. Die unkontrollierbare Stressreaktion:

„Wenn eine Belastung auftritt, für die eine Person keine Möglichkeit einer Lösung durch ihr eigenes Handeln sieht, an der sie mit all ihren bisher erworbenen Reaktionen und Strategien scheitert, so kommt es zu einer sogenannten „unkontrollierbaren Stressreaktion“. Sie ist durch eine

langanhaltende Aktivierung cortikaler und limbischer Strukturen sowie des zentralen und peripheren noradrenergen Systems gekennzeichnet“ (ebd., S. 99). Eine langanhaltende und massive Cortisolausschüttung durch die Nebennierenrinde geht damit einher. Diese langanhaltenden Stressbelastungen wirken destabilisierend auf die bereits verschalteten neuronalen Muster, die als bisherige Interaktionsmuster dienlich waren.

Traumatische Erlebnisse stellen insbesondere für Kinder häufig eine solche unkontrollierbare Stressreaktion, die über kurz oder lang zu einem „Zusammenbruch der integrativen (neuronalen, endokrinen und immunologischen) Regelmechanismen und damit zur Manifestation unterschiedlicher körperlicher oder psychischer Störungen“ führen, das (ebd., S. 102). Es entstehen in der Folge irreversible neuronale Schädigungen insbesondere im Bereich des Hippocampus (vgl. Kap.3). Im Falle der Entdeckung von Lösungsstrategien bzgl. der individuell als erfolgreich erlebten Traumabewältigung, stoppt der Destabilisierungsprozess und es kommt zur Festigung dieser zur Bewältigung als hilfreich erlebten Verschaltungen und Interaktionsprozesse. Da die vom Individuum gefundenen Lösungsmöglichkeiten häufig Abwehrmechanismen ohne tatsächliche Bearbeitung des Traumas sind, entstehen hieraus in der Folge Störungen körperlicher und vor allem psychischer Natur. „Besonders häufig kommt es zu Störungen des Sozialverhaltens, zu aggressiv-destruktiven Handlungen gegen andere oder gegen sich selbst. Die Kinder zeigen Störungen in ihrer Affektregulation mit Zuständen von Betäubung und Übererregung, häufig gepaart mit impulsivem und riskantem Verhalten. Sie sind in ihrer Selbstwahrnehmung und in ihrer Wahrnehmung von anderen gestört und haben Schwierigkeiten, zwischen sich und anderen Grenzen zu ziehen und aufrechtzuerhalten...Häufig weisen sie schwere Lern-, Aufmerksamkeits- und Kontaktstörungen auf“ (ebd., S.103/104).

4.1.3. Trauma und Substanzabhängigkeit

Wie oben bereits angeklungen ist, kann als Folge eines nicht bearbeiteten traumatischen Erlebnisses oder als Folge eines posttraumatischen Belastungssyndroms (vgl. Kap. 4.1.1.) die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit als Bewältigungsstrategie mit selbstmedikamentösem Charakter sein. „Die Ergebnisse der ECA-Studie ergaben z.B. für beide Geschlechter bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit ein 2,3 bis 2,5fach höheres Risiko an einer Suchtmittelabhängigkeit zu erkranken“ (Kuhn, S., 2004, S. 113). Ereignissen die unter dem Begriff sexueller Missbrauch subsumiert werden können reichen von obszönem Reden oder obszönen Gesten, bis hin zu vollzogener Penetration bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren bzw. 18 Jahren.

Für die Folgen von sexueller Traumatisierung ist der Schweregrad des Missbrauchs von großer Bedeutung. So wurde in einer Studie von Muller et al. ein Zusammenhang für ein erhöhtes Suizidrisiko von in der Kindheit sexuell missbrauchten Frauen deutlich. Diese Frauen hatten demnach ein um das 20fache erhöhte Suizidrisiko, welches bei vollzogener Penetration auf das 70fache anstieg.

Bemerkenswerterweise wurde in allen Studien zu diesem Thema deutlich, dass das Risiko nach Erleiden einer sexuellen Traumatisierung für die Entwicklung einer späteren Drogenabhängigkeit höher ist als die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Traumatisierungen gelten demnach als Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. „Der Substanzkonsum kann also für die Opfer eine zentrale Funktion in der Sicherung elementarer Grundbedürfnisse einnehmen und als dysfunktionaler Versuch einer pharmakologischen Konflikt- und Lebensbewältigung angesehen werden“ (Schäfer et al., S. 119). Frühe traumatische Vulnerabilität erhöht die Gefahr der Entwicklung einer späteren Abhängigkeitserkrankung und anderer psychiatrischer Erkrankungen. „Der Gebrauch von Alkohol und illegalen Drogen kann als ein Versuch angesehen werden, Ängste und Depressionen zu

reduzieren und allgemein ein niedriges Selbstwertgefühl zu stärken, Gedanken und Gefühle bezüglich des Missbrauchs zu blockieren oder überhaupt Empfinden zuzulassen und spürbar und erlebbar zu machen. Insofern hat der Gebrauch der illegalen Substanzen eine wichtige Funktion, auch wenn er langfristig als misslungene Copingstrategie anzusehen ist, zumal dadurch häufig ein Zirkel von belastenden Lebensumständen mit Gewalterfahrungen und Substanzabhängigkeit im weiteren Lebensverlauf der Personen als auch durch die Weitergabe an die nächste Generation entsteht“ (Kuhn, S., 2004, S.115).

Eine in der Folge entstehende weitere schwerwiegende Belastung für die „Traumaopfer“ sind Retraumatisierungen, die mit dem Leben in der Abhängigkeit unmittelbar verknüpft sind. Ebenso können durch den Substanzkonsum „erfolgreich“ verdrängte Traumaerlebnisse beispielsweise in Phasen des Entzuges oder durch Abstinenz nach erfolgreicher therapeutischer Behandlung wieder zum Vorschein kommen. Dies birgt immer ein Rückfallrisiko, da bisherige Lösungsstrategien durch den Wegfall des „Lösungsmittels“ wegbrechen.

An dieser Stelle sollen nun Ergebnisse einer weiteren Untersuchung, die mit substituierten opiatabhängigen PatientInnen (PG) und einer Kontrollgruppe (KG), die jeweils aus dreißig Befragten bestanden unter anderem zum Thema Traumata und Art der traumatischen Erlebnisse durchgeführt wurde, vorgestellt und erläutert werden.

Häufigkeit von erlebten Traumata innerhalb der beiden Untersuchungsgruppen

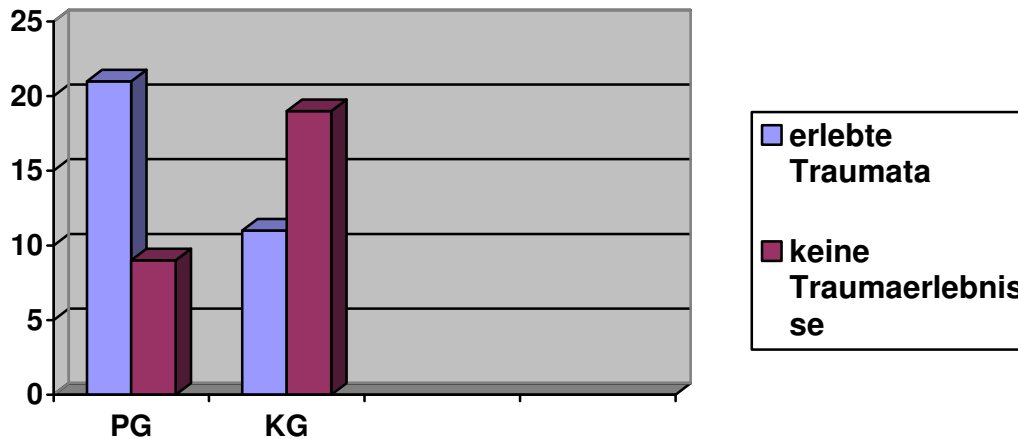


Abbildung 1:

PG: erlebte Traumata = 70%, keine Traumaerlebnisse = 30%

KG: erlebte Traumata = 36,7%, keine Traumaerlebnisse = 63,3%

Auch diese Untersuchung konnte die zuvor benannten Tendenzen der erhöhten Traumatisierungen von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, in diesem Fall von drogenabhängigen PatientInnen, bestätigen. Ebenfalls konnte die hier vorgestellte Untersuchung nochmals die Schwere der traumatischen Erlebnisse herausheben, die sich kongruent zu den oben bereits benannten Traumata, welche als unkontrollierbare Stressreaktionen empfunden werden, verhalten, herausheben. So gaben die Probanden der PatientInnengruppe als erlebte Traumata in der Mehrzahl vor allem einen, durch Tod, Krankheit oder Trennung der Eltern bedingten, Verlust einer wichtigen Bezugsperson, sexuellen Missbrauch, Gewalt und körperliche Misshandlungen oder emotionale Vernachlässigung (Einsamkeit), an. Die Frage, die sich hinsichtlich dieser Variable bezüglich der PatientInnen mit nicht vorhandenen traumatischen Erfahrungen mit einem relativ hohen Wert von 30% stellt, ist die, ob aufgrund der Schwere des Traumas dieses für die Betroffenen nicht mehr erinnerbar ist, d.h. ob hier eine evtl. Dissoziation vorliegt, oder ob eine tatsächliche „Nichttraumatisierung“ der Fall ist. Dies wäre jedoch an anderer Stelle mit anderen Untersuchungsmethoden zu klären. Festgehalten werden kann jedoch

die nochmalige Bestätigung eines Zusammenhangs zwischen Traumata und Abhängigkeitserkrankung durch die Anwendung eines Chi-Quadrat-Testes, mit einer entsprechenden Signifikanz (0,010) zwischen Traumaerfahrungen und Abhängigkeitserkrankung errechnet werden konnte.

4.2. Copingstrategien

Copingstrategien, die zur Bearbeitung des erlebten Traumas eine herausragende Stellung besitzen, haben im Sinne der Lebensbewältigung und der Überlebenssicherung eine außerordentliche Bedeutung. Diesen stets sehr individuellen Strategien soll im Weiteren nachgegangen werden.

4.2.1. Protektive Faktoren und Resilienz

Schutz- oder protektive Faktoren können ganz allgemein als Verhinderer schädlicher Auswirkungen, die durch belastende Situationen entstehen können, bezeichnet werden.

Das Konzept der Resilienz wird wie folgt beschrieben: Resilienz ist die „Fähigkeit, Entwicklungsrisiken zu mindern oder zu kompensieren, negative äußere Einflüsse zu überwinden und sich gesundheitsförderliche Kompetenzen anzueignen...Nach Werner und Smith lässt sich Resilienz im wesentlichen auf drei Faktoren zurückführen:

1. Eigenschaften des Kindes, die positive Reaktionen in seinem sozialen Umfeld auslösen,
2. emotionale Bedingungen und Sozialisierungspraktiken der Familien, die Vertrauen, Selbständigkeit und Initiative des Kindes verstärken, und
3. externale Unterstützungssysteme, die die Kompetenzen des Kindes und die Entwicklung positiver Wertvorstellungen fördern.

Werner (1993) nimmt an, dass Resilienz eine Fähigkeit darstellt, die im Entwicklungsprozess erworben wird“ (Laucht, M. in Brisch et al. 2003, S. 64/65).

Eine besondere Wichtigkeit bezüglich der Entwicklung von Resilienz haben zwei Faktoren:

1. Erfahrungen, die aus gelungener Bewältigung für das Individuum problematischer Situationen, gewachsen sind, und
 2. positive Bindungsbeziehungen in Interaktion mit der primären Bezugsperson.
- Durch einen positiven und wertschätzenden Umgang mit den Eltern sammelt das Kind Erfahrungen, die es sich kompetent fühlen lassen; Generalisierungseffekte entstehen.

„Resilienz bildet sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung aus. Dabei ist die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung von großer Bedeutung. Sichere emotionale Bindungen gelten als wesentliche Grundlage, auf der sich die kindliche Fähigkeit zur Bewältigung von Belastungen entwickelt“ (ebd., S. 70).

Auch an dieser Stelle sollen nun Ergebnisse der oben bereits in Teilen vorgestellten Untersuchung, die sich neben Traumatisierungen auch mit vorhandenen Copingstrategien von opiatabhängigen SubstitutionspatientInnen beschäftigt hat, folgen.

Auch unter dieser Untersuchungsvariable wurden eindeutige Unterschiede in den Bewältigungsstrategien von für die Befragten traumatischen Erlebnissen deutlich.

Die PatientInnengruppe benannte in der Befragung folgende, aus meiner Sicht nicht hilfreiche, sondern mit Retraumatisierungen verbunden, angewendete Bewältigungsversuche, die ohne Rangfolge aufgeführt werden sollen:

Anpassung, Drogen- und Alkoholkonsum, Hassempfinden, freiwillige Heimunterbringung, Hilflosigkeit, von zu Hause ausgerissen (Platte machen), Rückzug, Schuldsuche, Suizidversuch und Verdrängung (siehe Anhang Nr.2).

Die Copingstrategien der Kontrollgruppe waren nahezu ohne Ausnahme eine eher hilfreiche Umgangsform bezüglich der durchlebten Traumata. Ihre Bewältigungsstrategien waren größtenteils bestimmt durch sozial integrierte Formen des Umgangs.

Auch hier lässt sich feststellen, dass durch Traumata stark belastete Personen auf Grund nicht etablierter angemessener Handlungsmuster anhaltenden Stressbelastungen mit entsprechender Neurotransmitteraktivität ausgesetzt sind. Zur Lebenserhaltung schaltet sich ein sogenanntes „Notfallprogramm“ ein, durch das eine Reorganisation der neuronalen Verschaltungen, die zunächst ausschließlich auf die Beendigung der Destabilisierung ausgelegt sind, ablaufen kann. Durch die bereits mehrfach angesprochene Verdrängung und/oder Dissoziation ohne tatsächliche Bewältigung des Erlebten sind die ausgewählten Lösungsstrategien, die zumeist unbewusst etabliert werden, selten hilfreich (vgl. Kap.4.1.2.).

5. Rahmenbedingungen und Lebenswelt von SubstitutionspatientInnen im rechtsrheinischen Köln

5.1. Richtlinien und Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung ist ein relativ „neuer“ Ansatz der Behandlung von Opiatabhängigen. Erst zwischen 1987 und 1992 setzte sich diese Form der Behandlung auf Grund der Ausbreitung von HIV-Infektionen resultierend aus intravenösem Heroinkonsum, durch. „Den Durchbruch erzielte 1987 die Landesregierung in Nordrhein Westfalen mit dem „Wissenschaftlichen Erprobungsvorhaben zur medikamentengestützten Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen“, dem bald danach Hamburg folgte“ (Loviscach, S.265).

Mittlerweile gilt diese Behandlungsform, die im Verlauf durch weitere Medikamente, wie beispielsweise Subutex, erweitert wurde als fester Bestandteil der Suchthilfe.

Die medizinischen Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger werden durch die „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. §135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) geregelt. Dieser durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Jahr 2002 vereinbarte und vorgelegte Beschluss regelt die Aufgaben und Ziele einer Substitutionsbehandlung.

Das hier formulierte vordringliche Ziel der Behandlung, die begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen einbezieht, ist die Suchtmittelfreiheit. Für substituierende Ärzte besteht eine Genehmigungspflicht zur Durchführung der Behandlung, die durch § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV genau geregelt ist. Die vertragsärztliche Versorgung darf ausschließlich von Ärzten/Ärztinnen, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ihre berufliche Befähigung der oben stehenden Bestimmungen entsprechend nachgewiesen haben, gewährleistet werden. Voraussetzung einer Substitutionsbehandlung ist die gemeinsame Erstellung eines umfassenden Therapiekonzeptes durch Arzt/Ärztin und MitarbeiterIn der psychosozialen Beratungsstelle.

Dieses beinhaltet:

- „1. eine ausführliche Anamnese (insbesondere Suchtanamnese) mit Erhebung relevanter Vorbefunde, insbesondere über bereits erfolgte Suchttherapien, sowie über parallel laufende Mitbehandlungen bei anderen Therapeuten
2. eine körperliche Untersuchung (einschließlich Urinanalyse) zur Sicherung der Diagnose der manifesten Opiatabhängigkeit und zur Diagnostik des Beigebrauchs
3. die Abklärung ggf. vorliegender Suchtbegleit- Suchtfolgeerkrankungen
4. eine sorgfältige Abwägung, ob für den individuellen Patienten eine drogenfreie oder eine substitions-gestützte Behandlung angezeigt ist
5. die Ermittlung des Hilfebedarfs im Rahmen der psychosozialen Betreuung durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle
6. die Erstellung eines individuellen Therapieplans, der enthält
 - a) die zeitliche und qualitative Festlegung der Therapieziele,
 - b) die Auswahl und die Dosierung des Substitutionsmittels,
 - c) ein Dosierungsschema, das ggf. auch die Art der Reduktion und den Zeitraum des allmählichen Absetzens des Substitutionsmittels festlegt.
 - d) sowie die im Einzelfall erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen und/oder ggf. psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen“ (BUB-Richtlinien, S. 3).

Zur Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen ist jeder/jede substituierende Arzt/Ärztin gemäß § 5a BtMVV, verpflichtet den Beginn einer Behandlung dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unverzüglich mitzuteilen.

Ausschlussgründe für eine Substitutionsbehandlung liegen laut BUB-Richtlinien vor, wenn:

1. ein primärer abhängiger Konsum anderer Substanzen, wie beispielsweise Alkohol, Kokain, Benzodiazepine etc. oder
2. der Patient/die Patientin Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet (BUB-Richtlinien, S. 4).

5.2. Strukturanalyse des rechtsrheinischen Stadtgebietes

(Mülheim/Kalk/Porz)

Wohnsitz und Lebensmittelpunkt der KlientInnen des „Rechtsrheinischen Drogenhilfezentrums“ der *Drogenhilfe Köln e.V.* liegt hauptsächlich im rechtsrheinischen Köln, in den Stadtteilen Mülheim, Kalk und Porz.

Hier stellt jedoch der Stadtbezirk Köln-Mülheim den höchsten Anteil von KlientInnen.

Jeder dieser Stadtteile ist geprägt von einem hohen Anteil von ALGII- und SozialhilfeempfängerInnen und einem hohen MigrantInnenanteil. Der Stadtbezirk Köln-Mülheim gliedert sich in insgesamt acht Stadtteile (Mülheim, Buchheim, Holweide, Dellbrück, Dünnwald, Höhenhaus, Flittard und Stammheim). Wovon in den Stadtteilen Mülheim, Buchheim und Holweide ein Anteil von 10,0 und mehr Prozent (%) Menschen, die im Sozialhilfebezug oder im Bezug von Arbeitslosengeld II und Sozialgeldbezug im Sinne des SGB II stehen, leben. Eine ähnliche EinwohnerInnenstruktur zeigt sich in Köln-Kalk. Dieser Stadtbezirk bestehend aus zehn Stadtteilen (Kalk, Buchforst, Vingst, Humbold-Gremberg, Gremberg, Höhenberg, Ostheim, Neubrück, Brück und Merheim) hat ebenfalls mit einem Anteil von 10,0 und mehr Prozent (%) von Menschen im Sozialhilfe- und ALG II- Bezug in den Stadtteilen Kalk, Buchforst, Vingst, Neubrück, Ostheim und Neubrück zu kämpfen. Der südlichste rechtsrheinische Stadtbezirk Köln-Porz liegt bezüglich der Arbeitslosenquote im Vergleich zu den beiden erwähnten Stadtbezirken mit nur einem Stadtteil (Porz 10,0 und mehr Prozent (%)) im Mittelmaß zu Gesamtköln (Quote von 6,8%) bezüglich der von Transferleistungen lebenden EinwohnerInnen (Statistisches Jahrbuch 2004).

Oftmals besteht hier in Familien seit Generationen ein Bezug von Transferleistungen. Dementsprechend liegt die Vermutung bezüglich einer defizitären Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung von BürgerInnen dieser Stadtbezirke bezüglich selbstbestimmter und selbständiger Lebensgestaltung durch eigene Arbeit nahe. Eine weitere strukturelle Besonderheit der o.g. Stadtbezirke ist ein hoher Anteil von BürgerInnen

ausländischer Herkunft, die sich oftmals in einem kulturellen Spannungsfeld, nationaler Identität und deutscher Kultur befinden. Häufig finden sich unter diesem Einwohneranteil Menschen mit Traumatisierungen. Diese rühren zum einen durch wirtschaftliche und staatliche Verhältnisse in ihren Herkunftsländern und zum anderen durch Verlust einer sozialen und kulturellen Heimat her. Neben einer Vielzahl weiterer Belastungen spielen diese bei der intra- und interpsychischen Entwicklung eine wichtige Rolle.

5.3. ICD 10- Kriterien zum Thema Drogen: Missbrauch/Abhängigkeit

„Im Jahr 1964 empfahl die WHO, den oft benutzten Begriff „Sucht“ (addiction) als unwissenschaftlichen Terminus aufzugeben und ihn stattdessen durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen, da dieser in 2 Formen spezifiziert werden kann: als psychische und physische Abhängigkeit (Kaplan u. Sadock 1996).

Die moderne Klassifikation der Abhängigkeitserkrankungen in der ICD-10 (WHO 1993) und dem DSM-IV (1996) geht auf das biaxiale (oder dichotome) Konzept von Edwards u. Gross (1976) zurück, das Missbrauch bzw. schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit als 2 voneinander unabhängige Störungen unterscheidet“ (Schmidt, L.G., in Gastpar, Mann, Rommelspacher, S. 70).

Der Begriff „schädlicher Gebrauch“ wird laut ICD-10 wie folgt beschrieben. Der schädliche Gebrauch nach ICD-10 wird als ein Konsummuster psychotroper Substanzen bezeichnet, das eine Gesundheitsschädigung nach sich ziehen kann, z.B. die Infektion mit Hepatitis C Viren aufgrund intravenösem Heroinkonsum, sowie die Entstehung einer Leberzirrhose bedingt durch Alkohol.

„Substanzmissbrauch“ klassifiziert durch den DSM-IV bezieht zusätzlich zur medizinischen Definition der Störung explizit soziale Faktoren mit ein. Das Hauptmerkmal des Substanzmissbrauchs laut DSM-IV ist ein fehlangepasstes Muster des Substanzgebrauchs, das sich durch Wiederholung manifestiert.

Die Folgen können sein:

- Versagen durch schlechte Leistungen aufgrund bestehender Intoxikation, Vernachlässigung der alltäglichen Aufgaben, sowie Verwahrlosungstendenzen,
- Körperliche Gefährdung aufgrund von Intoxikation (z.B. Alkohol am Steuer),
- Konflikte mit dem Gesetz
- Soziale und zwischenmenschliche Probleme.

Voraussetzung für die Klassifikation des „Substanzmissbrauchs“ nach DSM-IV müssen die benannten Probleme wiederholt innerhalb von zwölf Monaten auftreten.

Das Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)/ die Substanzabhängigkeit (DSM-IV) zeichnet sich durch mindestens drei, in den letzten zwölf Monaten, aufgetretenen Kriterien, die im Folgenden genannt werden, aus:

- Starker Wunsch oder Zwang psychotrope Substanzen zu konsumieren,
- Verringerte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
- Entzugssyndrom bei Wegfall oder Reduktion des Konsums, wodurch eine erneute Substanzaufnahme oder der Konsum einer verwandten Substanz folgt
- Toleranzentwicklung bzgl. der Konsummenge oder einer verminderten Wirkung bei gleicher Konsummenge
- Fortschreitende Vernachlässigung sozialer Verpflichtungen, und sozialer Integration zugunsten einer Steigerung des Zeitaufwandes zur Beschaffung des Suchtmittels
- Anhalten des Substanzkonsums trotz Kenntnis der negativen Folgen (Gastpar, Mann, Rommelspacher Hg., S. 72).

Zur Diagnose einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung und einer entsprechenden, individuell abgestimmten Behandlung ist die Kenntnis und Anwendung dieser Kriterien grundlegend.

6. Quantitative Sozialforschung

„Empirische Sozialforschung ist die systematische Erfassung und Deutung sozialer Erscheinungen. Empirisch bedeutet, dass theoretisch formulierte Annahmen an spezifischen Wirklichkeiten überprüft werden“ (Atteslander, S 5). Im Folgenden soll ein Einblick in Methoden der empirischen Sozialforschung mit dem Ziel der Anwendung und Umsetzung, gegeben werden. Hierbei lassen sich zwei große Teilgebiete unterscheiden. Zum einen die qualitative Sozialforschung und zum anderen die quantitative Sozialforschung. Zur Untersuchung des Forschungsgegenstandes wird eine Fragebogenerhebung gewählt. Zur Einleitung wird ein kurzer theoretischer Abriss folgen.

6.1. Die Fragebogenerhebung

Ebenso wie das hier nicht weiter beschriebene Interview werden auch Fragebögen nach bestimmten Gesichtspunkten unterschieden.

Die unterschiedliche Klassifizierung erfolgt:

a) Nach dem Grad der Standardisierung wie beispielsweise:

- Nicht oder schwach standardisierte Fragebögen. Hier sind weder die Fragen noch die Reihenfolge der Fragen festgelegt.
- Teilstandardisierte Fragebögen. Ausschließlich die Fragen, und deren Reihenfolge sind festgelegt; die Form der Beantwortung bleibt offen.
- Vollstandardisierte Fragebögen: Bei dieser Form der Fragebögen sind sowohl die Fragen, die Reihenfolge der Fragen als auch die Antwortmöglichkeiten vom Untersuchungsleiter festgelegt.

b) Nach der Kommunikationsform.

Unterschieden werden hier mündliche und schriftliche Befragungen.

c) Nach dem angestrebten Gültigkeitsbereich der Aussagen.

d) Nach dem Inhalt der angestrebten Aussagen.

6.2. Formulierung der Fragestellung/Hypothese

Durch die psychosoziale Betreuung manifest Opiatabhängiger in der täglichen Arbeit im „Rechtsrheinischen Drogenhilfezentrum“ der *Drogenhilfe Köln e.V.*,

zeigen sich häufig ähnliche Entwicklungsmuster vieler KlientInnen. Hier spielen viele Faktoren wie beispielsweise die häusliche und außerhäusliche Erziehung sowie Peer group Verhalten eine wichtige Rolle. Auf Grund des Erkennens der oben benannten Parallelen entwickelte sich die Frage, ob sozialisatorische Faktoren in Kindheit und Jugend Faktoren für die Entwicklung einer Suchterkrankung sind. Dies genauer zu beleuchten wäre für bedarfsorientierte therapeutische Interventionen grundlegend, da dementsprechend Konzepte ergänzt und entwickelt werden müssen. „Die tragenden Identitätsbereiche, die sogenannten „Fünf Säulen der Identität“(1975h, Petzold, Orth 1994) bedürfen, wo sie durch Traumatisierung und Defizite und deren Aus- und Nachwirkungen beschädigt und beeinträchtigt sind, der therapeutischen Stütze für den Betroffenen und seinen Konvoi...“ (Petzold 1993,S.74).

Für die Untersuchung dieses Phänomens wird eine Fragebogenerhebung als Instrument mit der Hypothese

„Mangelnde oder nicht ausreichende Sozialisation begünstigt die Entwicklung einer späteren Suchtproblematik.“ zum Einsatz kommen.

6.3. Untersuchungsdesign

Zur Untersuchung der oben formulierten Fragestellung wird wie bereits erwähnt eine Fragebogenerhebung mit Hilfe eines vollstandardisierten Fragebogens als Methode der quantitativen Sozialforschung eingesetzt. Die Untersuchungsgruppe wird sich aus zwei Subgruppen, einer KlientInnengruppe und einer Kontrollgruppe, bestehend aus Nichtbetroffenen, zusammensetzen. Durch den Einsatz einer Kontrollgruppe sollen Unterschiede in der Entwicklung, also Unterschiede in der Sozialisation der Befragten deutlicher und vergleichbar, werden. Hierdurch soll eine spezielle konzeptionelle Beachtung dieser Phänomene plausibel werden.

7. Methodologisches Vorgehen

7.1. Entwicklung eines Fragebogens

Die Erstellung eines vollstandardisierten Fragebogens zur Erforschung der Fragestellung soll an dieser Stelle den Kriterien in Kapitel 3.2 entsprechend erfolgen. Zunächst stellte sich die Findung entsprechender, zielführender Fragen problematisch dar, da Fragen, die Sozialisation betreffend, häufig wenig spezifisch sind. Nach ausführlicher Überlegung werden Konzepte der „Integrativen Therapie“ als Grundlage dienen.

Da Sozialisation identitätsstiftend wirkt, wird sich der Fragebogen explizit an den „fünf Säulen der Identität“ nach Hilarion G. Petzold und Orth orientieren und auf diesen aufbauen.

Als äußerst wichtig bei der Formulierung der einzelnen Fragen des Fragebogens wurden folgende Aspekte erachtet:

- die Fragen oder Feststellungen sollen keine Fachausdrücke beinhalten, sie sollen einfach und für jeden verständlich formuliert sein
- die Fragen oder Feststellungen sollen kurz und ohne Schachtelsätze formuliert sein; sie sollen 20 Wörter nicht überschreiten
- die Fragen oder Feststellungen sollen konkret sein
- Suggestivfragen sollen vermieden werden
- „belastete“ Worte sollen vermieden werden
- sie sollen nicht hypothetisch sein, also keine Konjunktiv-Formulierungen enthalten
- sie sollen sich auf einen Sachverhalt beziehen
- die Fragen oder Feststellungen sollen keine doppelten Negationen enthalten
- die Fragen oder Feststellungen sollen den Befragten nicht überfordern

Da viele der von mir betreuten KlientInnen nur über eine geringe Schulbildung, niedrige Frustrationstoleranz, wenig Geduld und Konzentrationsfähigkeit verfügt, erschien die Beachtung der benannten Regeln bei der Erstellung eines Fragebogens als eminent wichtig.

Auf Grund dessen wird der erstellte Fragebogen möglichst kurz und auf das aus meiner Sicht Wesentliche beschränkt verfasst werden. Eine weitere Schwierigkeit bei der Formulierung der Fragen lag in der Beachtung der individuellen Sprachkenntnisse, da ein Teil der Befragten ausländischer Herkunft ist.

7.1.1. Aufbau des Fragebogens

Wie oben deutlich wurde wird als Grundraster des Fragebogens das Fünf-Säulen-Modell nach Petzold und Orth dienen.

Dieser Theorie zufolge besteht die Identität des Individuums aus fünf gleichberechtigten und gleichwertigen Bereichen:

- 1) Leib (I)
- 2) Netzwerk (II)
- 3) Arbeit/Leistung/Freizeit (III)
- 4) Materielle Sicherheit (IV)
- 5) Werte (V)

Der Fragebogen wird sich in unterschiedliche Teilbereiche gliedern. Diese umfassen sowohl personenbezogene und anamnestische Daten. Da Fragen die Person betreffend (Alter, Geschlecht, Schulbildung) zunächst auf die befragten unverfänglich wirken. Weiterhin wird sich der Fragebogen mit Fragen, die sich am Grundraster der „Fünf Säulen der Identität“ orientieren, befassen.

7.1.2. Auswahl der Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe wurde wie bereits erwähnt in zwei Subgruppen, eine KlientInnengruppe und eine Kontrollgruppe, unterteilt.

Die KlientInnengruppe wird aus dreißig KlientInnen, die in der Methadonambulanz des „Rechtsrheinischen Drogenhilfezentrums“ der *Drogenhilfe Köln eV*. in Köln-Mülheim substituiert und durch die Autorin betreut werden, bestehen. Bei der Auswahl waren ansonsten keine weiteren Kriterien von Bedeutung; sie wird dementsprechend gemischtgeschlechtlich und

multinational sein. Spezielle Kriterien für die Zusammensetzung der Kontrollgruppe gab es keine. Diese wird ebenso aus ca. dreißig Personen bestehen, sodass insgesamt eine Grundgesamtheit von sechzig Befragten vorliegt.

Die Untersuchung hat des weiteren keinen Anspruch von Repräsentativität, sondern will ausschließlich einen Einblick in die Thematik geben.

8. Ergebnisse der vorgestellten empirischen Untersuchung

Die empirische Untersuchung, die als Grundlage der im Folgenden vorgestellten statistischen Ergebnisse dient, orientiert sich bzw. basiert auf den Theorien der integrativen Therapie nach Hilarion G. Petzold. Die Grundlage der Hypothesenbildung und in der Folge der Erstellung des Fragebogens bildet insbesondere das Konzept der „Fünf Säulen der Identität“, das zur Erfassung persönlichkeitsbildender Faktoren herangezogen wurde.

Dieses genutzte Konzept besteht aus fünf Komponenten, die die Entwicklung einer ausgereiften und gesunden Persönlichkeitsstruktur bedingen.

Die fünf elementaren Identitätsbereiche werden von Petzold und Orth wie folgt benannt:

1. Die Leiblichkeit (I),
2. Das soziale Netzwerk (II),
3. Arbeit, Leistung , Freizeit (III),
4. Die materielle Sicherheit (IV) eines Individuums und
5. Normen und Werte (V).

Die hier benannten Komponenten dieser Theorie sollen an dieser Stelle durch Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, die von Dezember 2005 bis Januar 2006 mit dreißig PatientInnen einer Methadonambulanz in Köln-Mülheim und mit einer Experimental- oder Kontrollgruppe in einer ebensolchen Größenordnung durchgeführt wurde, näher beleuchtet werden.

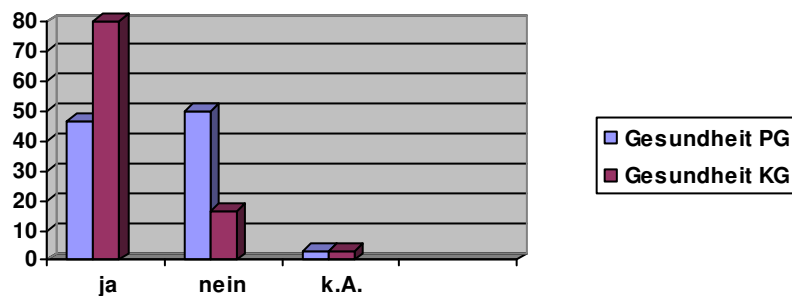
8.1. Forschungsergebnisse

8.1.1. Die Leiblichkeit (I)

Zunächst sollen in dieser Kategorie die Angaben der Untersuchungsgruppe bezüglich des Gesundheitszustandes, d.h. der salutogenetische Verfassung (vgl. Antonovsky) mit all seinen Ausprägungen, wie tatsächliche gesundheitliche Konstitution, die selbstwahrgenommene gesundheitliche

Verfassung, sowie das individuelle Körpergefühl vorgestellt und interpretiert werden.

8.1.1.1. Tatsächlicher Gesundheitszustand der Untersuchungsgruppe (PatientInnengruppe (PG) und Kontrollgruppe (KG))

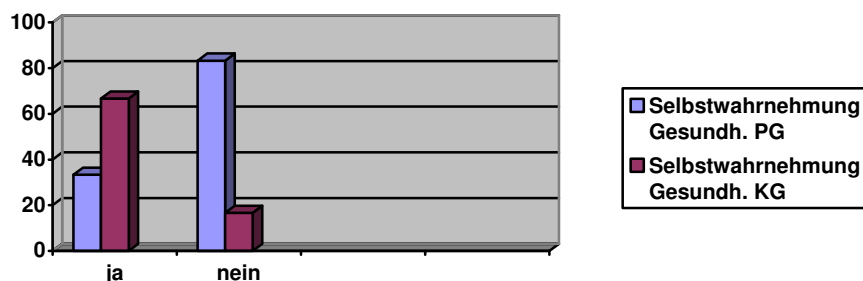


In der Untersuchung gaben demnach 46,7% der PatientInnengruppe (PG) an, sie seien gesund bzw. leiden an keiner körperlichen oder psychischen Erkrankung exklusive der vorliegenden Suchterkrankung. Weitere 50% dieser Gruppe verneinten dies. Ein kleinerer Teil (3,3%) der PatientInnengruppe machte zu dieser Variablen keine Angaben.

Die Ergebnisse der Kontrollgruppe unterscheiden sich signifikant von den Ergebnissen der PatientInnengruppe. So waren 80% der Befragten dieser Gruppe gesund beziehungsweise hatten keine Erkrankungen inklusive einer Suchterkrankung, 16,7% der hier Befragten verneinten dies und ebenso machten 3,3% der Kontrollgruppe keine Angaben zu dieser Fragestellung.

Aufgrund dieser Angaben wird im Bereich der Leiblichkeit bereits an dieser Stelle eine massive Mehrfachbelastung der PatientInnengruppe deutlich. Mögliche Ursachen können allein durch die Existenz der Suchterkrankung und der ihr immanenten Vernachlässigung des Körpers begründet sein. Eine weitere darüber hinaus gehende Deutung dieses Ergebnisses besteht in einem bereits früh in der Biographie entstandenen mangelnden „Selbstfürorgeverhalten“, das bereits in den vorherigen Kapiteln zur Sprache kam (vgl. Kap. 2; Kap. 3.4.2.).

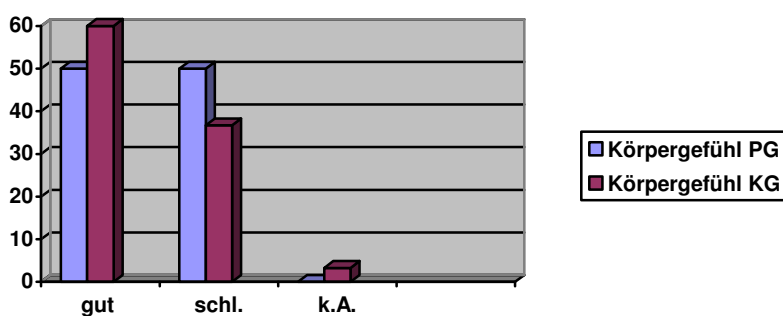
8.1.1.2. Selbstwahrnehmung eigener Gesundheit der PatientInnengruppe (PG) und der Kontrollgruppe (KG)



Auch bei der Beantwortung dieser Fragestellung „Ich fühle mich gesund“, also bei der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, gab es große Unterschiede zwischen PatientInnengruppe und Kontrollgruppe. So wurde dies von der PatientInnengruppe zu 66,7% mit „nein“ und nur von 33,3% mit „ja“ beantwortet. Die Kontroll- bzw. Experimentalgruppe hingegen beantwortete die Frage nach der selbst wahrgenommenen eigenen Gesundheit zu 83,3% mit „ja“ und 16,7% mit „nein“.

Dieses Befragungsergebnis spiegelt das oben bereits genannte Ergebnis zur tatsächlichen gesundheitlichen Konstitution wider.

8.1.1.3. Körpergefühl der PatientInnengruppe (PG) und der Kontrollgruppe (KG)



Unter Berücksichtigung der beiden oben genannten Auswertungen der Befragung (tatsächlicher Gesundheitszustand, Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes) zeigt das Ergebnis der Befragung nach dem eigenen

Körpergefühl, „Ich fühle mich in meinem Körper wohl.“ in der PatientInnengruppe (PG) zunächst nicht logisch. Hier zeigten sich insbesondere in der Gruppe der PatientInnen mit einem Befragungsergebnis von 50% „Ja-Antworten“ und 50% „Nein-Antworten“ Auffälligkeiten, die sich von den erwähnten obenstehenden Ergebnissen nicht herleiten lassen und ebenso wenig zu erwarten waren. Diesem zunächst nicht nachvollziehbaren Ergebnis soll im Weiteren nochmals Beachtung geschenkt werden.

Das Auswertungsergebnis der Befragung in der Kontrollgruppe ergab, dass 60% der Befragten ein positives Körpergefühl und 36,7% ein negatives benennen; 3,3% machten keine Angaben.

Zunächst erscheint das Ergebnis der Befragung zum Körpergefühl der Untersuchungsgruppe, insbesondere das der PatientInnengruppe, nach Betrachtung des zuvor Benannten unlogisch und nicht sinnhaft. Bei näherer Betrachtung lässt sich jedoch das Ergebnis wie folgt interpretieren. So lässt das als wenig problematisch erscheinende eigene Empfinden des eigenen Körpers folgende Interpretation zu. Zum einen, dass die befragten PatientInnen nicht im Kontakt zu sich selbst stehen, d.h. aufgrund der immer noch vorherrschenden Betäubung durch das verabreichte Substitutionsmittel (Methadon, Polamidon oder Subutex) körperliche Empfindungen nur wenig oder nicht von den Betroffenen wahrgenommen werden. Eine weitere Interpretation dieses Ergebnisses könnte auf eine geringe Beachtung beziehungsweise Fokussierung des eigenen körperlichen Befindens aufgrund anderer als vorrangig erscheinenden Dinge zurückgeführt werden. In diesem Zusammenhang muss die primäre Befriedigung des Cravings oder eine vorliegende, durch Traumatisierung entstandene Dissoziation, genannt werden.

8.1.2. Netzwerke (II)

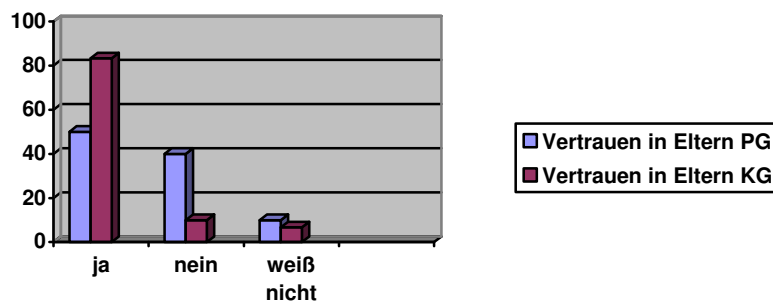
Diese Kategorie aus dem Konzept der „Fünf Säulen der Identität“ soll nochmals in sich unterteilt werden. So wurden in der Untersuchung diesbezüglich Sub-Kategorien durch unterschiedliche Fragestellungen vollzogen.

Diese gliedern sich in:

1. Eltern-Kind-Beziehung einschließlich verschiedener Dimensionen (Vertrauen, Emotionale Annahme, Hilfe/Belastung).
2. Bezugspersonen anderer Art (Peers, andere selbstgewählte Bezugspersonen).

8.1.2.1. Die Eltern-Kind-Beziehung als Netzwerk

8.1.2.1.1. Vertrauensvolle Eltern-Kind-Beziehung der PatientInnen- gruppe und der Kontrollgruppe

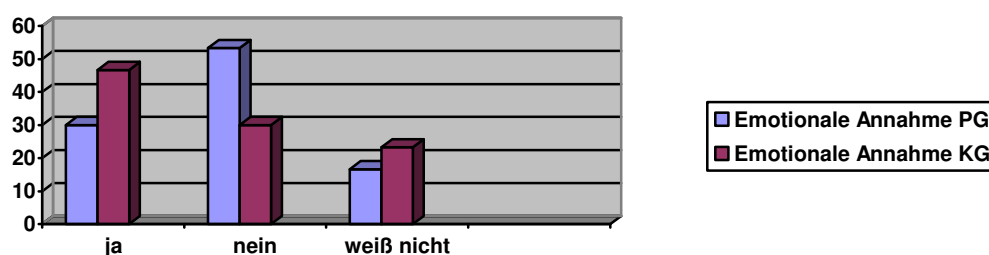


Die Untersuchung bezüglich der Vertrauensvollen Beziehung zu den Eltern wies zwischen PatientInnengruppe und Experimentalgruppe ebenfalls Unterschiede im Ergebnis auf. Die PatientInnengruppe beantwortete die Aussage „Meinen Eltern/Erziehungsberechtigten kann/konnte ich immer Vertrauen.“, zu 50% mit „ja“, zu 40% mit „nein“ und zu 10% mit „weiß nicht“. Im Gegensatz dazu wurde diese Kategorie von der Kontroll-bzw. Experimentalgruppe wie folgt beantwortet: 83,3% Zustimmung zu dieser Aussage, 10% konnten dieser Aussage nicht zustimmen und 6,7% beantworteten diese mit „weiß nicht“.

Da eine vertrauensvolle Beziehung mit dem Bindungsverhältnis von Eltern und Kindern in unmittelbarem Zusammenhang steht, können aufgrund der Ergebnisse, insbesondere der der PatientInnengruppe, mit relativ hohen Werten im Bereich einer nicht vertrauensvollen Beziehung (40%) und der relativ hohen Werte von unentschlossenen UntersuchungsteilnehmerInnen der

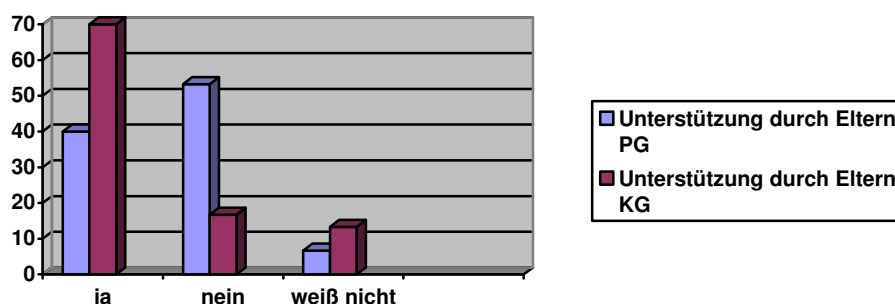
PatientInnengruppe mit 10%, Rückschlüsse auf fehlende Bindung oder auf ein unsicher-ambivalentes Bindungsverhältnis gezogen werden. Dies sollte jedoch nochmals durch ein Adult-Attachment-Interview (AAI) nach George/Main und Kaplan (1996) überprüft werden (vgl. Kap. 3.4.2.).

8.1.2.1.2. Die emotionale Annahme in der Eltern-Kind-Beziehung



Diese Ergebnisgrafik bzgl. der emotionalen Annahme der Untersuchungsgruppe, die sich in PatientInnengruppe und Experimentalgruppe gliedert, kann ebenfalls auf Bindungsstörungen hindeuten, da diese ähnlich wie die oben vorgestellte Grafik zur vertrauensvollen Beziehung zwischen Eltern und Kindern, sowohl in der Subgruppe der PatientInnen als auch in der Kontrollgruppe Auffälligkeiten zeigen. Die These „Auf Gefühle wurde in meiner Familie immer eingegangen“ wurde von der PatientInnengruppe (PG) mit 30% und der Kontrollgruppe (KG) mit 46,7% bestätigt; verneint wurde diese Aussage von der PG mit 53,3% und von der KG mit 30%, ich „weiß nicht“ wurde von 16,7% der PatientInnen und von 23,3% der Experimentalgruppe angegeben. Wie zuvor liefert auch diese Untersuchungsdimension eine Bestätigung des zuvor dargestellten Befragungsergebnisses. Ebenso ist es auch an dieser Stelle von Nöten, das in Kapitel 3.4. behandelte Bindungsbedürfnis und die Bindungsbeziehung in die Betrachtung mit einzubeziehen.

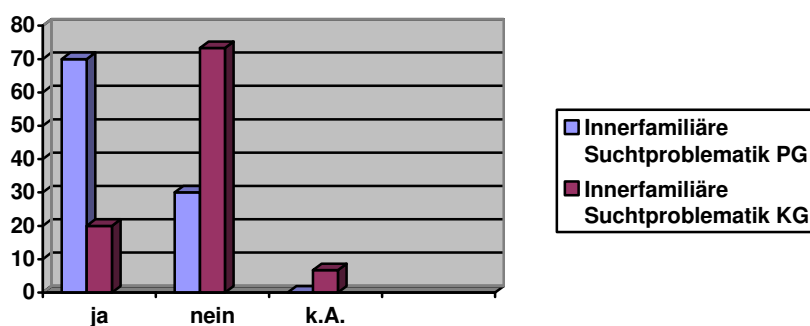
8.1.2.1.3. Unterstützung bei der Problembewältigung durch die Eltern



Laut dieser Ergebnisgrafik wird auch hier ein Unterschied zwischen den beiden Subgruppen deutlich. So wurden nur 40% der PatientInnen nach eigenem Empfinden von ihren Eltern in der Problembewältigung unterstützt, 53,3% gaben an, keine Unterstützung von den Eltern in für sie schwierigen Situationen erhalten zu haben und 6,7% der Befragten dieser Gruppe äußerten sich in dieser Befragungskategorie nicht eindeutig.

Die Kontrollgruppe wurde zu 70% nach eigenen Angaben von den Eltern bezüglich der Bewältigung von Problemen unterstützt, 16,7% fühlten sich in krisenhaften Situationen nicht oder nur unzureichend unterstützt und ein relativ hoher Prozentsatz der Befragten (13,3%) gab keine eindeutige Antwort.

8.1.2.1.4. Innerfamiliäre Suchtproblematik



Die Untersuchung dieser Variablen zeigte, dass 70% der PatientInnengruppe ein innerfamiliäres Suchtproblem aufwiesen, 30% verneinten die Fragestellung „Lag in Ihrer Familie ein Suchtproblem vor?“. Das Ergebnis der Befragung der

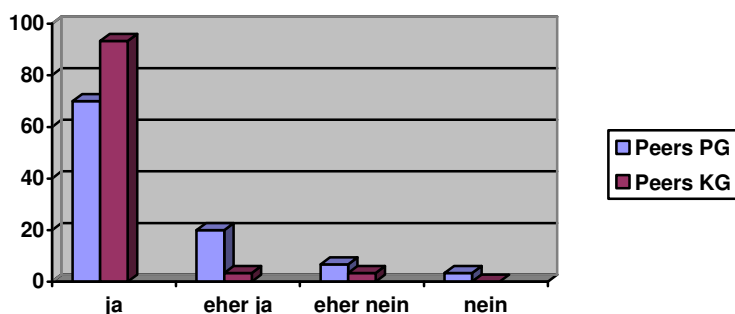
Kontrollgruppe zu diesem Item stellte sich tendenziell gegenteilig dar. Hier antworteten 20% der Befragten der Kontrollgruppe diese Variable mit „ja“ und 73,3% mit „nein“. Von 6,7% der Befragten wurden keine Angaben hierzu gemacht. Aufgrund dieses eindeutigen Ergebnisses ist anzunehmen, dass ein Zusammenhang zwischen einer innerfamiliären Suchtproblematik und der Entwicklung einer eigenen Abhängigkeitserkrankung besteht. Dies sollte durch einen Chi-Quadrat-Test nochmals überprüft werden. Hier konnte mit einer Signifikanz von 0,007 bezüglich der Korrelation der Variablen innerfamiliäres Suchtproblem und Entwicklung eines eigenen Suchtproblems bestätigt werden (vgl. Anhang).

8.1.2.1.5. Bezugspersonen

An dieser Stelle sollen nun die Bezugspersonen der PatientInnengruppe und der Kontrollgruppe Erwähnung finden, da sie häufig das Netzwerk stützen oder hemmen. Sie wirken entsprechend stützend oder „schädigend“ beziehungsweise sind wenig hilfreich bei Veränderungsprozessen und bezüglich der Lebensbewältigung.

Zunächst wurde im vorliegenden Fragebogen diese Komponente retrospektiv durch die These „In meiner Kindheit und Jugend hatte ich guten Kontakt zu anderen gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen“ beleuchtet.

8.1.2.1.5.1. Vorhandensein von Peers in der Kindheit und Jugend



Die These wurde wie folgt beantwortet:

PG: ja = 70%, eher ja = 20%, eher nein = 6,7%, nein = 3,3%

KG: ja = 93,3%, eher ja = 3,3%, eher nein = 3,3%, nein = 0%

Bereits in der Lebensphase Kindheit und Jugend sind Unterschiede bezüglich des Sozialverhaltens und der sozialen Einbettung zu erkennen. Die Kontrollgruppe verfügte, der Untersuchung entsprechend, schon in diesen relativ frühen Lebensabschnitten über eine größere soziale Kompetenz mit weiter gefassten Übungsfeldern. Die Möglichkeit der Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartung wird durch mangelnde Erfahrungen in hohem Maße geprägt und kann bei geringen Erfahrungswerten bezüglich der Sozialkontakte gehemmt werden. Häufig ist jedoch eine geringe soziale Einbettung nicht als alleinige Ursache für mangelnde Selbstwirksamkeit zu werten, vielmehr ist sie häufig als Resultat einer frühkindlichen Bindungsstörung zu bewerten (vgl. Kap. 3.4.2.).

8.1.2.1.5.2. Aktuelle Bezugspersonen

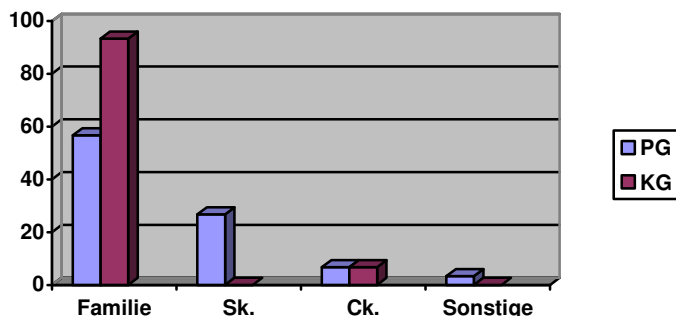


Abbildung 3: Die Abkürzungen lauten wie folgt.

Sk. = Szenekontakte; Ck. = Cleankontakte

In einer zweiten Kategorie der Frage nach aktuellen, zuvor nicht benannten Bezugspersonen/Bezugskontakten wurden folgende Kontakte benannt. In der PG nannten die Befragten ergänzend folgende weitere Bezugspersonen oder Kontakte: Cleane Freunde, die nichts mit Drogen zu tun haben (Cleankontakte) (19,9%), Lebensgefährtin/Lebenspartner (9,9%), Niemand (3,3%), d.h. keinerlei Kontakte, ausschließlich die psychosoziale Betreuung (3,3%), oder es wurden

keine Angaben von den Befragten gemacht (43,3%). Das Ergebnis aus der Kontrollgruppe differenzierte sich durch eine größere Bandbreite der angegebenen weiteren Kontakte. Einen großen Stellenwert nahmen für die Befragten dieser Subgruppe z.B. Arbeitskollegen (9,9%) und Freunde (50%) ein. Hier wird deutlich, dass in der Untersuchungsgruppe der PatientInnen größtenteils wenig hilfreiche Kontakte, die eine Veränderung der Lebensgestaltung vorantreiben könnten oder für die aktuelle Lebensbewältigung förderlich sind, vorhanden sind.

8.1.3. Arbeit/Leistung/Freizeit (III)

Als dritte Säule der Identität soll hier das Augenmerk auf die Arbeit, die Leistung und die Freizeit der Untersuchungsgruppe (PG und EG) gelegt werden. Diese Befragungsvariablen wurde ebenfalls mit Hilfe des erstellten Fragebogens aufzuspüren versucht. .

Aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen ergibt sich eine weitere Unterteilung in drei Unterkategorien:

1. Die Schulausbildung
2. Die Berufliche Bildung
3. Das Freizeitverhalten

8.1.3.1. Schulausbildung

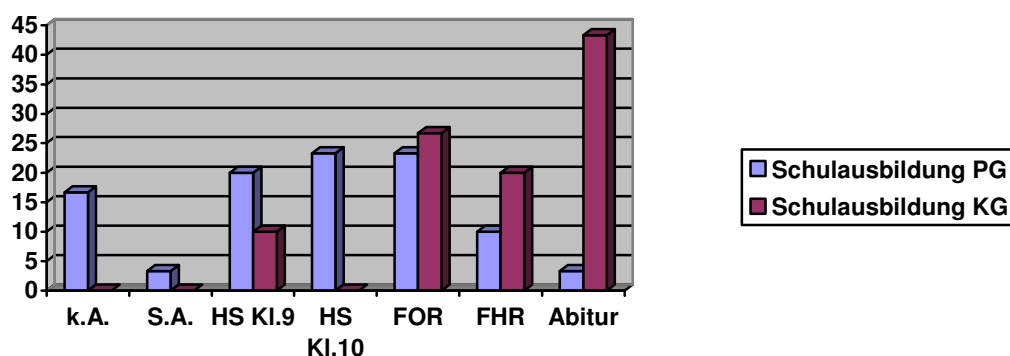


Abbildung 4: Abkürzungen:

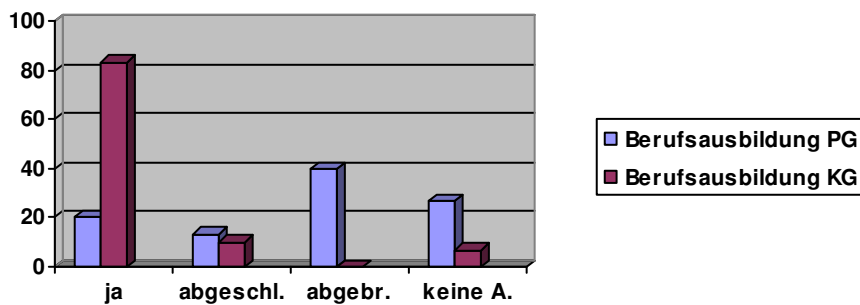
k.A. = kein Abschluss, SA = Sonderschulabschluss, HS Kl.9 = Hauptschule Klasse 9,
 HS Kl.10 = Hauptschule Klasse 10, FOR = Fachoberschulreife, FHR = Fachhochschulreife,

Die Befragten der PatientInnengruppe gaben in der Untersuchung an, zu 16,7% über keinen Schulabschluss zu verfügen, zu 3,3% einen Sonderschulabschluss⁶, zu 20% einen Hauptschulabschluss nach Klasse 9, zu 23,3% einen Hauptschulabschluss nach Klasse 10, zu 23,3% die Fachoberschulreife, zu 10% die Fachhochschulreife und zu 3,3% ein Abitur erworben zu haben.

In der Befragung der Kontrollgruppe ergab sich, dass 10% der Befragten über einen Hauptschulabschluss nach Klasse 9 verfügen, 26,7% die Fachoberschulreife erwarben, 20% die Fachhochschulreife und 43,3% die allgemeine Hochschulreife (Abitur) erwarben.

⁶ Durch die Befragung wurde keine Differenzierung des Sonderschultyps im Falle des Besuchs einer solchen vorgenommen.

8.1.3.2. Berufsausbildung (einschließlich Studium)



Ähnlich wie bereits in der Kategorie Schulausbildung zeigt sich auch bei diesem Item eine Ressourcenknappheit unter der PatientInnengruppe. So wird von 20% der Befragten angegeben, eine Berufsausbildung absolviert zu haben. Weitere 13,3% geben an, eine solche abgeschlossen zu haben. Eine Ausbildung begonnen, jedoch im Verlauf abgebrochen, haben 40% und keine Ausbildung begonnen zu haben, wird von 26,7% der Befragten genannt.

Zusammenfassend kann für diesen Teil der Untersuchungs-gruppe prospektiv eine zusätzliche auf dem Arbeitsmarkt sich ergebende Benachteiligung benannt werden, da insgesamt nur 33,3% der PatientInnen über eine berufliche Qualifikation verfügen, auf der in der Folge aufgebaut werden kann.

Ein gegensätzliches Bild ergibt sich wie bereits zuvor in den meisten Befragungsergebnissen aus der Ergebnisauswertung der Kontrollgruppe. Diese verfügt überwiegend über eine berufliche Qualifikation. Insgesamt haben 93,3% (83,3% = Ja-Antworten + 10% = Berufsausbildung abgeschlossen) der Befragten eine Berufsausbildung absolviert, 6,7% haben keine oder aufgrund des Alters noch keine Ausbildung begonnen. Wie an anderer Stelle benannt werden wird, wirkt sich insbesondere dieses Item auf die aktuelle Berufstätigkeit aus (vgl. Kapitel „Materielle Sicherheit IV“).

8.1.3.3. Das Freizeitverhalten

Auffallend bei dieser Befragungskategorie ist, dass das Freizeitverhalten der PatientInnengruppe fast ausschließlich sich wenig aktivierend darstellt. Sehr häufig bezieht sich die Freizeitgestaltung ausschließlich auf „Aktivitäten“ wie

fernsehen und „Playstation“ spielen. Auch hier ist die Freizeitgestaltung unter der Kontrollgruppe wesentlich differenzierter und vielfältiger.

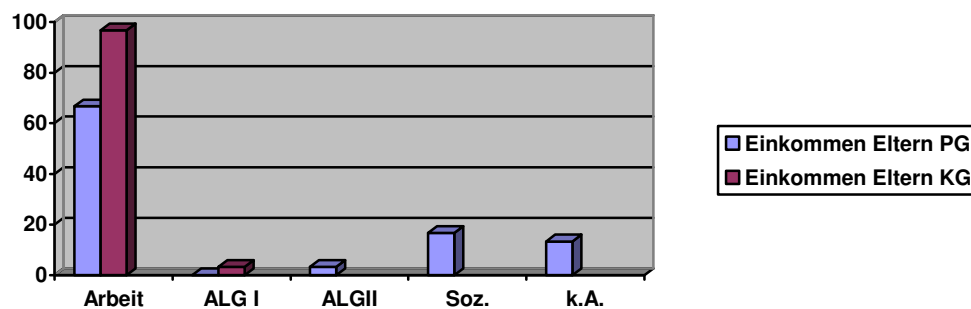
8.1.4. Materielle Sicherheit (IV)

Die Säule der materiellen Sicherheit als die vierte Säule des Identitätskonzeptes nach Petzold und Orth nimmt einen besonderen Stellenwert ein, da erst durch materielle Sicherheit, die sich in viele Bereiche wie Wohnung (Obdach), Möglichkeiten der Freizeitgestaltung durch finanzielle Ressourcen, Identitätsfindung bezüglich der Selbstwahrnehmung - basierend auf der dritten Säule der Identität - geistige Entfaltung und Freiheit ohne primären Fokus auf finanzielle Mittel, also unabhängig von finanziellen Engpässen gelebt werden kann.

Diese Säule besteht wie bereits angesprochen aus verschiedenen Subgruppen:

1. Einkommen der Eltern
2. Orte des Aufwachsens, Wohnverhältnisse in der Kindheit
3. Aktuelles eigenes Einkommen
4. Aktuelle Wohnverhältnisse

8.1.4.1. Einkommen der Eltern



Abbil

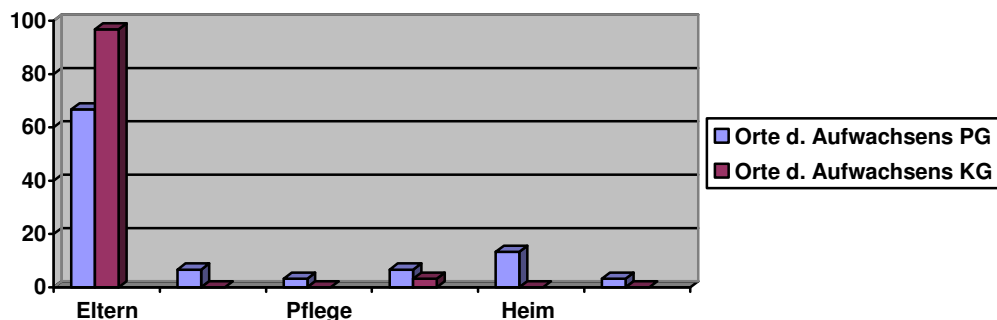
Abbildung 5:

Abkürzungen: ALG I = Arbeitslosengeld I, ALG II = Arbeitslosengeld II, Soz. = Sozialhilfe, k.A. keine Angaben

In der Untersuchung konnte folgendes für die PatientInnengruppe festgehalten werden: 66,7% der Eltern dieser Gruppe konnten ihren und den Lebensunterhalt ihrer Familie durch eigenes Einkommen bestreiten, 20% der Eltern dieser Gruppe lebten von Transferleistungen (ALGII und Sozialhilfe) und 13,3% der Befragten dieser Gruppe machten keine Angaben zu diesem Item. Aufgrund dieser Ergebnisse ist von einer relativen Armut im Kindes- und Jugendalter in dieser Gruppe auszugehen.

Wiederum lassen sich gegensätzliche Ergebnisse beziehungsweise Lebenswelten bezüglich der materiellen Sicherheit der Kontrollgruppe im Kindes- und Jugendalter feststellen. In 96,7% der untersuchten Fälle dieser Gruppe bildete das eigene Einkommen der Eltern die Lebensgrundlage der Familie in dieser Lebensphase der Befragten. Zu einem überwiegenden Teil herrscht in der Kontrollgruppe entsprechend ein zumeist bürgerliches Milieu, das von anderen Lebenswirklichkeiten geprägt ist.

8.1.4.2. Orte des Aufwachsens/Wohnverhältnisse in der Kindheit



A

Abbildung 6: Große. = Großeltern, Pflege = Pflegefamilie, Adoptiv = Adoptivfamilie

Die Orte des Aufwachens von PatientInnengruppe und Kontrollgruppe unterscheidet sich ebenfalls in hohem Maße voneinander. So gaben die Befragten der PatientInnengruppe in diesem Zusammenhang an, sie seien zu 66,7% bei den leiblichen Eltern aufgewachsen, zu 6,7% bei den Großeltern, in 3,3% der Fälle wuchsen sie in Pflegefamilien auf, 6,7% der Befragten wurden adoptiert, 13,3% durchliefen eine Heimerziehung und 3,3% machten keine Angaben zu dieser Fragestellung.

Die Kontrollgruppe wuchs hingegen zu 96,7% in der Ursprungsfamilie auf, lediglich 3,3% der Befragten gab an, bei Adoptiveltern aufgewachsen zu sein.

8.1.4.3. Aktuelles eigenes Einkommen

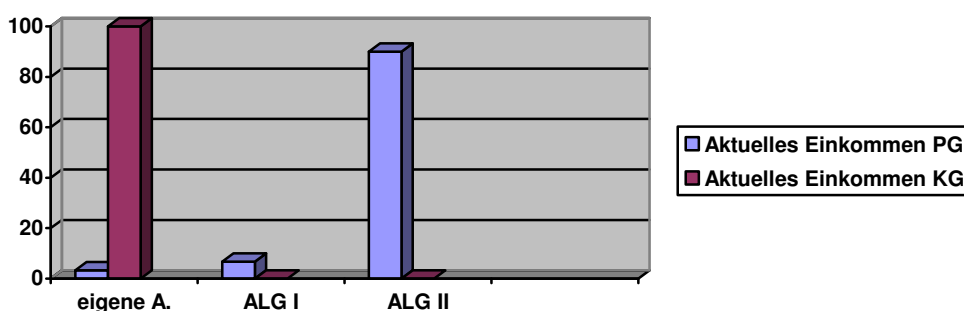


Abbildung 7: Abkürzungen s.o.

Die Angaben der PatientInnengruppe bezüglich dieser Variablen lauten wie folgt: Einkommen aus eigener Arbeit = 3,3%, Einkommen aus ALGI-Zahlungen = 6,7%, Einkommen aus ALGII-Zahlungen = 90%.

Der überwiegende Teil dieser Gruppe bestreitet entsprechend den Lebensunterhalt aus fiskalen Mitteln. Desweiteren wurde in dieser Gruppe unter der Kategorie „sonstiges Einkommen“ folgendes genannt:

Verkauf von „Obdachlosenzeitungen“ und Einkommen aus einem 1-€-Job.

Nach diesem Ergebniss finanziert die Kontrollgruppe ihren Lebensunterhalt zu 100% aus eigener Arbeit. Als weitere Einkommensquellen wurde in dieser Gruppe zusätzlich folgendes genannt: Kindergeld, Taschengeld, Unterhalt durch die Eltern.

8.1.4.4. Aktuelle Wohnsituation

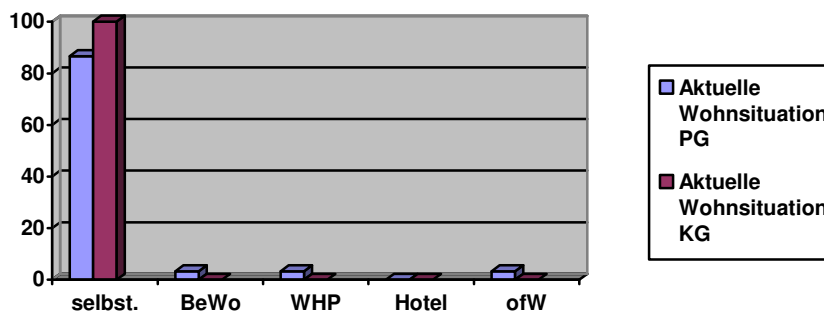


Abbildung 8:

Selbst. = selbständiges Wohnen, **BeWo** = ambulantes betreutes Wohnen, **WHP** = Wohnhilfeprojekt, **ofW** = ohne festen Wohnsitz

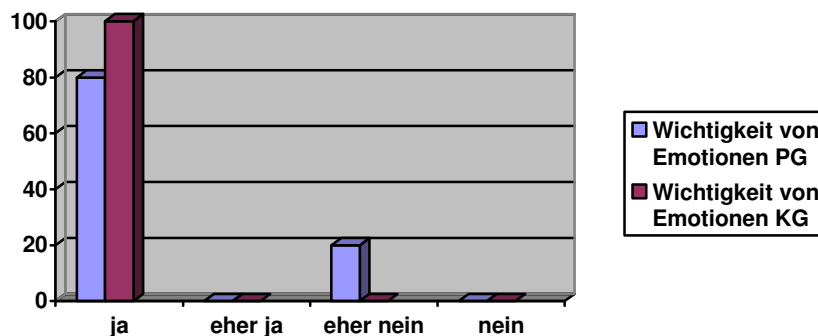
In der PatientInnengruppe leben 86,7% selbständig in eigener Wohnung, 3,3% erhalten in einer eigenen Wohnung eine ambulante Betreuung zur Unterstützung der Wohnfähigkeit, 3,3% leben aktuell in einem Wohnhilfeprojekt und weitere 3,3% waren zum Zeitpunkt der Untersuchung „ohne festen Wohnsitz“. Die Befragten der Kontrollgruppe leben zu 100% in eigener Wohnung.

8.1.5. Normen und Werte (IV)

Diese fünfte Säule des Identitätskonzeptes von Petzold und Orth stellt sinnstiftende Faktoren der Persönlichkeitsentwicklung in den Fokus. In der bereits zuvor benannten Untersuchung wurde ein Versuch der Betrachtung dieser Säule in verschiedenen Ausprägungen unternommen. Somit werden folgende Dimensionen individueller Werte ins Zentrum der Betrachtung gerückt: Emotionen, Ehrgeiz der Eltern, eigene Arbeit als Wert, Familienstand, andere selbst benannte wichtige Lebensinhalte.

8.1.5.1. Wertigkeit von Emotionen

Um diesen Bereich der Wertemaßstäbe zu eruieren wurden die Teilnehmer der Untersuchung mit der Aussage „Meine Bedürfnisse und Gefühle sind wichtig“ konfrontiert.



In der PatientInnengruppe wurde wie folgt geantwortet:

Meine Gefühle und Bedürfnisse sind wichtig = 80%

Meine Gefühle und Bedürfnisse sind eher unwichtig = 20%

Die Kontrollgruppe bejahte diese These zu 100%

8.1.5.2. Wertigkeit von Leistung

Diese Ausprägung der Wertesäule soll wiederum in zwei Kategorien unterteilt werden, zum einen in die Wertedimension Leistung, die als gemeinsames unausgesprochenes „Familienerbe“, an die Nachkommen weiter gegeben

wird/wurde und zum anderen die eigene Leistung der Befragten, die als eigenständiger Wert internalisiert wurde.

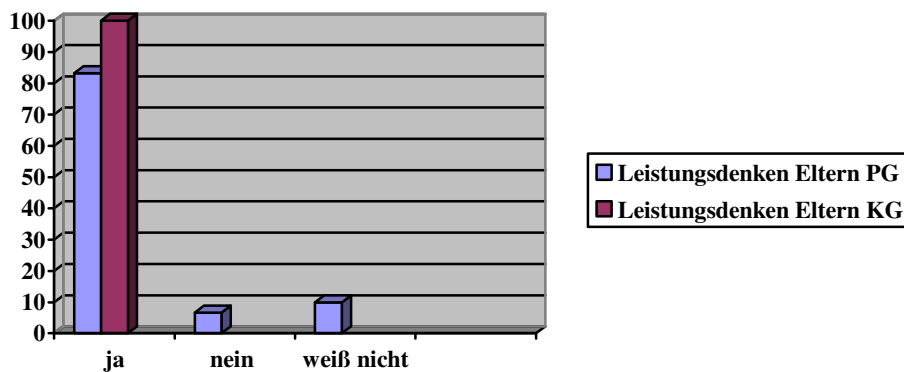
8.1.5.2.1. Der Leistungswert der Eltern

Um diese Wertedimension zu fokussieren wurde die Hypothese „Dass ich einen Schulabschluss habe war meinen Eltern/Erziehungsberechtigten wichtig.“ aufgestellt.

Die Untersuchungsgruppen antworteten wie folgt:

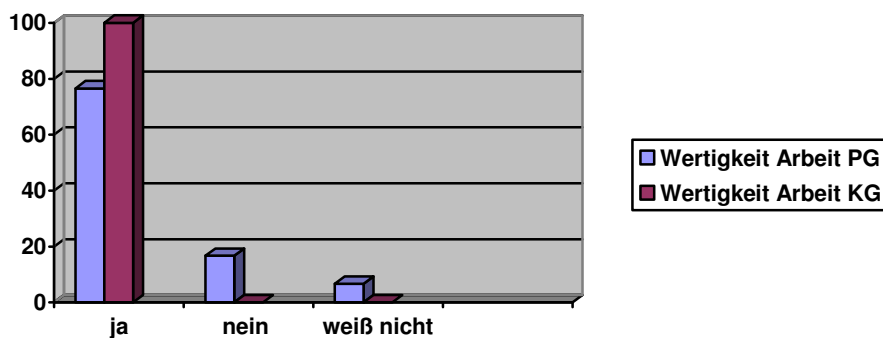
PG: ja = 83,3%, nein = 6,7%, weiß nicht = 10%

KG: ja = 100%



8.1.5.2.2. Wertigkeit eigener Leistung/Arbeit

Hier sollte die Frage nach selbstempfundener Wichtigkeit von Leistung/Arbeit, mit der aufgestellten Aussage „Eine Arbeit zu haben ist/wäre mir wichtig“, geklärt werden.



Die Angaben der Untersuchungsgruppe zu dieser Kategorie stellen sich folgendermaßen dar.

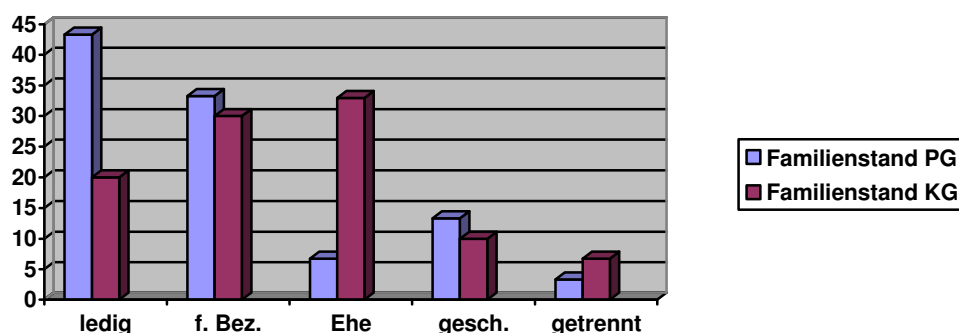
Mit „ja“ antworteten 76,6% der Befragten, mit „nein“ 16,7% der Befragten und nicht eindeutig („weiß nicht“) antworteten 6,7% dieser Gruppe.

Die Kontrollgruppe antwortete zu 100% mit „ja“, eine Arbeit zu haben ist mir wichtig.

Das Modelllernen könnte bezüglich des Leistungsstrebens als Interpretationsgrundlage dienen. So ergibt sich in der Ergebnisauswertung des Leistungsdenkens der Eltern und des eigenen Leistungsanspruches der Eltern bezüglich der Leistung ihrer Kinder (Schule) ein nahezu deckungsgleiches Ergebnis. Ebenso kann ein relativ hoher Anteil an von fiskalen Mitteln sich finanzierenden Eltern in der Untersuchungsgruppe der PatientInnen festgestellt werden (siehe Kapitel 8.1.4.1.), sodass diese Teilgruppe bereits im Kindes- und Jugendalter mit einem sozial benachteiligten Milieu mit wenig selbstwirksamkeitsfördernden Elementen bezüglich eigener Leistung konfrontiert war.

8.1.5.3. Familienstand der Untersuchungsgruppe

Eine weitere aus meiner Sicht wichtig zu überprüfende Wertedimension ist der aktuelle Familienstand, also die selbst gewählte Familienform, der selbst gewählte Mikrokosmos der Untersuchungsgruppe.



Abbi

Abbildung 9: Abkürzungen:

f. Bez. = feste Beziehung; **gesch.** = geschieden; **getrennt** = getrennt lebend

PG: 43,3% ledig; 10% leben in einer festen Beziehung; 6,7% sind verheiratet; geschieden sind 13,3% und von der Ehepartnerin/dem Ehepartner getrennt leben 3,3%.

KG: Ledig sind in dieser Gruppe 20%; eine feste Beziehung führen 30%; verheiratet sind 33,3%; geschieden sind in dieser Gruppe 10% und 6,7% leben von der Ehepartnerin/dem Ehepartner getrennt.

8.1.5.4. Selbstbenannte Werte der Untersuchungsgruppe

An dieser Stelle sollen nun Normen und Werte der PatientInnengruppe und der Kontrollgruppe benannt werden, die zuvor keine Erwähnung fanden und in einer nicht strukturierten Befragung als Teil der Untersuchung genannt wurden.

Die am häufigsten von der Untersuchungsgruppe benannten und sich in beiden Teilgruppen (PG und KG) überschneidenden/übereinstimmenden Normen und Werte beziehungsweise die für diese persönlich als wichtig erscheinenden Thematiken sollen zunächst in einer allgemeinen Grafik dargestellt werden. In der Folge sollen weniger häufig genannte und subgruppenspezifische Themen aufgeführt werden, da diese für die/den Einzelnen von großer Bedeutung sind und somit ebenfalls als relevant angesehen werden müssen.

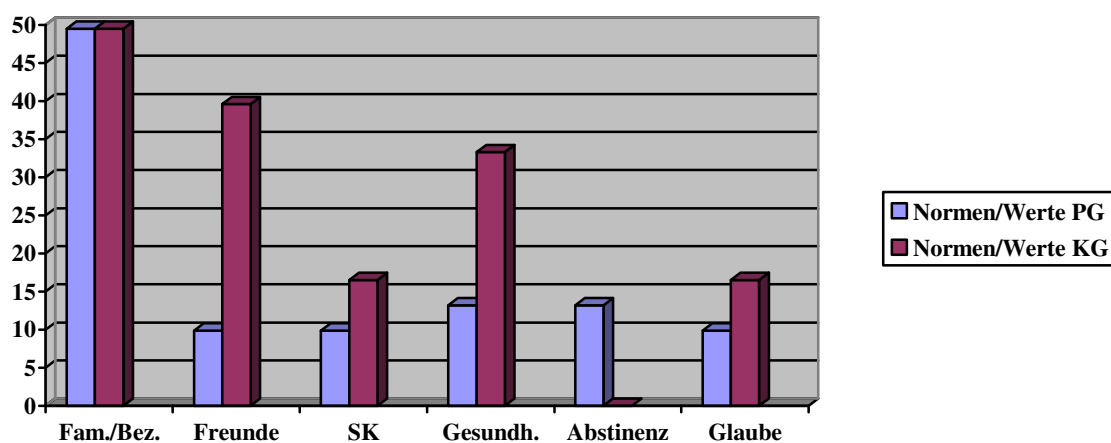


Abbildung 9: Abkürzungen:

Fam./Bez. = Familie/Beziehung; SK = Sozialkontakte; Gesundh. = Gesundheit

Die hier aufgeführten Wertelabels konnten, als die mit am wichtigsten, durch eine in beiden Teilgruppen aufgetretene auffallende Häufigkeit in der Benennung, eruiert werden. Die prozentualen Anteile in den beiden Befragungsgruppen (PG und KG) sehen wie folgt aus:

Der Wert Familie und Beziehung wurde sowohl in der Gruppe der PatientInnen als auch in der Kontrollgruppe als persönlicher vordergründiger Wert mit einem Anteil von 49,5% genannt. Freundschaften als persönlich wichtiger Faktor in der Kategorie Normen und Werte wurde von der Kontrollgruppe mit einem Prozentsatz von 39,6% und von der PatientInnengruppe mit einem prozentualen Anteil von 9,9% benannt. Als ein weiteres wichtiges Wertelabel konnte der Bereich der Sozialkontakte mit einem Anteil in der PG von 13,2%

und in der KG mit einem Anteil von 16,5% erfasst werden. Der eigenen Gesundheit als Wert wurde von der Untersuchungsgruppe ebenfalls ein großer Stellenwert zugemessen (PG = 13,2%; KG = 33,2%). Das Thema der Abstinenz (13,2%) kann ebenfalls der Gesundheitskategorie zugerechnet werden, wird an dieser Stelle aufgrund seiner Spezifität jedoch als separate Dimension aufgeführt. Ein aufgrund der Häufigkeit der Nennung, wichtiger Bereich unter den Werten und Normen ist der Glaube. 9,9% der Kontrollgruppe und 33,3% der PatientInnen bewerten diesen, laut eigenen Angaben, als sinnstiftenden Faktor.

Wie eingangs erwähnt, sollen nun weitere von der Untersuchungsgruppe als wichtig benannte Normen und Werte dargestellt werden.

Die PatientInnengruppe nennt folgende weitere Themen:

Eigene Wohnung 9,9%, Wiedererlangen von Lebensfreude 9,9%, „Den Alltag in den Griff bekommen“ 6,6%, eigenes Einkommen 3,3%, Freizeitgestaltung 3,3%, Familienpolitik 3,3%, Frieden 6,6%, „soziale Sicherheit für Jeden“ 3,3%, Tierschutz 3,3%, Hilfsbereitschaft 3,3%, Ich selbst 3,3%, politisches Engagement 3,3% und Esoterik 3,3%.

In der Kontrollgruppe haben die folgenden Wertelabels einen hohen Stellenwert: Die Arbeitszufriedenheit 9,9%, persönliche Weiterentwicklung 9,9%, Frieden 9,9%, Sicherheit und Geborgenheit 6,6%, das Sozial- und Allgemeinwohl 3,3%, Ehrlichkeit 3,3%, Gerechtigkeit 3,3%, Menschlichkeit 3,3%, Vertrauen 3,3%, Verantwortung 3,3%, politisches Engagement 3,3%, Toleranz und soziale Integration 3,3%, Selbstverlass 3,3% und sozialer Zusammenhalt 3,3%.

Mehrfachnennungen waren in dieser Kategorie möglich.

Die Auswertungen der Untersuchungsergebnisse bestätigt vielfach die zuvor beschriebenen Komponenten, die zur Ausbildung der Persönlichkeit unabdingbar sind. Desweiteren konnte die aufgestellte Hypothese „Mangelnde

oder nicht ausreichende Sozialisation begünstigt die Entwicklung einer späteren Suchtproblematik“ stützen und die Wichtigkeit der Beachtung sozialisatorischer Elemente in der therapeutischen Arbeit bekräftigen. Sozialisation sollte hier jedoch komplexer gefasst werden, als die klassischen Sozialisationstheorien (vgl. Kap. 2) dies bislang tun. Die Sozialisationstheorie muss entsprechend um verschiedene Dimensionen wie die Bindungstheorie erweitert werden.

Die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankung sollte demzufolge als symptomatisch für nicht erlernte Bewältigungs- und Lebensstrategien erkannt werden. Diese werden sich nicht durch bloße Abstinenz vom jeweiligen Suchtmittel auflösen lassen. Vielmehr sollten das Erlernen und die Bereitstellung „nachsozialisatorischer“ Faktoren, also die im Vorfeld benannten Persönlichkeitsdimensionen, zu deren Entwicklung bislang keine Unterstützung zu finden war, in der Behandlung im Fokus stehen.

Das folgende Kapitel 9 soll sich dieser Thematik, d.h. dem Einbeziehen defizitärer Persönlichkeitsstrukturen aufgrund mangelnder Sozialisation, einschließlich der oben benannten Erweiterung der Sozialisationstheorie, in die therapeutische Behandlung, nähern.

9. Notwendigkeit nachsozialisatorischer Elemente in der Behandlung

Wie zuvor festzustellen war, ist die Entwicklung der Persönlichkeit ein multifaktorielles Geschehen, das aus meiner Sicht insbesondere durch Bindungsstörungen im frühen Kindesalter erschüttert werden kann. Das Bindungsbedürfnis ist zunächst das primäre Bedürfnis des Kindes und wird von Epstein als Grundbedürfnis bezeichnet. Durch Störungen des Bindungsverhältnisses zwischen Kind und der primärereren Bezugsperson, meistens der Mutter, wird die Welt des Kindes erschüttert, und die persönlichkeits-/identitätsstiftenden Merkmale können nur wenig oder nicht entwickelt werden. Daher sollte die Bindungstheorie eine zentrale Position für therapeutische Interventionen einnehmen, da durch eine Störung des Bindungsbedürfnisses eklatante Folgen für das Individuum erwachsen können. Nachsozialisation sollte dementsprechend die Bindungs- oder Beziehungsarbeit als zentrales Element fokussieren und sich nachrangig, jedoch ebenfalls für die aktuelle Lebensbewältigung von großer Bedeutung, mit den daraus resultierenden multidimensionalen Problemlagen als Folgewirkung der Bindungsdefizite (vgl. Kap. 3.4.2.), gleichermaßen befassen. Demzufolge ist es neben den rein suchttherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen von zentraler Bedeutung, Bindungsbedürfnisse von PatientInnen/KlientInnen zu beantworten. Diese Fokussierung ist daher von Nöten, da sie aus meiner Sicht als ursächlich für die Symptombildung (Abhängigkeitserkrankung und soziale Folgen) gesehen werden muss. Entsprechend soll hier ein Modell mit einer Rangfolge der zu bearbeitenden Problemlagen erstellt werden, deren Notwendigkeit der Behandlung jedoch als gleichwertig angesehen werden muss. Der Begriff Rangfolge oder Hierarchie bezieht sich ausschließlich auf die den Phänomenen „zeitlich“ zugrunde liegende Kausalität. Dieses Modell stimmt weitestgehend mit dem in der aktuellen Suchtforschung etablierten „bio-psycho-sozialen Modell“ überein, legt jedoch einen weiteren Schwerpunkt innerhalb der Dimension der Umwelt auf frühkindliche Bindungserfahrungen.

Zur Verdeutlichung dieses Forschungsgegenstandes wäre die Bezeichnung „bio-psycho-sozialesI-sozialesII Modell“ hilfreich. Da hier der Faktor Umwelt (sozial) wie folgt differenziert werden soll:

1. Umwelt I/ soziales I: Mutter-Kind Dyade bezogen auf das Bindungsgeschehen zwischen Mutter/zentrale Bezugsperson und Kind (Mikroebene)
2. Umwelt II/ soziales II: Diese Dimension soll alle darüber hinaus-gehenden einflussnehmende Umweltfaktoren auf der Meso- und der Makroebene umfassen.

Meines Erachtens können die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung und die daraus resultierenden sozialen, intra- und interpsychischen Folgen als Symptom einer frühkindlichen Bindungsstörung angesehen werden. Somit sollte eine ganzheitliche Behandlung von Suchterkrankungen hier ansetzen. Diese Sichtweise zur Behandlung kann jedoch zunächst ausschließlich als Hypothese betrachtet werden, da eine diesbezügliche Validität nur durch weitere Untersuchungen überprüft werden kann.

Jedoch soll sich hier dieser Betrachtungsweise gewidmet und gefolgt werden.

Die von mir gewählte Rangfolge zur Bearbeitung der Sozialisationsdefizite einschließlich der Bindungsdefizite soll nun vorgestellt und kurz erläutert werden. Sie soll wie folgt aussehen:

1. Bearbeitung der Bindungsstörungen im therapeutischen Handeln durch Konzepte der Integrativen Therapie (die „therapeutische Beziehung“),
2. das Bearbeiten der Abhängigkeitserkrankung durch entsprechende „suchttherapeutische“ Interventionen z.B. aus der Verhaltenstherapie und
3. die Bearbeitung sozialer Folgen durch soziotherapeutische Interventionen bestehend aus der Bearbeitung der „Fünf Säulen der Identität“.

Bemerkenswert an dieser Stelle ist, dass alle drei genannten Bearbeitungsdimensionen als gleichwertig angesehen werden müssen und nicht voneinander getrennt und autonom ablaufen können. Eine parallele Bearbeitung dieser ist unabdingbar.

So wäre die „therapeutische Beziehung“ diesem Modell zufolge als übergeordnete Komponente für therapeutisches Arbeiten zur Nachsozialisation im Bereich des Bindungsbedürfnisses von Hilfesuchenden zu nennen.

Schon Ferenczi war der „Auffassung, dass Menschen, denen die mütterliche Zuwendung gefehlt hatte, mit „mütterlicher Zärtlichkeit“ begegnet werden müsse. Was gemangelt habe, müsse in der Therapie gegeben werden“ (Petzold, 1993, S. 865).

Frühkindliche Defizite sollten durch nachsozialisatorische Elemente in der Therapie, die indikationsspezifisch und prozessorientiert sein sollten, aufgefangen werden.

9.1. Nachsozialisatorische Konzepte der Integrativen Therapie im Bereich des Bindungsbedürfnisses

9.1.1. Das Konzept der „therapeutischen Beziehung“

Eine Etablierung erfuhr das Konzept der „Therapeutischen Beziehung“ durch die Kindertherapie, dieses soll jedoch hier auf therapeutisches Handeln mit „erwachsenen“ PatientInnen übertragen werden. Dies ist durchaus möglich, da PatientInnen oftmals keine ausgereiften sondern von defizitären Mustern geprägte Beziehungsstrukturen zeigen. Der/die TherapeutIn sollte sich diesem Konzept entsprechend innerlich der Erlebniswelt des/der PatientIn nähern, um zu ihm/ihr in Beziehung zu treten. Die Beziehung nimmt in diesem Zusammenhang charakteristische Merkmale eines „quasi verwandtschaftlichen Verhältnisses“ zwischen TherapeutIn und PatientIn ein, sie sollte jedoch ausschließlich als eine „Lückenbüßerfunktion“ dienen; d.h. eine emotionale Adoption zur Beantwortung des Beziehungsbedürfnisses des/der PatientIn

seitens des/der TherapeutIn wird initiiert. Der Aufbau der therapeutischen Beziehung knüpft an das individuelle Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsverhalten an. Nonverbaler Interaktion kommt in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle zu. Durch einführendes Verstehen seitens des/der TherapeutIn erfährt dieser/diese eigenleiblich die Erlebens- und Lebenswelten der Hilfesuchenden. „Im Laufe des Lebens entwickeln wir alle einen endlosen Film innerer Szenen, zu denen nicht nur das visuell eingeprägte Bild, sondern auch auditive Szenarien, körperliche Sensationen, Gefühle, Atmosphären, Worte und unausgesprochene Botschaften gehören. All das geht in die therapeutische Beziehung mit ein“ (Petzold, 1993, S. 833). Wie in dem zuvor genannten Zitat benannt, spielen hier Spiegelungen durch die Aktivierung von Spiegelneuronen eine entscheidende Rolle (vgl. Kap. 3.4.2.1.). Bei Vorliegen einer defizitären Bindungsbeziehung zwischen Kind und Mutter als primäre Bezugsperson wurden nonverbale Signale des Kindes oftmals nur wenig angemessen oder nicht beantwortet. Desweiteren findet in der „Therapeutischen Beziehung“ Ich- und Identitätsentwicklung aufgrund von Grenzsetzung und Grenzfindung im dialogischen Prozess zwischen TherapeutIn und PatientIn statt. Die Hilfesuchenden können sich am Gegenüber reiben und eigene Grenzen austesten, d.h. die Bereitstellung der Möglichkeit der Auseinandersetzung mit dem Gegenüber ist hier gegeben. „Im Ko-responzenzprozess von direkter und ganzheitlicher Auseinandersetzung...auf der Leib-, Gefühls- und Verstandesebene vor dem Kontext (der Umgebung in ihrer manigfachen Ausprägung) wird diese Beziehung erlebbar“ (Petzold, 1993, S. 834).

Zum Tragen kommen kann das Konzept der „therapeutischen Beziehung“ jedoch nur in einem entsprechenden „therapeutischen Klima“, das von Vertrauen und Einlassen können geprägt sein sollte. Erst so wird die therapeutische Arbeit mit Betroffenen möglich.

9.1.2. Die Relevanz der Leibtherapie und Bewegungstherapie

Da bereits in Kapitel 3 (Neurowissenschaftliche Aspekte als Erklärungsversuch der Persönlichkeitstheorie) deutlich wurde, dass frühkindliche Defizite durch Bindungsstörungen oder aber Traumata aufgrund von Dissoziation oder dem Stand der Hirnentwicklung (vgl. Kap. 3, Kap. 4.) für das Individuum nicht erinnerbar oder über Kognition greifbar sind, jedoch häufig immer noch Relevanz für die aktuelle Lebensbewältigung besitzen, muss zur Bearbeitung dieser mit anderen therapeutischen Mitteln als der von der Kognition bestimmten Gesprächstherapie ein Zugriff hierauf ermöglicht werden. Die Leibtherapie kann dies leisten.

Diesbezüglich unterschieden werden „direkte“ Leibtherapie, d.h. Übungen mit Körpereinsatz und „indirekte“ Leibtherapie. Diese Form der Leibtherapie bezeichnet jegliche Arbeit, die unbewusste Leiberinnerungen, das sogenannte Leibgedächtnis, die nicht verbal geäußert werden können, fokussiert. Der Einsatz kreativer Medien ist hier das Mittel der Wahl.

Beispielsweise können innere Spannungen aufgrund von Konflikten zu körperlicher Spannung und Anspannung in Form einer muskulären Spannung führen.

Hier wird deutlich, dass der Leib sowohl guten wie auch schädigenden atmosphärischen Einflüssen ausgesetzt ist, die im Leibgedächtnis gespeichert sind.

Der Einsatz einer heilenden, d.h. stützenden oder hilfreichen Atmosphäre als Kontrapunkt zu bislang erlebten schädigenden Atmosphären muss von dem/der TherapeutIn bewusst initiiert werden (vgl. therapeutisches Klima).

Die Leibtherapie hat für die therapeutische Arbeit mit stark, insbesondere durch Bindungsstörungen belasteten Menschen, große Bedeutung, da vieles an traumatischen Einflüssen in der Lebensgeschichte dieser Personengruppe oft von Dissoziation einerseits oder aufgrund des frühen Eintretens und dem Stand der neuronalen Entwicklung zum Zeitpunkt der Schädigung andererseits als Gedächtnisinhalte nicht zur Verfügung stehen, sodass die Verbalisierung und

die kognitive Bearbeitung dieser einschneidenden oder schädigenden Erlebnisse in der Biographie von den Betroffenen nicht geleistet werden kann.

Die konzeptionelle Bearbeitung der in diesem Kapitel im Fokus stehenden Bindungsstörungen, kann meines Erachtens ausschließlich durch die Anwendung leibtherapeutischer Elemente in einer heilenden von emotionaler Annahme durch den/die TherapeutIn geprägte Atmosphäre und durch eine gute, von dem/der TherapeutIn initiierte „therapeutische Beziehung“, erreicht werden.

Leibtherapeutische Elemente können meines Erachtens jedoch nur additiv zu anderen oben beschriebenen, gleichermaßen behandlungsbedürftigen Anteilen der suchtttherapeutischen Behandlung, Anwendung finden, da durch sie zentrale Defizite, aufgearbeitet werden können, die für die aktuelle Lebensbewältigung schwerwiegende Folgewirkungen zeigen.

9.2. Konzeptionelle Überlegungen zu diesem Thema oder Erstellen einer therapeutischen Konzeption

Aufgrund dieser theoretischen Überlegungen den Begriff Nachsozialisation betreffend, insbesondere die Bindungstheorie hervorhebend, die meines Erachtens für die Ätiologie von Abhängigkeitserkrankungen als zentral zu sehen ist, soll in der Folge ein Rahmenkonzept erstellt, das noch unvollständig ist und noch nicht den Anspruch der Anwendbarkeit in der Praxis, ohne eine weitere Ausarbeitung haben will. Vielmehr sollen hier erste konzeptionelle Überlegungen dargestellt werden, auf welchen ein ausführliches Konzept aufgrund der Bedeutsamkeit des Themas erstellt werden sollte, deren Ausarbeitung an anderer Stelle folgen muss, da dies hier zu weit führen und desweiteren eine eigenständige wissenschaftliche Arbeit inklusive weiterer Forschungselemente darstellen würde.

Rahmenkonzeption zur Bearbeitung der Sörung

Diese konzeptionelle Überlegung kann wie bereits erwähnt nicht als autonomes, von anderen in der therapeutischen Arbeit notwendigen Therapieansätze abgetrenntes Konzept gesehen werden; sondern ist nur integrativ und additiv sinnvoll.

1. Theoretischer Hintergrund als Einleitung in die konzeptionelle Überlegung

Die defizitäre Beantwortung des kindlichen Bindungsbedürfnisses nimmt eine wichtige Rolle bezüglich der Ätiologie der Sucht ein. Aufgrund dieser Hypothese ist es von enormer Bedeutung, dies entsprechend in therapeutischen Konzeptionen zu berücksichtigen. Im Folgenden sollen erste konzeptionelle Überlegungen vorgestellt werden, deren Ausarbeitung für eine therapeutische Anwendung maßgeblich scheint.

2. Ziele

- Stärkung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit
- Erhöhung der individuellen Selbstwirksamkeit
- Ressourcenförderung und vorhandene Ressourcen stärken
- Soziale Netzwerke optimieren beziehungsweise erhalten

3. Methodologisches Vorgehen

Zur Erreichung oben genannter Ziele sollen folgende Methoden zur Umsetzung angewandt werden.

- Erlebnisaktivierung (im Einzel und in der Gruppe)

durch multiple Stimulierung (z.B. kreative Medien, Bewegung)

- Leib- und Bewegungstherapeutische Elemente,

die ein eigenleibliches Spüren ermöglichen und mit deren Hilfe nicht verbalisierbare Leiberinnerungen zum Ausdruck gebracht werden können (z.B.

durch „direkte Leibübungen“ oder durch „indirekte Leibübungen“ mit Hilfe bereitgestellter kreativer Medien)

- **Netzwerkanalyse**

Strukturanalyse des bereits vorhandenen sozialen Umfelds, des Ist-Zustands. Diese Strukturanalyse soll neben der reinen Bestandsaufnahme zur Verbesserung beziehungsweise der Stabilisierung tragfähiger sozialer Beziehungen dienen. Als Mittel der Wahl gilt die gemeinsame Erarbeitung mit dem/der PatientIn zur Aufdeckung defizitärer Strukturen und zur gleichzeitigen Erweiterung und Optimierung dieser.

- **Soziales und individuelles Kompetenztraining,**

mit dem Ziel der Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung, z.B. durch Rollenspiele und gruppentherapeutische Übungen.

4. Inhalte

In den therapeutischen Einheiten, die diesen Überlegungen folgen, sollen folgende Dimensionen stimuliert und behandelt werden.

- Selbstbild/Fremdbild und des selbstwahrgenommenen eigenen Status in sozialen Zusammenhängen, in Gruppen
- Ressourcenanalyse
- Beziehungsfähigkeit

Die Darstellung dieser Überlegungen als Inhalte einer im therapeutischen Setting durchzuführenden PatientInnenarbeit kann nur ein erster Schritt zur Bearbeitung bindungsspezifischer Störungen sein und muss entsprechend ausgearbeitet werden; da eine Nichtbeachtung dieser Spezifität für PatientInnen eine verpasste Chance zur ganzheitlichen Bearbeitung ihrer individuellen Störung wäre.

10. Zusammenfassung

Wie in der Arbeit deutlich wurde, ist menschliche Entwicklung und die Herausbildung von Identität und Persönlichkeit ein Geschehen, das durch eine wechselseitige Einflussnahme verschiedener intra- und interpsychischer Dimensionen geprägt ist. Das Individuum befindet sich im Spannungsfeld all dieser Komponenten. Neben den Dimensionen auf der psychischen und sozialen Ebene tragen Faktoren genotypischer Ausstattung zur Herausbildung der Persönlichkeit eines Individuums in entscheidendem Maße bei. Da die Entwicklung des Individuums zu einem Selbst einen leicht aus den Fugen geratenden Prozess darstellt, der insbesondere in der frühen Lebensphase, der frühen Kindheit, mit wenig individuell vorhandenen Bewältigungsstrategien bei auftretenden schwierigen Erlebnissen, erschüttert werden kann, ist die Betrachtung der interpersonalen Abläufe in dieser Lebensphase für das Aufarbeiten defizitärer Persönlichkeitsstrukturen von großer Bedeutung. Eine biographische Aufarbeitung mit rein auf die Kognition bezogene Bearbeitung einschneidender Lebensereignisse kann jedoch häufig von den Betroffenen aufgrund der zum Zeitpunkt des Eintretens noch nicht in allen Hirnregionen bestandene Ausreifung, wie zum Beispiel die des Hippocampus, der erst in einem Lebensalter von vier Jahren vollständig ausgebildet und „einsatzfähig“ ist, nicht geleistet werden. Daher ist es von großer Bedeutung eine therapeutische Behandlung der in diesen Lebensphasen entstandenen defizitären Strukturen durch andere therapeutische Methoden als der von Kognition geprägten Gesprächstherapie zu begegnen. Diese Problematik ist auch in der Bearbeitung traumatischer Erlebnisse zu beachten, da hier häufig zwar die hirnanatomischen Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Traumatisierung für eine Bearbeitung gegeben waren, diese jedoch aufgrund von Dissoziation ebenso wie bei noch nicht gegebenen hirnanatomischen Voraussetzungen nicht erinnerbar beziehungsweise für die Betroffenen nicht zugänglich sind. Insbesondere frühkindliche Bindungserfahrungen, die von Epstein als menschliche Grundbedürfnisse beschrieben werden, haben für die Entwicklung der Persönlichkeit einen eminent hohen Stellenwert, die besonders

durch eine für das Kind nichtbefriedigende, nichtadäquate Beantwortung dieser zu erheblichen Folgeschädigungen führen kann. Zum Zeitpunkt dieser schwerwiegenden Erfahrung im mikrokosmischen Raum, der Mutter-Kind-Dyade oder der primären Bezugsperson-Kind-Dyade ist davon auszugehen, dass die Hirnanatomie keine abgeschlossene Reife zeigt und daher nicht erkennbar ist. Wie jedoch oben bereits erwähnt, resultieren aus der Missachtung dieses Bedürfnisses seitens des Kindes, das in dieser Lebensphase als einziges zur Verfügung stehendes Mittel das Bindungsverhalten besitzt, um interpersonale Kontaktaufnahme zu initiieren, erhebliche Folgeschädigungen, die sowohl körperlicher, sozialer aber auch psychischer Natur sein können. Eine extreme Form der Verletzung des kindlichen Bindungsbedürfnisses und der daraus resultierenden Folgeschädigungen konnte durch das Hospitalismussyndrom beschrieben werden.

Dieses Beispiel für Bindungsstörungen ist eine Extremform der Bindungsstörung, dennoch lässt es die Wichtigkeit einer stabilen Bindungsbeziehung für die weitere Entwicklung erkennen. Der sich im Verlauf der Bearbeitung des Themenkomplexes der „Nachsozialisation“ immer mehr verdichtete Themenschwerpunkt „Bindungstheorie“ hat für den therapeutischen Prozess in der Arbeit mit mehrfach belasteten Menschen enorme Bedeutung, da vielen sich in der Biographie herauskristallisierenden psychische Störungen eine frühkindliche Bindungsstörung zugrunde liegt. Aktuelle „Leiden“ wie die Existenz einer Abhängigkeitserkrankung und die daraus resultierenden sozialen Folgeerscheinungen (Obdachlosigkeit, Schulden, justizielle Probleme, Verlust sozialer Netzwerke) stellen sich zunächst als primäre behandlungsbedürftige Ausprägungen dar, haben jedoch Symptomcharakter von teils selbstmedikamentöser Qualität.

Durch die Untersuchung (vgl. Kap. 8) konnten neben den beschriebenen Bindungsstörungen weitere Defizite in nahezu allen fünf Säulen der Identität festgestellt werden, die auf weitere Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung

hindeuten. Diese müssen im therapeutischen Prozess ebenso bearbeitet werden.

Zusammenfassend lässt sich entsprechend feststellen, dass die hier im Fokus stehende Untersuchungsgruppe (manifest opiatabhängiger PatientInnen) eine multimorbide Ausprägung im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung zeigen, deren Behandlung nur in einem Zusammenspiel leibtherapeutischer, soziotherapeutischer und suchtttherapeutischer Behandlung als wirkungsvoll und erfolgversprechend erachtet werden kann. Voraussetzung dieses mehrperspektivischen therapeutischen Modells ist die Verknüpfung aller genannten sich wechselseitig beeinflussender Dimensionen ohne Vernachlässigung oder hoher Bewertung eines einzelnen. Alle hier benannten Behandlungsdimensionen müssen parallel und ergänzend ablaufen.

Literaturverzeichnis

Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung, Walter de Gruyter Verlag; Berlin/New York 2003.

Bauer, J.: Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg 2005.

Breitenbach, G./Requard, H.: Psychotherapie mit entmutigten Klienten. Asanger Verlag, Kröning 2005.

Brisch, K.H./Hellbrügge (Hg.): Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta, Stuttgart 2003

Brosius, G./Brosius F.: SPSS. International Thomson Publishing GmbH, Bonn Albany 1995.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. (Hg.): Trauma und Traumafolgen – ein Thema für die Jugendhilfe. Köln, Dezember 2003.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln 2001.

Comer, J.R.: Klinische Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg Berlin 2001.

Drogenhilfe Köln e.V.: 25 Jahre Drogenhilfe Köln e.V.. Köln 1998.

Drogenhilfe Köln e.V.: Jahresbericht 2004, Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum, Köln 2005.

Eckardt, J: Kinder und Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2005.

Endres M./Biermann, G. (Hg.): Traumatisierung in Kindheit und Jugend. Ernst Reinhardt Verlag, München 1998.

Finger-Trescher, U., Krebs, H. (Hg.): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Psychosozial-Verlag, Gießen 2003.

Gastpar, M. et al. (Hg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Thieme Verlag; Stuttgart/New York 1999.

Geulen, D.: Subjektorientierte Sozialisationstheorie – Sozialisation als Epigenese des Subjekts in Interaktion mit der gesellschaftlichen Umwelt, Weinheim/München 2005.

Gölz, J. (Hg.): Der Drogenabhängige Patient – Handbuch der schadensmindernden Strategien. Urban & Fischer; München/Jena 1999.

Grawe, K.: Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen 2004.

Grossmann, K., Grossmann, K.E.: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart 2004.

INDRO e.V.: Richtlinien über ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Münster 2002.

Jüttemann, G., Thomae, H. (Hg.): Persönlichkeit und Entwicklung. Beltz Verlag Weinheim /Basel 2002.

Landolt, M.A.: Psychotraumatologie des Kindesalters. Hogrefe Verlag, Göttingen Bern Seattle Oxford Prag 2004.

Loviscach, P.: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Lambertus Verlag; Freiburg 1996.

Margraf, J. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2.Auflage, 2000.

Petzold, H. G.: Integrative Therapie (Teilband I, Teilband II, Teilband III). Junfermann; Paderborn 2003.

Schnell et al. Methoden empirischer Sozialforschung. Oldenburg-Verlag; München 1989.

Schilling, J.: Didaktik/Methodik der Sozialpädagogik. Hermann Luchterhand Verlag GmbH, Neuwied, Kriftel, Berlin 1995.

Schmidt, P. F.: Der Mensch ist Beziehung. Persönlichkeit aus sozialpsychologischer und philosophisch-anthropologischer Perspektive. Diakonie 4/1998

Stadt Köln: Statistisches Jahrbuch 2004. Köln 2005.

Suchtherapie – Prävention Behandlung Wissenschaftliche Grundlagen. Heft 3/04 Georg Thieme Verlag 2004.

Tretter et al. (Hg.): Psychologische Therapie der Sucht. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2001.

Mäder, U./Daub, H.C. (Hg.): Soziale Arbeit – Beiträge zu Theorie und Praxis. Edition gesowip Basel/Switzerland 2004.

Wosnitza, M. et al.: Daten erfassen, auswerten und präsentieren – aber wie?.

VEP; Landau 2000.

Zimbardo, P.G.: Psychologie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1974, 1975, 1978, 1983, 1992.

Zimmermann, P.: Grundwissen Sozialisation. Leske & Budrich, Opladen 2000.

Medienverzeichnis

SPSS GmbH Software: Demo-CD für SPSS 12 für Windows; SPSS Data Entry 4.0; AnswerTree 3.1; Amos 5, München 2004.

12. Anhang

Fragebogen

Alter: _____

Geschlecht: (m) (w)

Nationalität: _____

1. Wo sind Sie aufgewachsen?

Bei den leiblichen Eltern

Bei den Großeltern

Bei Pflegeeltern

Bei Adoptiveltern

Im Heim

Sonstiges _____

2. Haben Sie Geschwister:

ja , Anzahl _____

nein

3. Hatten Sie in Ihrer Kindheit schwierige Erlebnisse wie z.B.

Trennung der Eltern, Krankheit oder Tod eines nahe stehenden

Menschen, Verlust einer wichtigen Bezugsperson?

Ja

Nein

Wenn Sie diese Frage mit ja Beantworten, welche Situation war das?

4. Wie sind Sie mit der Situation umgegangen?

5. Beruf der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Beruf der Mutter: _____

Beruf des Vaters: _____

6. Einkommen der Eltern/Erziehungsberechtigte:

aus eigener Arbeit :ja nein

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Sozialhilfe

7. Lag in Ihrer Familie ein Suchtproblem vor?

Ja Nein

Bei den Eltern/Erziehungsberechtigte

Bei den Großeltern

Sonstige _____

8. Meine Eltern/Erziehungsberechtigte waren bei Problemen immer für mich da.

ja nein weiß nicht

9. Meinen Eltern/Erziehungsberechtigten kann/konnte ich immer vertrauen.

ja nein weiß nicht

10. Auf Gefühle wurde in meiner Familie immer eingegangen.

ja nein weiß nicht

11. Familienstand:

ledig

feste Beziehung

verheiratet
geschieden
getrennt lebend

12. Haben Sie Kinder:

ja , Anzahl _____
nein

13. Sollten Sie Kinder haben, leben diese in Ihrem Haushalt:

ja , wie viele davon _____
nein

14. Schulbildung

kein Abschluss
Sonderschulabschluss
Hauptschulabschluss: Klasse 9 Klasse 10
Mittlere Reife
Fachhochschulreife
Hochschulreife

15. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen?

- Dass ich einen Schulabschluss habe war meinen Eltern/Erziehungsberechtigten wichtig.

Ja nein weiß nicht

- Während der Schulzeit wurde ich durch meine Eltern/Erziehungsberechtigten beim Lernen unterstützt.

Ja nein weiß nicht

- Die Schule hat mir Spaß gemacht.

Ja nein weiß nicht

16. Berufsausbildung

Berufsausbildung als _____

abgeschlossen abgebrochen

keine Ausbildung begonnen

17. Studium

abgeschlossen abgebrochen

18. Eigenes Einkommen

aus eigener Arbeit ja nein

1. Arbeitsmarkt

2. Arbeitsmarkt

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Sozialhilfe

Sonstiges _____

19. Eine Arbeit zu haben ist/wäre mir wichtig.

Ja nein weiß nicht

20. Wohnung

selbständiges Wohnen in eigener Wohnung

betreutes Wohnen in eigener Wohnung

einem Wohnhilfeprojekt

einem Hotel

sind Sie ohne festen Wohnsitz

21. Meine Bezugspersonen (Freunde/Bekannte/Familie) sind:

Familienkontakte

Szenekontakte

Cleankontakte

Sonstige _____

22. In der Kindheit habe ich meine Freizeit verbracht mit:

23. Wie bewerten Sie die folgende Aussage?

- In meiner Kindheit und Jugend hatte ich guten Kontakt zu anderen gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen.

Ja

nein

weiß nicht

24. Meine Freizeit verbringe ich zur Zeit mit:

25. Alter des ersten Konsums

Nikotin/Zigaretten: _____

Alkohol: _____

Cannabis: _____

Heroin: _____

Amphetamine: _____

Kokain: _____

Benzodiazepine: _____

Sonstige: _____

Ich konsumiere keine dieser Substanzen

26. Kontakt zur Drogen-/Suchthilfe habe ich seit _____ Jahren.

27. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen?

- Ich nehme Drogen/Alkohol aus Langeweile/innerer Leere

ja nein

- Ich nehme Drogen/Alkohol zum Spaß.

ja nein

- Ich nehme Drogen/Alkohol zur Entspannung.

ja nein

- Wenn ich Drogen/Alkohol nehme sind meine Probleme nicht mehr so groß, dann kann ich das Leben besser ertragen.

Ja nein

- Ich fühle mich in meinem Körper wohl.

Ja nein

- Ich bin gesund/habe keine Erkrankungen

ja nein

- Ich fühle mich gesund.

Ja nein

28. Wichtig in meinem Leben ist mir

(z.B. politisches Engagement/Weltanschauung/Religion)!

29. Wie bewerten Sie die folgenden abschließenden Aussagen?

- Ich kann meinen Alltag bewältigen/habe mein Leben im Griff.

Ja eher ja eher nein nein

- Ich fühle mich den Anforderungen des Lebens gewachsen.

Ja eher ja eher nein nein

- Meine Bedürfnisse und Gefühle sind wichtig.

ja nein weiß nicht

- Ich fühle mich von meinem Umfeld geliebt.

ja nein weiß nicht

- ich fühlte und fühle mich von meinen

Eltern/Erziehungsberechtigten geliebt.

Ja nein weiß nicht

- Ich bin es wert geliebt zu werden.

Ja nein weiß nicht

Gesundheitliche Verfassung der PatientInnengruppe

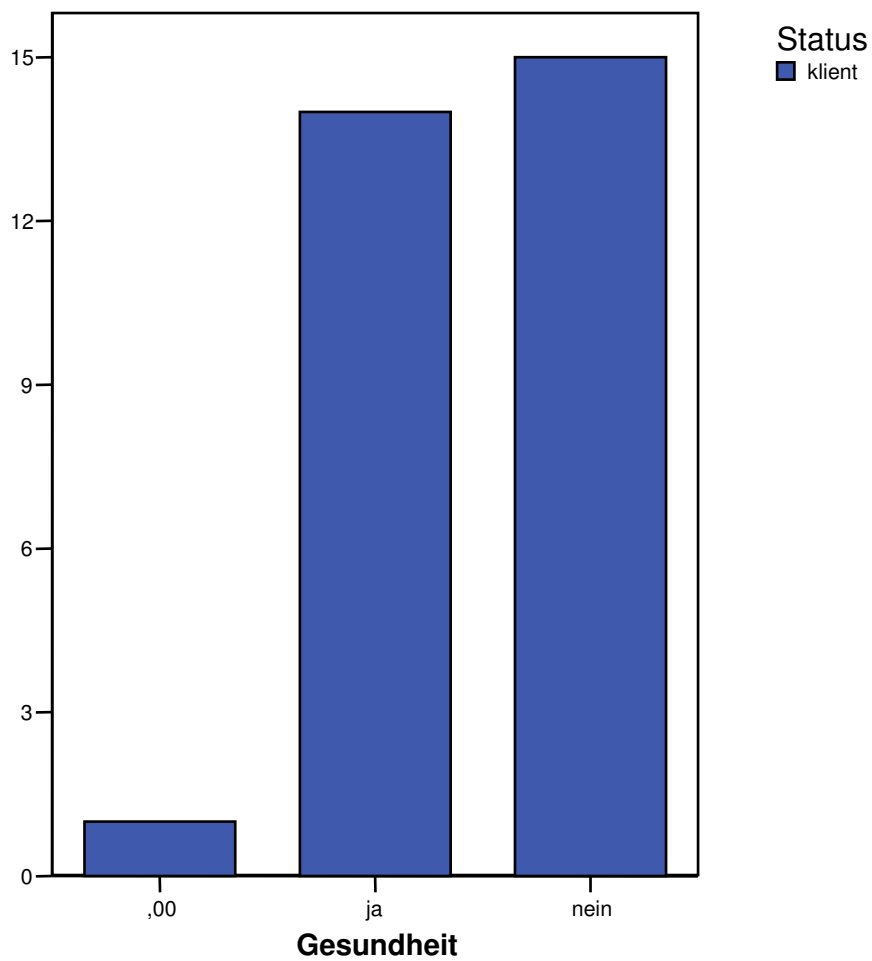
Statistiken

gesundheit

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Gesundheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	1	3,3	3,3	3,3
	ja	14	46,7	46,7	50,0
	nein	15	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Körpergefühl der PatientInnengruppe

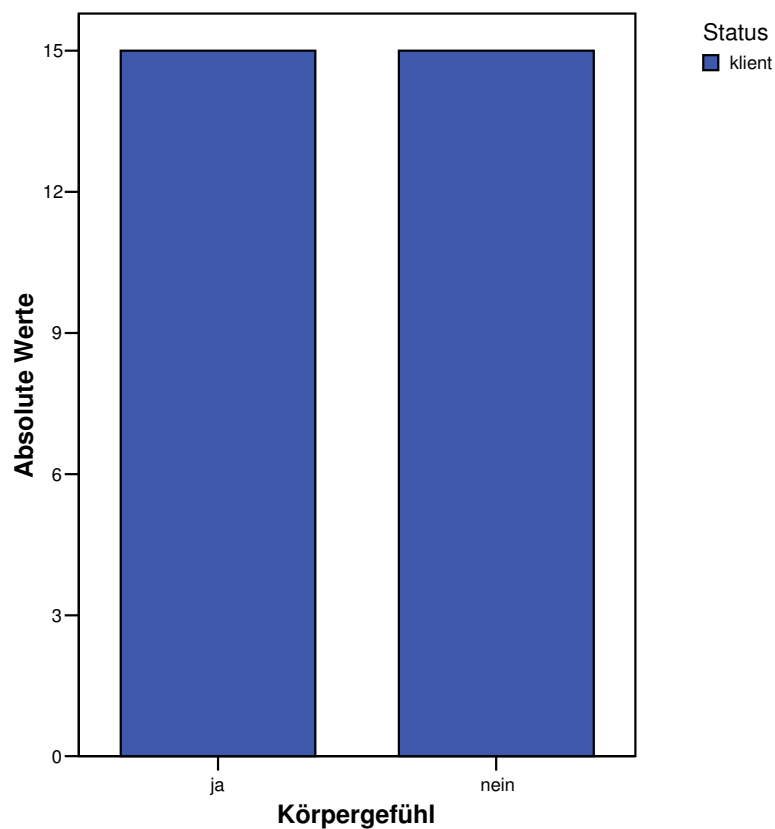
Statistiken

Körpergefühl

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Körpergefühl der PatientInnengruppe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	15	50,0	50,0	50,0
	nein	15	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Selbstwahrnehmung von Gesundheit in der PatientInnengruppe

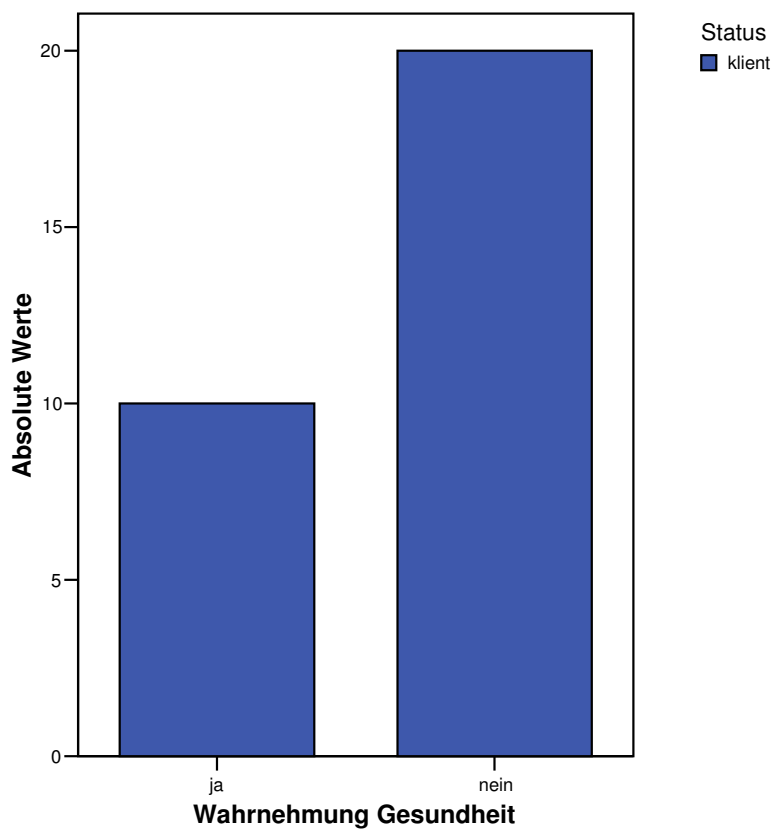
Statistiken

Wahrnehmung Gesundheit

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Wahrnehmung Gesundheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	10	33,3	33,3	33,3
	nein	20	66,7	66,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Gesundheitliche Verfassung der Kontrollgruppe

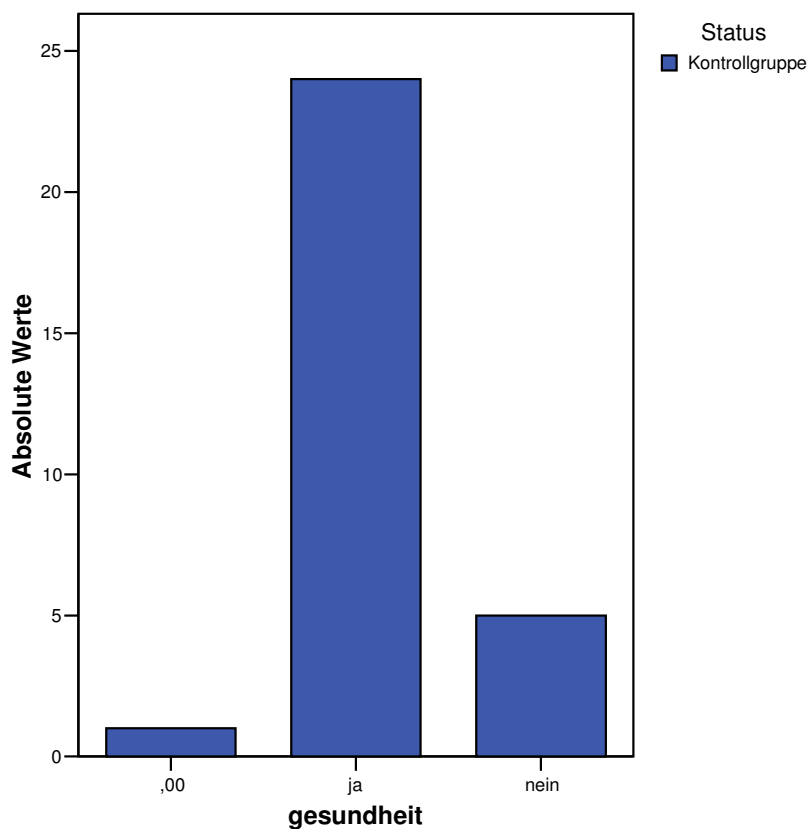
Statistiken

Gesundheit

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Gesundheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	1	3,3	3,3	3,3
	ja	24	80,0	80,0	83,3
	nein	5	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Selbstwahrnehmung der Gesundheit durch die Kontrollgruppe

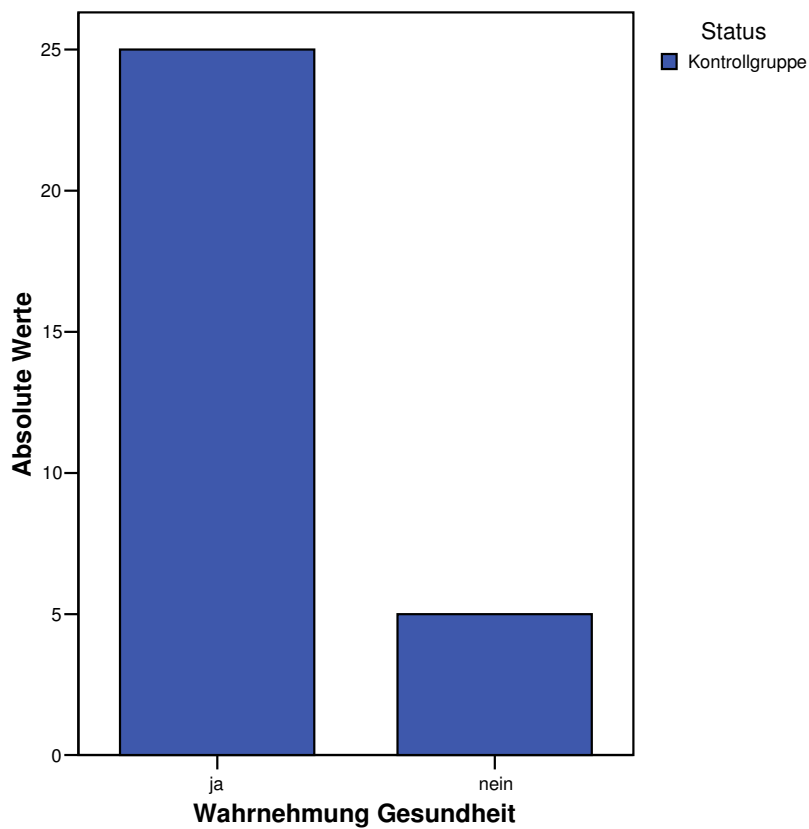
Statistiken

Wahrnehmung Gesundheit

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Selbstwahrnehmung Gesundheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	25	83,3	83,3	83,3
	nein	5	16,7	16,7	100,0
Gesamt		30	100,0	100,0	



Körpergefühl der Kontrollgruppe

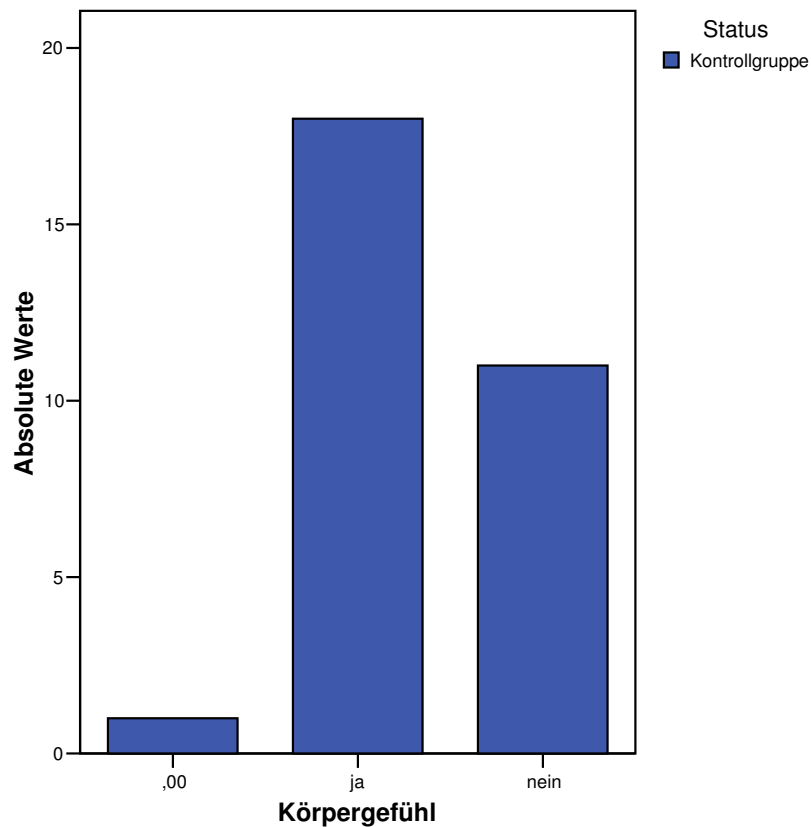
Statistiken

Körpergefühl

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Körpergefühl der Kontrollgruppe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	1	3,3	3,3	3,3
	ja	18	60,0	60,0	63,3
	nein	11	36,7	36,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Bezugspersonen der PatientInnengruppe

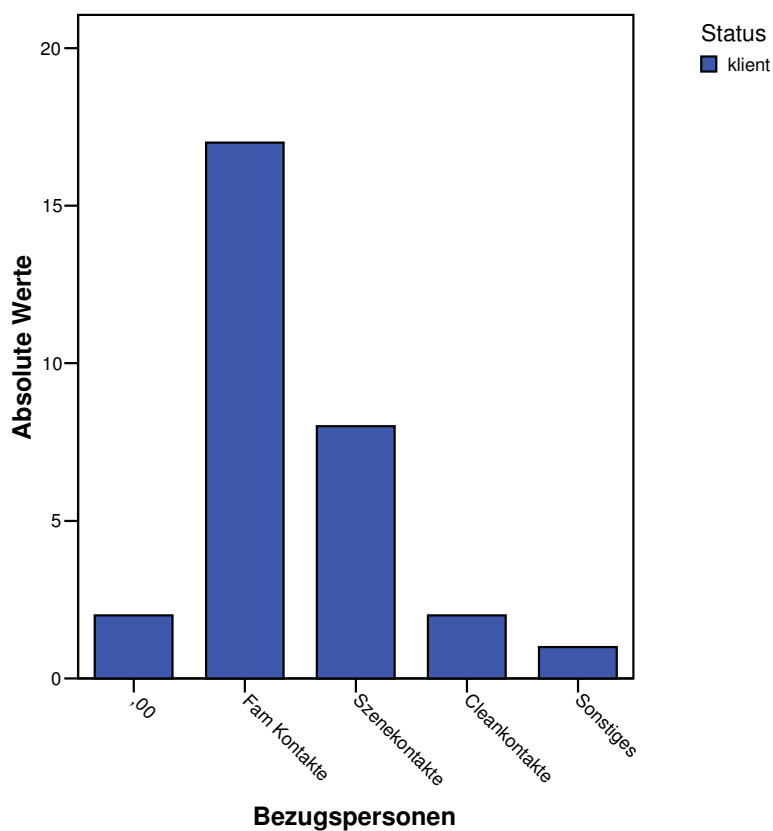
Statistiken

Bezugspersonen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Bezugspersonen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	30	100,0	100,0	100,0
Fam Kontakte	17	56,7	56,7	63,3
Szenekontakte	8	26,7	26,7	90,0
Cleankontakte	2	6,7	6,7	96,7
Sonstiges	1	3,3	3,3	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	



Sonstige Bezugspersonen der PatientInnengruppe

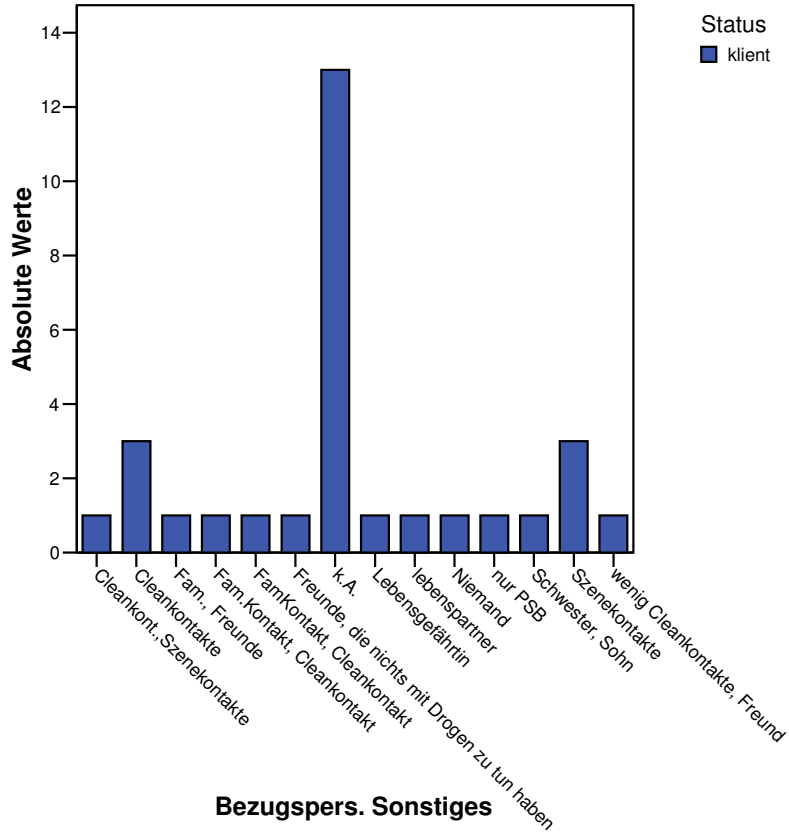
Statistiken

Bezugspers. Sonstiges

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Sonstige Bezugspersonen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Cleankont., Szenekontakte	1	3,3	3,3	3,3
	Cleankontakte	3	10,0	10,0	13,3
	Fam., Freunde	1	3,3	3,3	16,7
	Fam.Kontakt, Cleankontakt	1	3,3	3,3	20,0
	FamKontakt, Cleankontakt	1	3,3	3,3	23,3
	Freunde, die nichts mit Drogen zu tun haben	1	3,3	3,3	26,7
	k.A.	13	43,3	43,3	70,0
	Lebensgefährtin	1	3,3	3,3	73,3
	lebenspartner	1	3,3	3,3	76,7
	Niemand	1	3,3	3,3	80,0
	nur PSB	1	3,3	3,3	83,3
	Schwester, Sohn	1	3,3	3,3	86,7
	Szenekontakte	3	10,0	10,0	96,7
	Wenig Cleankontakte, Freund	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Peergroupverhalten der PatientInnengruppe in der Kindheit

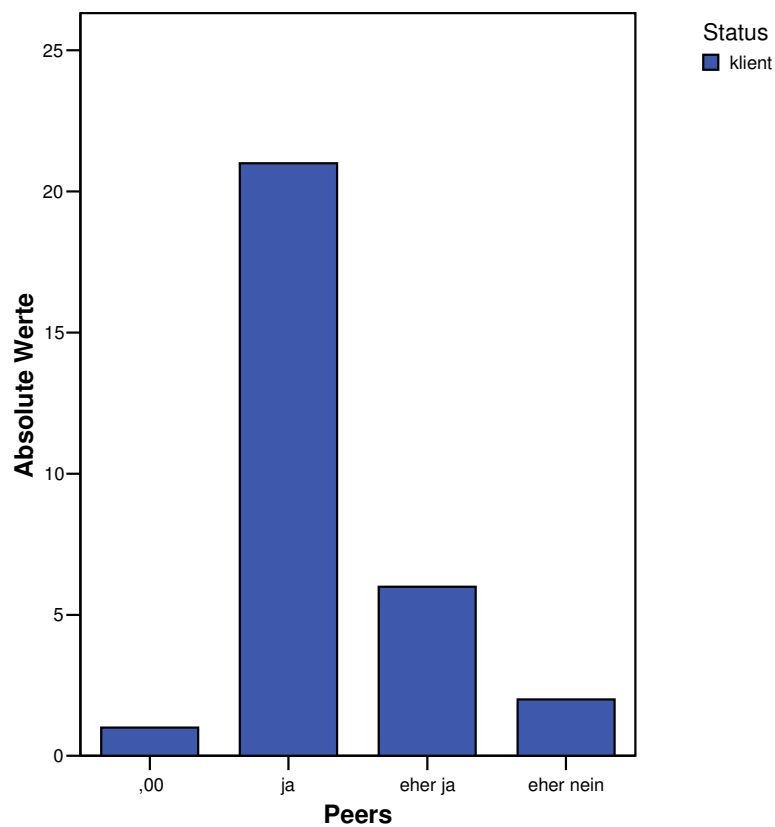
Statistiken

Peers

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Peers

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	1	3,3	3,3
ja	21	70,0	70,0	73,3
eher ja	6	20,0	20,0	93,3
eher nein	2	6,7	6,7	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	



Aktuelle Bezugspersonen der Kontrollgruppe

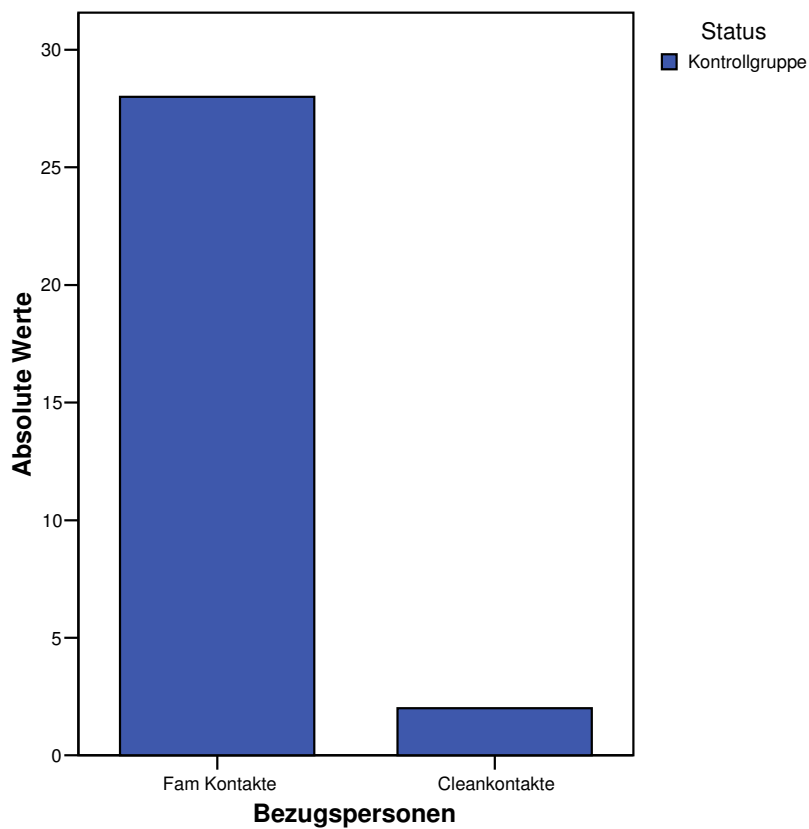
Statistiken

Bezugspersonen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Bezugspersonen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Fam Kontakte	28	93,3	93,3	93,3
	Cleankontakte	2	6,7	6,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Sonstige aktuelle Bezugspersonen der Kontrollgruppe

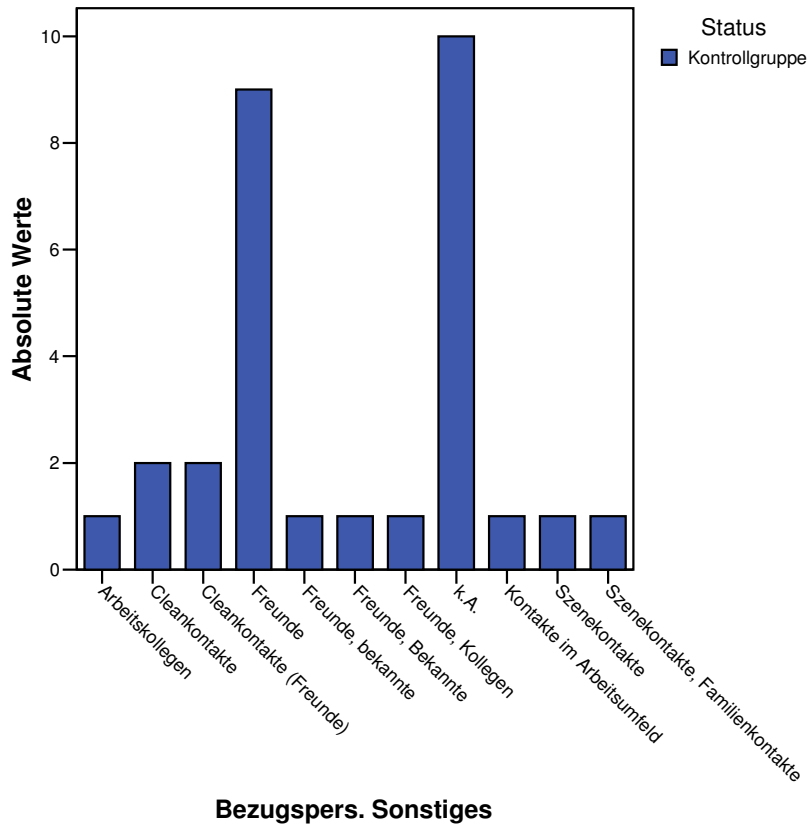
Statistiken

Bezugspers. Sonstiges

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Bezugspers. Sonstiges

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Arbeitskollegen	1	3,3	3,3	3,3
	Cleankontakte	2	6,7	6,7	10,0
	Cleankontakte (Freunde)	2	6,7	6,7	16,7
	Freunde	9	30,0	30,0	46,7
	Freunde, bekannte	1	3,3	3,3	50,0
	Freunde, Bekannte	1	3,3	3,3	53,3
	Freunde, Kollegen	1	3,3	3,3	56,7
	k.A.	10	33,3	33,3	90,0
	Kontakte im Arbeitsumfeld	1	3,3	3,3	93,3
	Szenekontakte	1	3,3	3,3	96,7
	Szenekontakte, Familienkontakte	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Peergroupverhalten der Kontrollgruppe

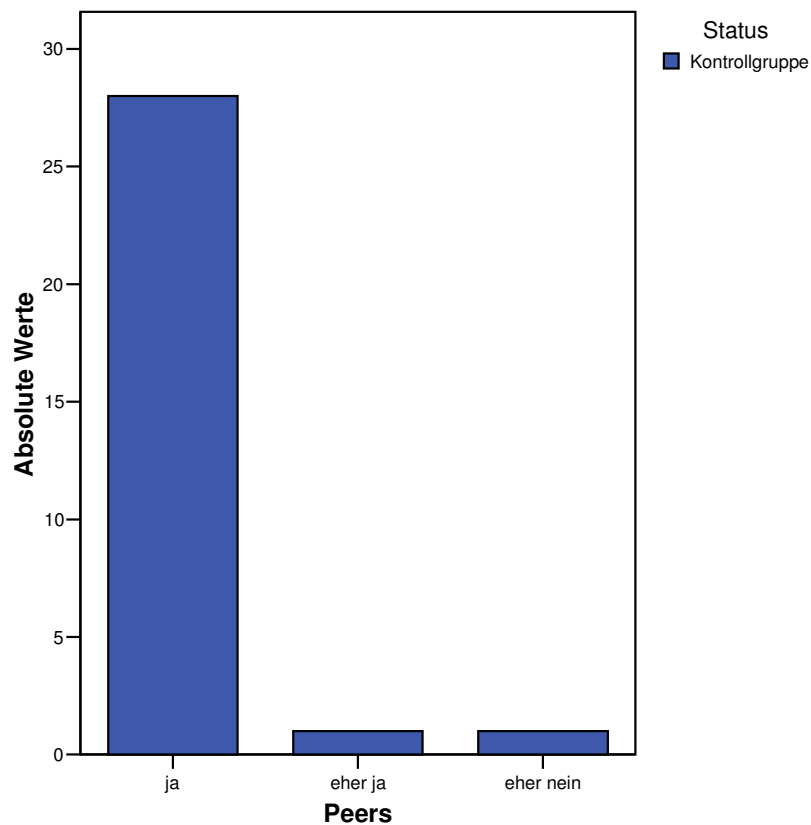
Statistiken

Peers

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Peers

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	28	93,3	93,3	93,3
	eher ja	1	3,3	3,3	96,7
	eher nein	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Vertrauensvolle Eltern-Kind-Beziehung in der PatientInnengruppe

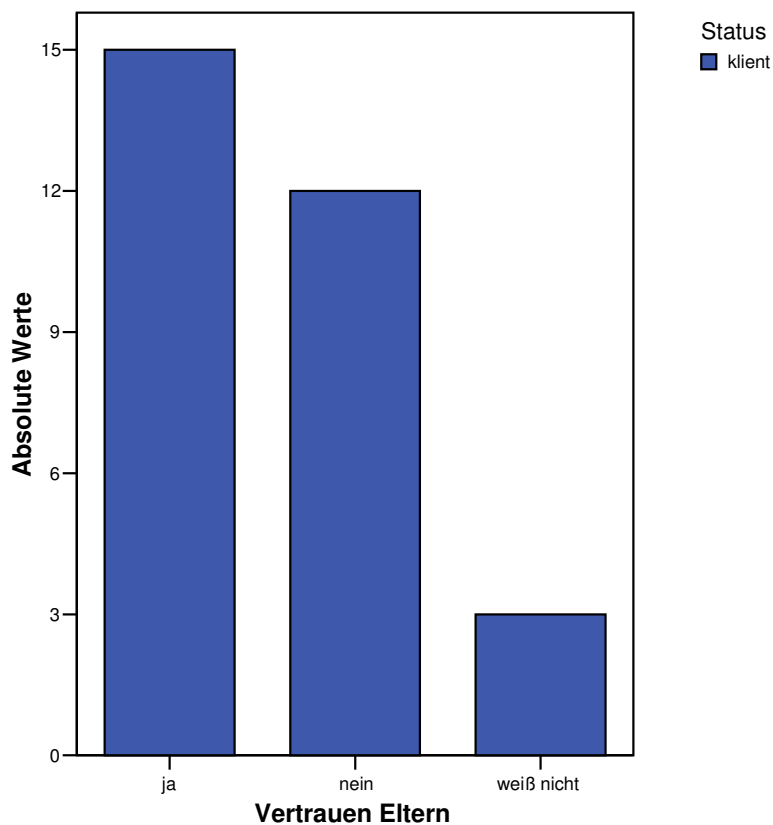
Statistiken

Vertrauen Eltern

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Vertrauensvolle Eltern-Kind-Beziehung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	15	50,0	50,0	50,0
	nein	12	40,0	40,0	90,0
	weiß nicht	3	10,0	10,0	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Emotionale Eltern-Kind-Beziehung der patientInnengruppe

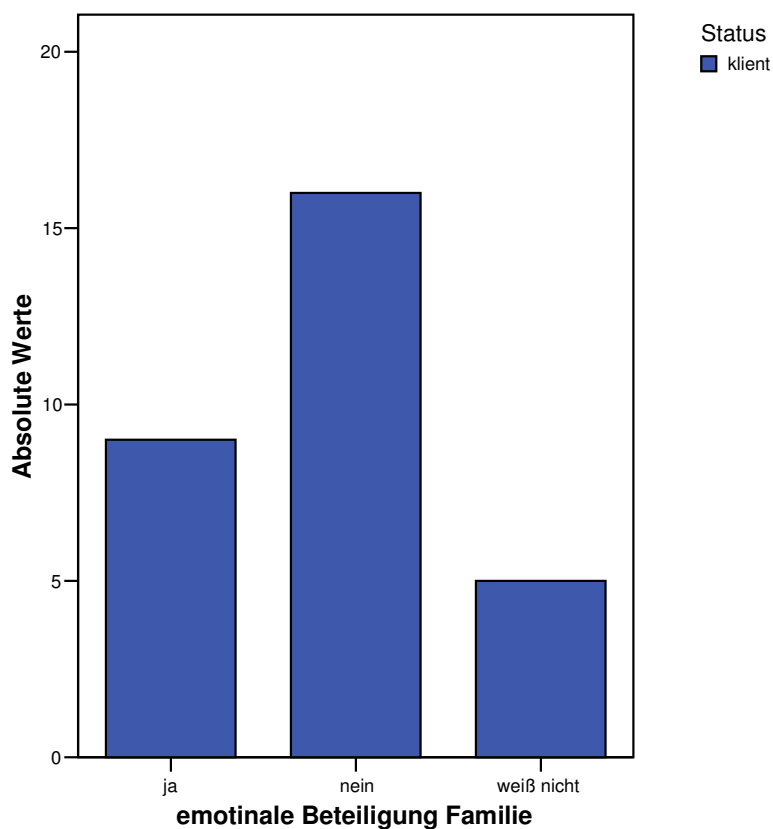
Statistiken

emotionale Beteiligung Familie

N	Gültig	30
	Fehlend	0

emotionale Beteiligung Familie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	9	30,0	30,0	30,0
	nein	16	53,3	53,3	83,3
	weiß nicht	5	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Unterstützung durch die Familie/Eltern in der PatientInnengruppe

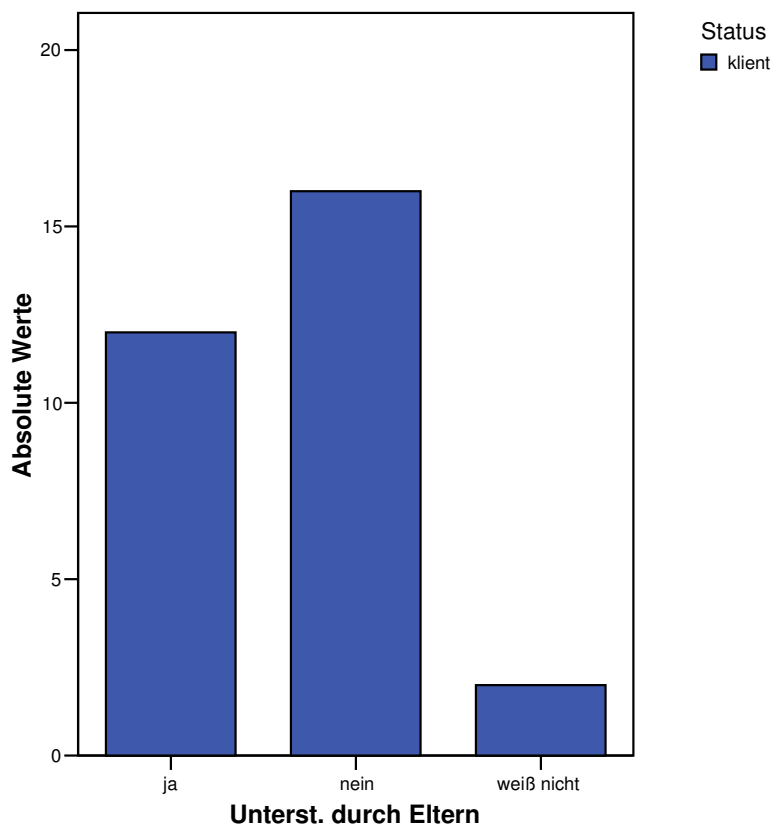
Statistiken

Unterst. durch Eltern

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Unterst. durch Familie/Eltern

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	12	40,0	40,0	40,0
	nein	16	53,3	53,3	93,3
	weiß nicht	2	6,7	6,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Elterliche emotionale Beteiligung in der Kontrollgruppe

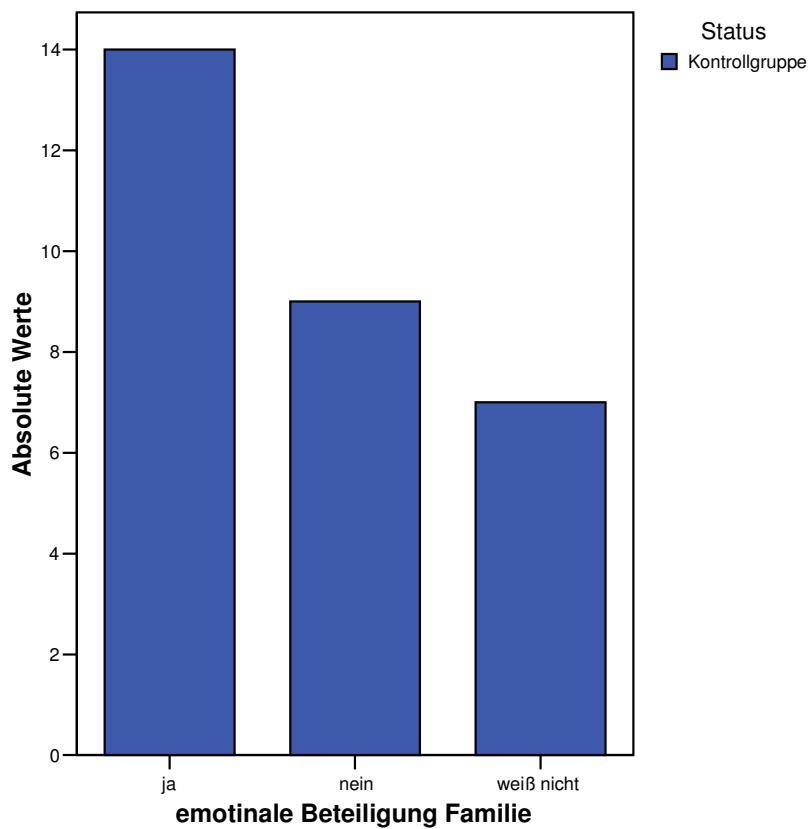
Statistiken

Emotionale Beteiligung Familie

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Emotionale Beteiligung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	14	46,7	46,7	46,7
	nein	9	30,0	30,0	76,7
	weiß nicht	7	23,3	23,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Vertrauensvolle Eltern-Kind-Beziehung der Kontrollgruppe

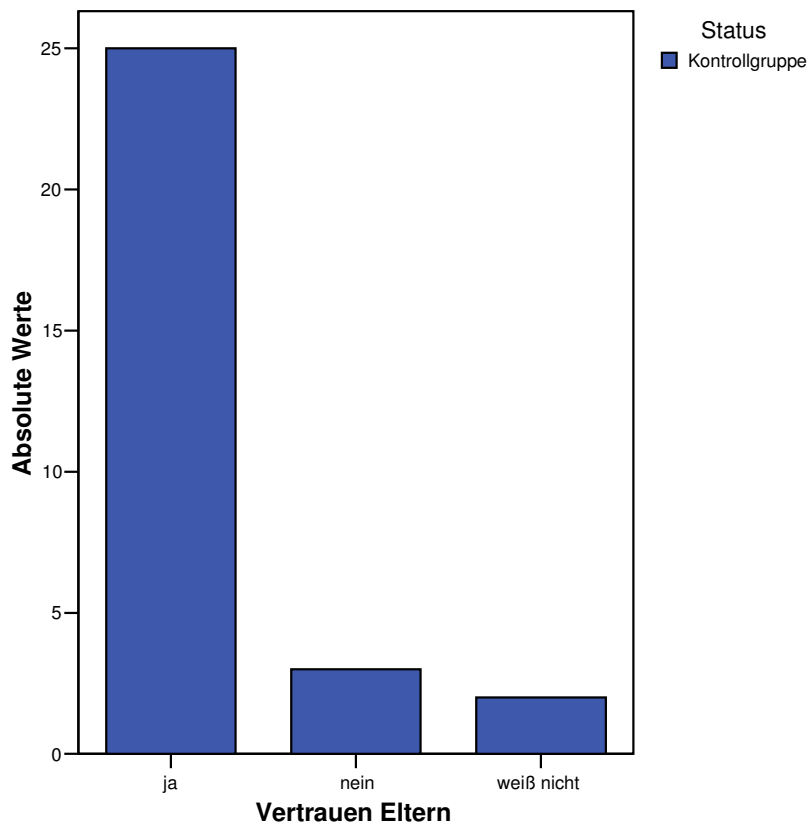
Statistiken

Vertrauen Eltern

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Vertrauensvolle Eltern-Kind-Beziehung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	25	83,3	83,3	83,3
	nein	3	10,0	10,0	93,3
	weiß nicht	2	6,7	6,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Unterstützung der Kontrollgruppe durch die Familie/Eltern

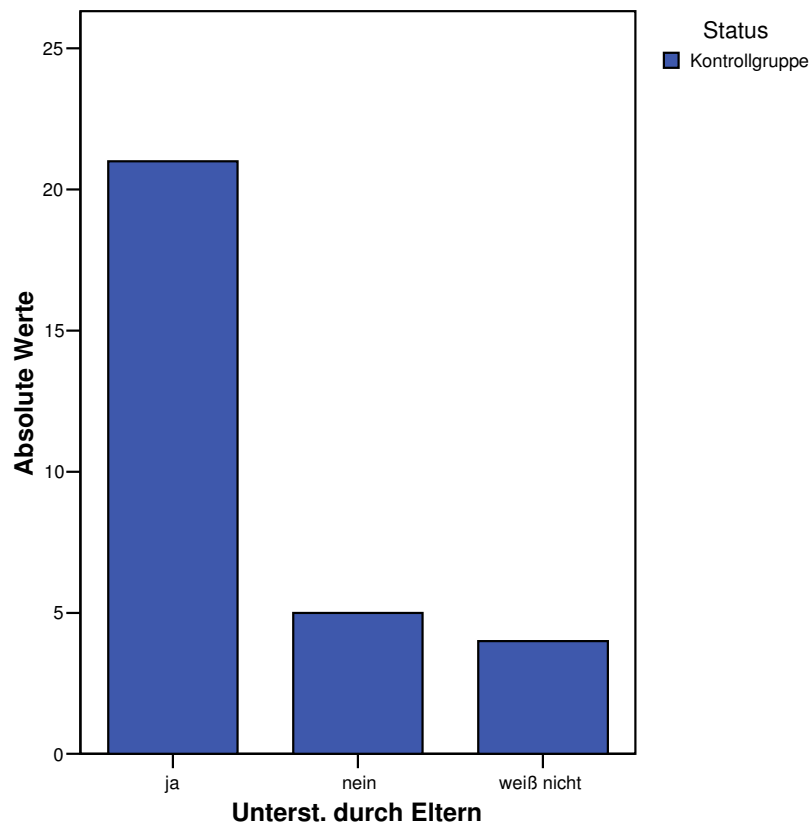
Statistiken

Unterst. durch Eltern

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Unterst. durch Familie/Eltern

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	21	70,0	70,0	70,0
	nein	5	16,7	16,7	86,7
	weiß nicht	4	13,3	13,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Schulbildung der PatientInnengruppe

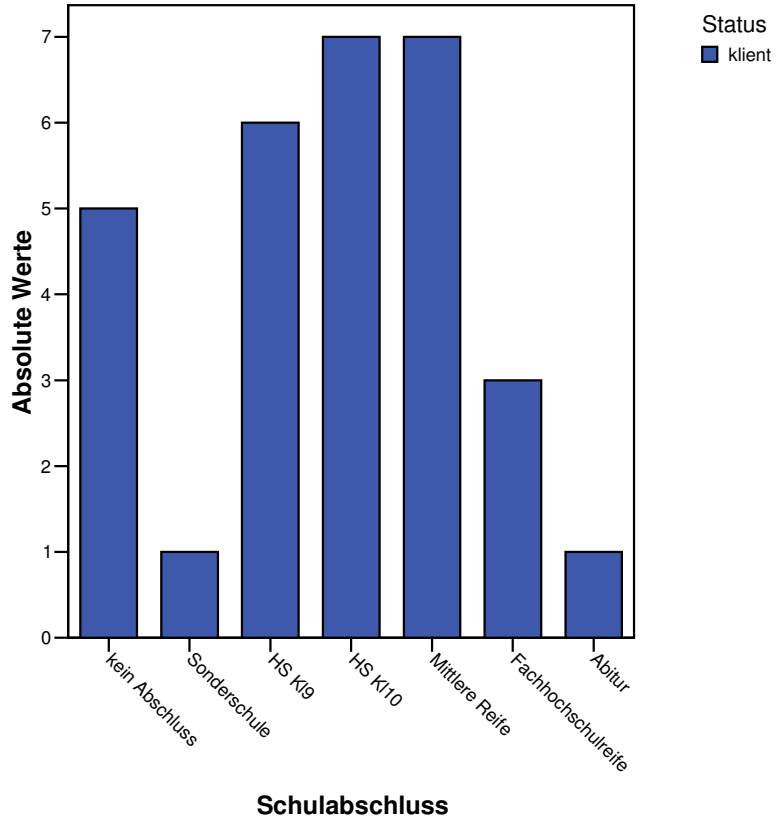
Statistiken

Schulabschluss

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Schulabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	kein Abschluss	5	16,7	16,7	16,7
	Sonderschule	1	3,3	3,3	20,0
	HS KI9	6	20,0	20,0	40,0
	HS KI10	7	23,3	23,3	63,3
	Mittlere Reife	7	23,3	23,3	86,7
	Fachhochschulreife	3	10,0	10,0	96,7
	Abitur	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Berufliche Bildung der PatientInnengruppe

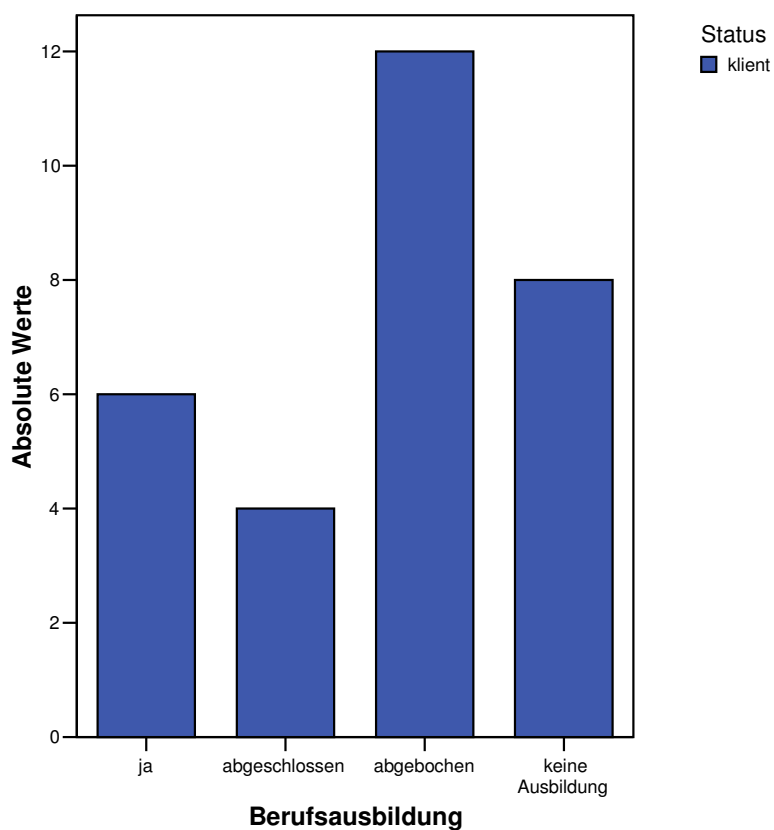
Statistiken

Berufsausbildung

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Berufsausbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	20,0	20,0	20,0
	abgeschlossen	4	13,3	13,3	33,3
	abgebochen	12	40,0	40,0	73,3
	keine Ausbildung	8	26,7	26,7	100,0
Gesamt		30	100,0	100,0	



Schulbildung der Kontrollgruppe

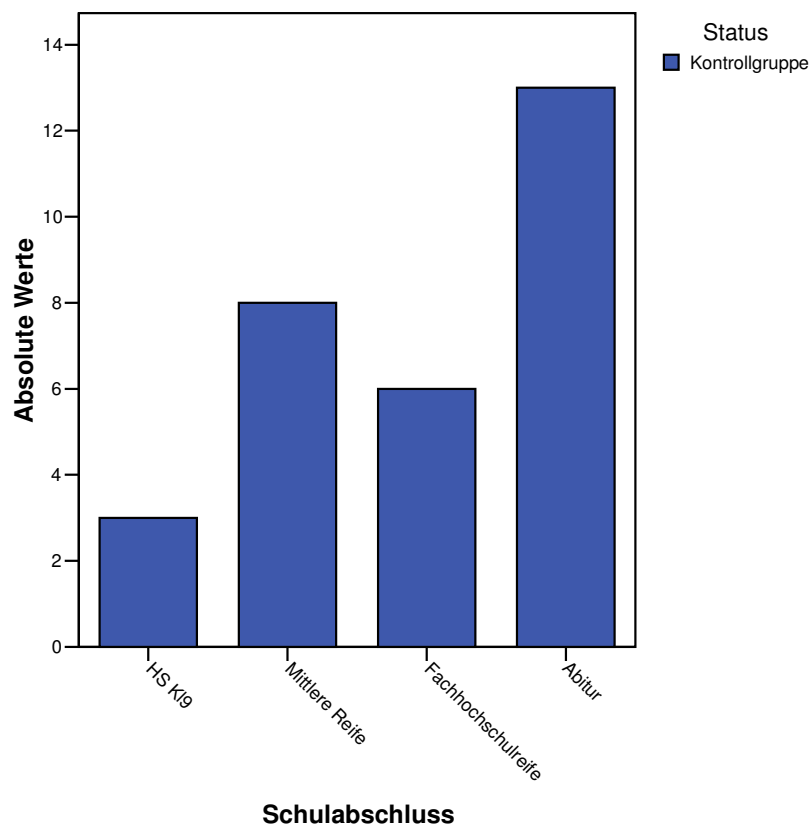
Statistiken

Schulabschluss

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Schulabschluss

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	HS KI9	3	10,0	10,0	10,0
	Mittlere Reife	8	26,7	26,7	36,7
	Fachhochschulreife	6	20,0	20,0	56,7
	Abitur	13	43,3	43,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Berufsausbildung der Kontrollgruppe

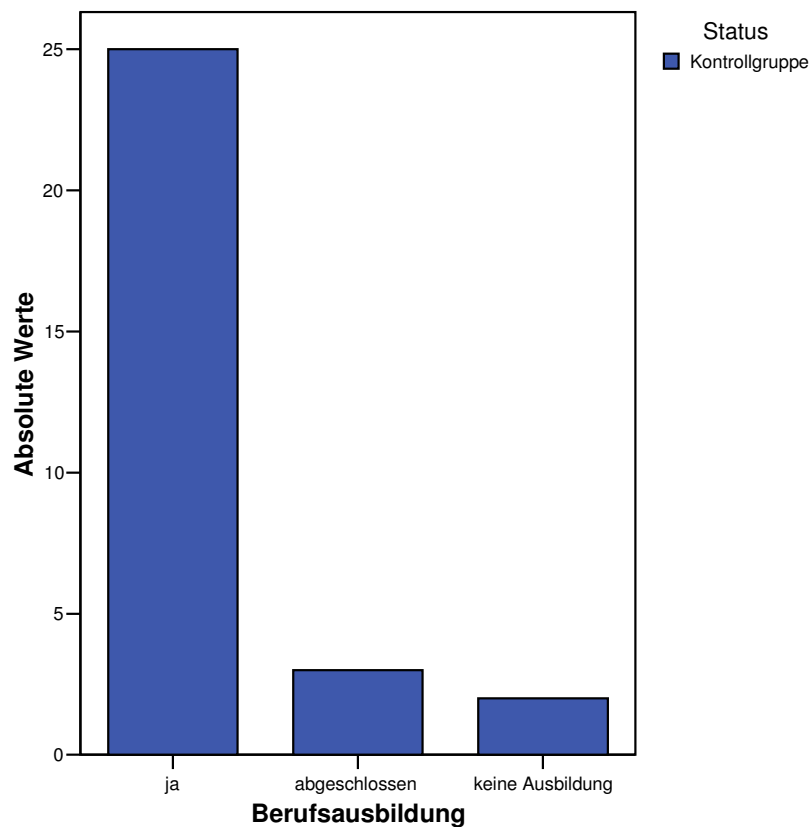
Statistiken

Berufsausbildung

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Berufsausbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	25	83,3	83,3	83,3
	abgeschlossen	3	10,0	10,0	93,3
	keine Ausbildung	2	6,7	6,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Elterliches Einkommen der PatientInnengruppe

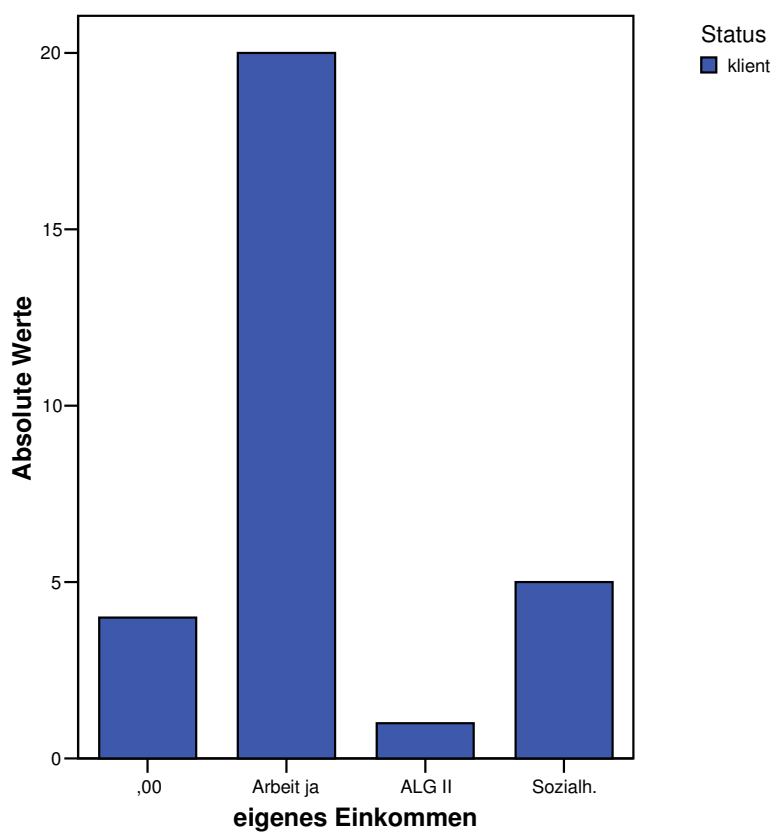
Statistiken

eigenes Einkommen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Elterliches Einkommen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	4	13,3	13,3	13,3
	Arbeit ja	20	66,7	66,7	80,0
	ALG II	1	3,3	3,3	83,3
	Sozialh.	5	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Orte des Aufwachsens der PatientInnengruppe

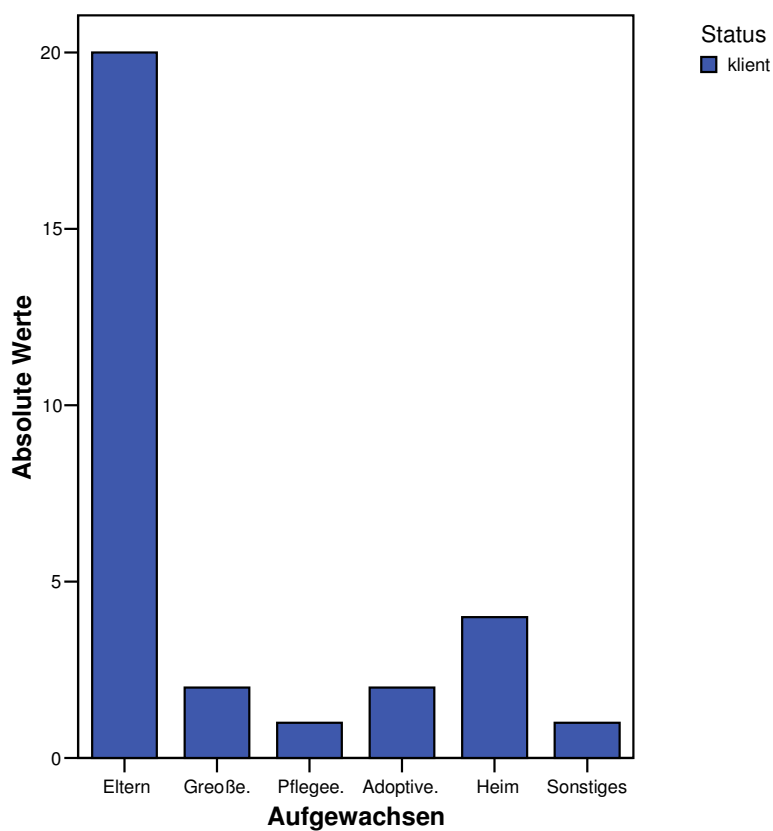
Statistiken

Aufgewachsen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Aufgewachsen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Eltern	20	66,7	66,7	66,7
Greöße.	2	6,7	6,7	73,3
Pflegee.	1	3,3	3,3	76,7
Adoptive.	2	6,7	6,7	83,3
Heim	4	13,3	13,3	96,7
Sonstige s	1	3,3	3,3	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	



Einkommen der PatientInnengruppe

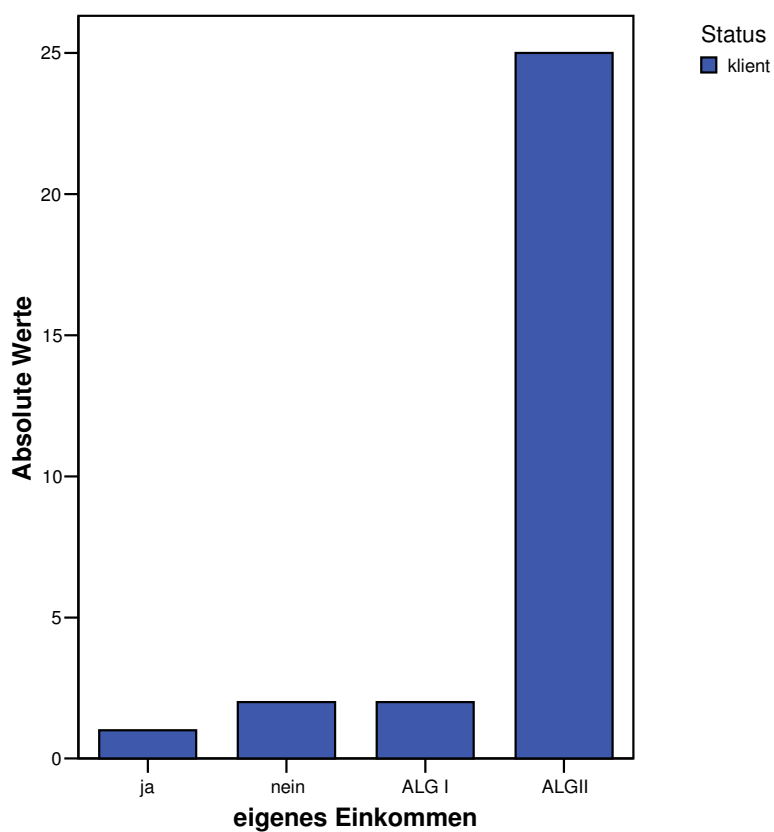
Statistiken

Einkommen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Einkommen der PatientInnengruppe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	3,3	3,3	3,3
nein	2	6,7	6,7	10,0
ALG I	2	6,7	6,7	16,7
ALGII	25	83,3	83,3	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	



Einkommen der PatientInnengruppe

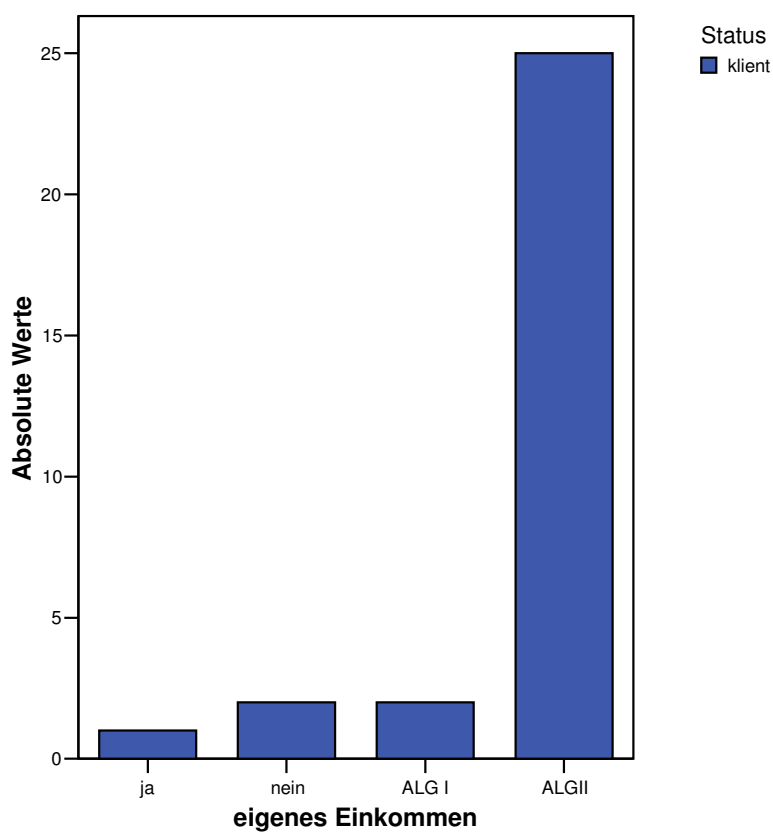
Statistiken

Einkommen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Einkommen der PatientInnengruppe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	1	3,3	3,3	3,3
	nein	2	6,7	6,7	10,0
	ALG I	2	6,7	6,7	16,7
	ALGII	25	83,3	83,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Aktuelle Wohnsituation der PatientInnengruppe

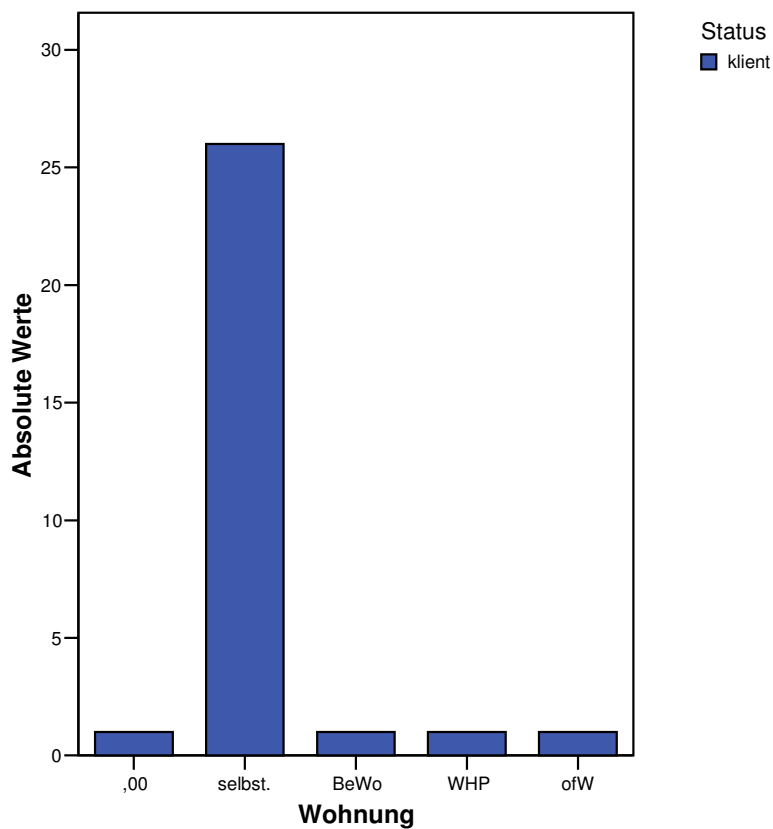
Statistiken

Wohnung

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Wohnsituation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	1	3,3	3,3	3,3
	selbst.	26	86,7	86,7	90,0
	BeWo	1	3,3	3,3	93,3
	WHP	1	3,3	3,3	96,7
	ofW	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Elterliches Einkommen der Kontrollgruppe

Statistiken

eigenes Einkommen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Einkommen der Eltern

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Arbeit ja	29	96,7	96,7	96,7
	Arbeit nein	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	

Orte des Aufwachsens der Kontrollgruppe

Statistiken

Aufgewachsen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Orte des Aufwachsens

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Eltern	29	96,7	96,7	96,7
	Adoptive	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	

Einkommen der Kontrollgruppe

Statistiken

Einkommen

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Einkommen der Kontrollgruppe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	30	100,0	100,0	100,0

Sonstiges Einkommen der Kontrollgruppe

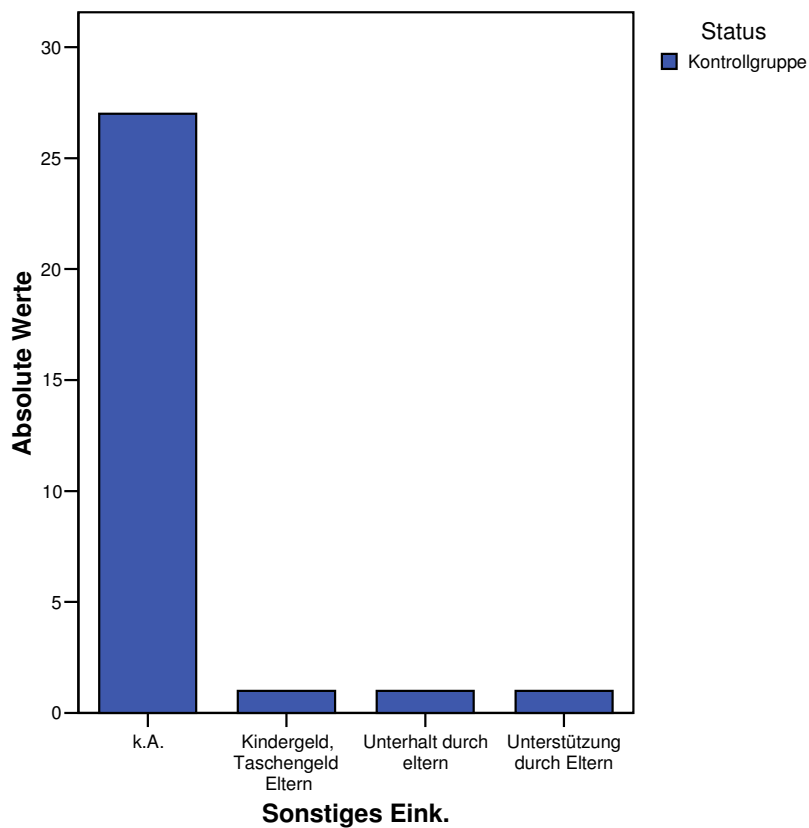
Statistiken

Sonstiges Eink.

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Sonstiges Eink.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	k.A.	27	90,0	90,0	90,0
	Kindergeld, Taschengeld Eltern	1	3,3	3,3	93,3
	Unterhalt durch eltern	1	3,3	3,3	96,7
	Unterstützung durch Eltern	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Aktuelle Wohnverhältnisse der Kontrollgruppe

Statistiken

Wohnung

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Wohnung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig selbst.	30	100,0	100,0	100,0

Emotionen als Wert der PatientInnengruppe

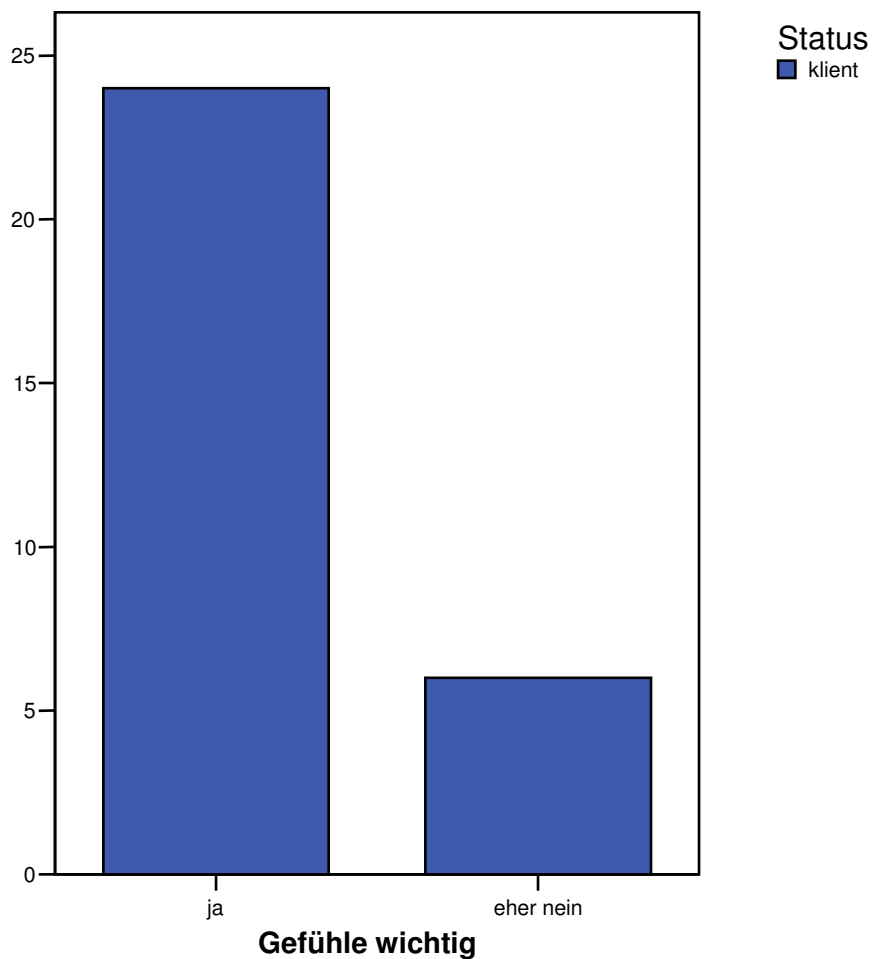
Statistiken

Gefühle wichtig

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Wichtigkeit von Emotionen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	24	80,0	80,0	80,0
	eher nein	6	20,0	20,0	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Elterlicher Leistungswert der PatientInnengruppe

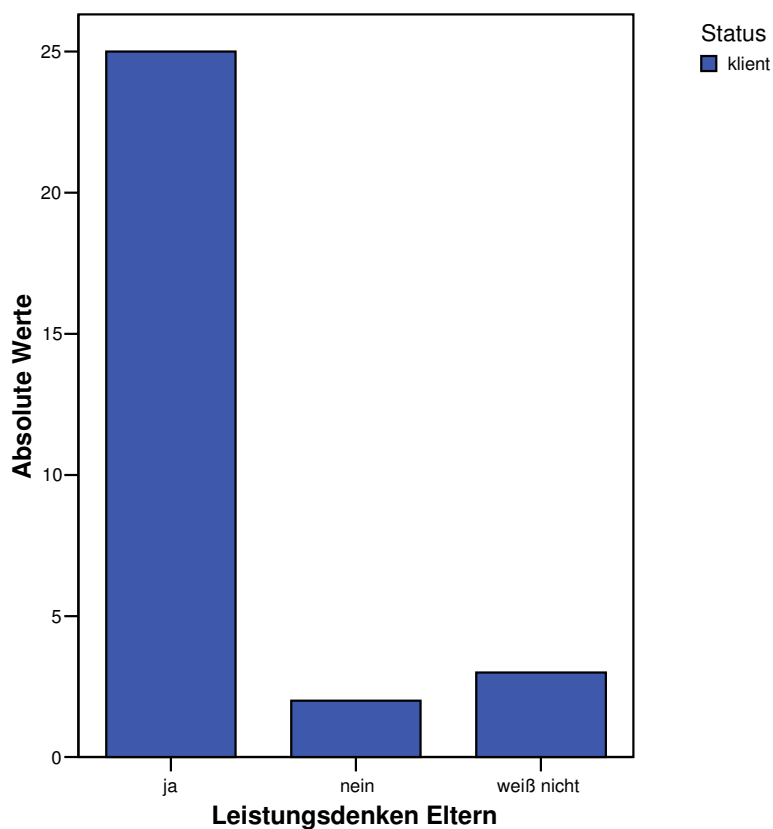
Statistiken

Leistungsdenken Eltern

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Leistungsdenken Eltern

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	25	83,3	83,3	83,3
	nein	2	6,7	6,7	90,0
	weiß nicht	3	10,0	10,0	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Arbeit als Wert in der PatientInnengruppe

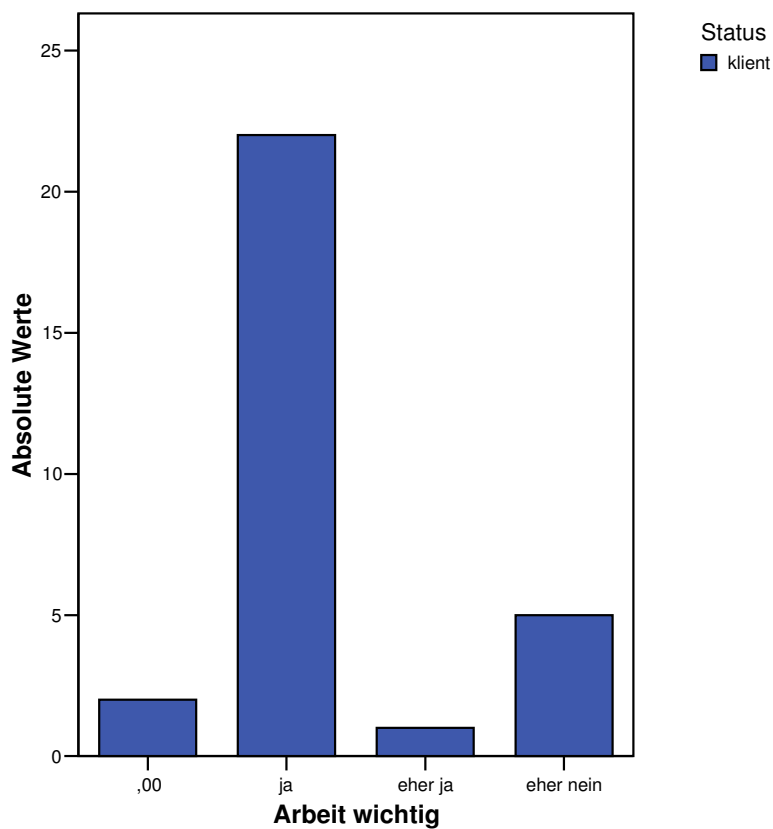
Statistiken

Arbeit wichtig

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Arbeit als wichtiger Wert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	2	6,7	6,7	6,7
	ja	22	73,3	73,3	80,0
	eher ja	1	3,3	3,3	83,3
	eher nein	5	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Werte der PatientInnengruppe

Statistiken

Werte

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Werte der PatientInnengruppe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
außer Fam. u. Freundin interessiert mich nichts	1	3,3	3,3	3,3
Beziehung, Abstinenz Dass es meiner Mutter u. Freundin gut geht, wenige Den Alltag in den Griff bekommen, dann kann ich mi	1	3,3	3,3	6,7
eigene Whg., wieder Freude am Leben finden eigene Wohnung zu haben	1	3,3	3,3	10,0
es interessiert mich alles	1	3,3	3,3	13,3
Fam./Partnersch aft, ges. Einkommen, Freizeit	1	3,3	3,3	16,7
Familienpolitik	1	3,3	3,3	20,0
Frieden, langes Leben	1	3,3	3,3	23,3
Geld, Beziehung, ein Zuhause	1	3,3	3,3	26,7
geregelttes Leben	1	3,3	3,3	30,0
Gesund bleiben, meine Fam.	1	3,3	3,3	33,3
Gesundheit für Bruder u. Kinder, leben ohne Drogen	1	3,3	3,3	36,7
Gott, zweifele jedoch	1	3,3	3,3	40,0
k.A.	2	6,7	6,7	43,3
Kind, Beziehung, Weltanschauung	1	3,3	3,3	46,7

mein Kind soll stark genug für's Leben werden	1	3,3	3,3	63,3
mein Sohn, meine Freunde, meine Bekannten	1	3,3	3,3	66,7
meine Kinder und ich	1	3,3	3,3	70,0
meine Kinder, Mann, Hunde	1	3,3	3,3	73,3
meine LG, gem. Kind, Fam.	1	3,3	3,3	76,7
noch einige Jahre leben, um Leben zu genießen, Fam	1	3,3	3,3	80,0
pol. Engagement, Weltanschauung, Religion	1	3,3	3,3	83,3
Religion	1	3,3	3,3	86,7
soziale Kontakte, neue Freunde, Abstinenz	1	3,3	3,3	90,0
soziale Sicherheit f. jeden, Weltfrieden	1	3,3	3,3	93,3
Umgang mit Menschen, Tierliebe, Hilfsbereitschaft	1	3,3	3,3	96,7
Weltanschauung, Freunde, Esoterik	1	3,3	3,3	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	

--	--

Werte der PatientInnengruppe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	außer Fam. u. Freundin interessiert mich nichts	1	3,3	3,3	3,3
	Beziehung, Abstinenz	1	3,3	3,3	6,7
	Dass es meiner Mutter u. Freundin gut geht, wenige	1	3,3	3,3	10,0

Den Alltag in den Griff bekommen, dann kann ich mich	1	3,3	3,3	13,3
eigene Whg., wieder Freude am Leben finden	1	3,3	3,3	16,7
eigene Wohnung zu haben	1	3,3	3,3	20,0
es interessiert mich alles	1	3,3	3,3	23,3
Fam./Partnerschaft, ges. Einkommen, Freizeit	1	3,3	3,3	26,7
Familienpolitik	1	3,3	3,3	30,0
Frieden, langes Leben	1	3,3	3,3	33,3
Geld, Beziehung, ein Zuhause	1	3,3	3,3	36,7
geregeltes Leben	1	3,3	3,3	40,0
Gesund bleiben, meine Fam.	1	3,3	3,3	43,3
Gesundheit für Bruder u. Kinder, leben ohne Drogen	1	3,3	3,3	46,7
Gott, zweifele jedoch	1	3,3	3,3	50,0
k.A.	2	6,7	6,7	56,7
Kind, Beziehung, Weltanschauung	1	3,3	3,3	60,0
mein Kind soll stark genug für's Leben werden	1	3,3	3,3	63,3
mein Sohn, meine Freunde, meine Bekannten	1	3,3	3,3	66,7
meine Kinder und ich	1	3,3	3,3	70,0
meine Kinder, Mann, Hunde	1	3,3	3,3	73,3
meine LG, gem. Kind, Fam.	1	3,3	3,3	76,7
noch einige Jahre leben, um Leben zu genießen, Fam	1	3,3	3,3	80,0
pol. Engagement, Weltanschauung, Religion	1	3,3	3,3	83,3
Religion	1	3,3	3,3	86,7
soziale Kontakte, neue Freunde, Abstinenz	1	3,3	3,3	90,0

soziale Sicherheit f. jeden, Weltfrieden	1	3,3	3,3	93,3
Umgang mit Menschen, Tierliebe, Hilfsbereitschaft	1	3,3	3,3	96,7
Weltanschauung, Freunde, Esoterik	1	3,3	3,3	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	

Emotionen als Wert in der Kontrollgruppe

Statistiken

Gefühle wichtig

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Gefühle wichtig

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	30	100,0	100,0	100,0

Arbeit als Wert der Kontrollgruppe

Statistiken

Arbeit wichtig

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Arbeit ist wichtig

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	30	100,0	100,0	100,0

Elterliches Leistungsdenken in der Kontrollgruppe

Statistiken

Leistungsdenken Eltern

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Leistungsdenken Eltern

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	30	100,0	100,0	100,0

Sinnstiftende Werte der Kontrollgruppe

Statistiken

Werte

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Werte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Arbeit, Sozialkontakte berufl. Ziele, Sozial- Allgemeinwohl, Ehrlichkeit, Fam., Freunde, Natur, Spaß bei Arbeit, Sicherheit	1	3,3	3,3	3,3
	Familie, Freunde, Natur, Umwelt, Sicherheit, Geborgenheit	1	3,3	3,3	6,7
	Familie, Freunde, Religion	1	3,3	3,3	10,0
	Familie, Gesundheit, Freunde, Weltanschauung	1	3,3	3,3	13,3
	Familie, Umwelt, werte, Gerechtigkeit, Menschlichk.	1	3,3	3,3	16,7
	Freunde zu haben, eine Aufgabe zu haben, mich weit	1	3,3	3,3	20,0
	Frieden, Weitentwicklung, Vertrauen, Verantwortung	1	3,3	3,3	23,3
	Gesundheit	1	3,3	3,3	26,7
	Gesundheit, Freunde, Beziehung, Fam., polit. Enga.	1	3,3	3,3	30,0
	Gesundheit, Frieden	1	3,3	3,3	33,3
	Gesundheit, Frieden, Freundschaften, Zufriedenheit	1	3,3	3,3	36,7
	Kind, Ich, Familie, Freunde	1	3,3	3,3	40,0
		1	3,3	3,3	43,3
		1	3,3	3,3	46,7

meine Kinder, Freunde	1	3,3	3,3	50,0
pers. Engagement f.	1	3,3	3,3	53,3
pers. Ziele pers. Weiterentwicklun g, Beziehungen, Beitrag z. A	1	3,3	3,3	56,7
persönlicher Idealismus	1	3,3	3,3	60,0
Religion, Freundschaften, zu	1	3,3	3,3	63,3
Arbeitskollegen und Fa	1	3,3	3,3	66,7
Selbstverwirklich ung Sicherheit, Rückhalt	1	3,3	3,3	70,0
(Freunde, Fam., Mann)	1	3,3	3,3	73,3
Soziale Kontakte	1	3,3	3,3	76,7
soziales Engagement, Natur	1	3,3	3,3	80,0
Sozialkontakte, Glaube, roter Faden, der durch's Leben führt	1	3,3	3,3	83,3
Spiritualität, Familie, Religion	1	3,3	3,3	86,7
Sport	1	3,3	3,3	90,0
Toleranz, Soziale Integration, Selbstverlass	1	3,3	3,3	93,3
Verteidigung der Menschenrechte	1	3,3	3,3	96,7
Zusammenhalt in Familie und Freundeskreis	1	3,3	3,3	100,0
Zwischenmensch liche Beziehungen u. Werte	1	3,3	3,3	
Gesamt	30	100,0	100,0	

Aktuelles Freizeitverhalten der PatientInnengruppe

Statistiken

Freizeit aktuell

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Freizeit aktuell

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bisher 1€-Job, jetzt Freundin und kind Erledigungen, PC	1	3,3	3,3	3,3
	Fahrradfahren, Job suchen, Familie	1	3,3	3,3	6,7
	Fam., allein, keine Freunde durch Sucht	1	3,3	3,3	10,0
	Fam., Freunde, die nichts mit Drogen zu tun haben	1	3,3	3,3	13,3
	Fam., Haushalt, Haustiere, Freunde, Sport fernsehen, Musik hören, lesen	1	3,3	3,3	16,7
	fernsehen, Playstation, Dart, Spaziergänge	1	3,3	3,3	20,0
	Fernsehn, lesen, spazieren, hoffe auf Veränderung	1	3,3	3,3	23,3
	Freund, Kind, lesen	1	3,3	3,3	26,7
	Freundin	1	3,3	3,3	30,0
	k.a.	1	3,3	3,3	33,3
	k.A.	2	6,7	6,7	36,7
	Kind, Wohnung aufräumen, Wohnungssuche, Ämtergänge	1	3,3	3,3	40,0
	Lebensgefährte, meinen Katzen, Freunde	1	3,3	3,3	46,7
	lesen, fernsehen	1	3,3	3,3	50,0
	Lesen, Freundin, spazieren	1	3,3	3,3	53,3
	Mann, meinen 2 Hunden	1	3,3	3,3	56,7
					60,0
					63,3

meinem Sohn, meinem zukünftigen Mann, Arbeit bis v	1	3,3	3,3	66,7
meine Lebensgefährtin mit Freundin u. Hund	1	3,3	3,3	70,0
mit Tochter, Nichte, Sub-Arzt suchen	1	3,3	3,3	73,3
Pflege Mutter, Hund, alleine	1	3,3	3,3	76,7
Schwarzarbeit, "Rumgammeln"	1	3,3	3,3	80,0
spazieren, malen, mit meinem Kind spielen, fernsehen	1	3,3	3,3	83,3
TV	1	3,3	3,3	86,7
Vorbereitung Therapie, Schuldenreg., Hund	1	3,3	3,3	90,0
Wohnung einrichten, basteln, rumhängen zu Hause	1	3,3	3,3	93,3
Gesamt	30	100,0	100,0	96,7
				100,0

Familienstand der PatientInnengruppe

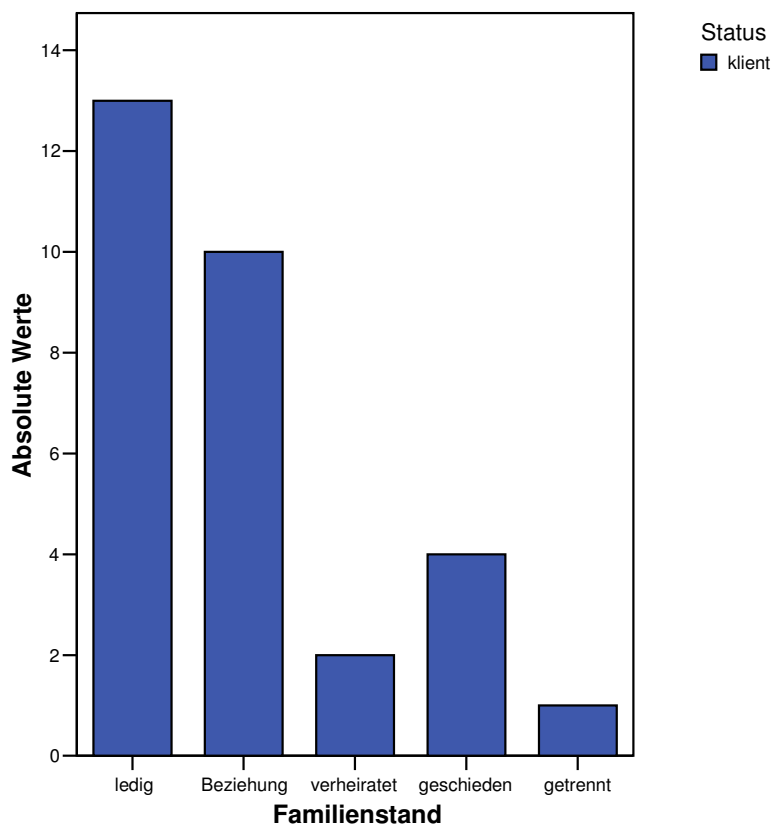
Statistiken

Familienstand

N	Gültig	30
	Fehlend	0

Familienstand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ledig	13	43,3	43,3	43,3
	Beziehung	10	33,3	33,3	76,7
	verheiratet	2	6,7	6,7	83,3
	geschieden	4	13,3	13,3	96,7
	getrennt	1	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Suchtproblem Fam. * Status	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%

Suchtproblem Fam * Status Kreuztabelle

Anzahl

		Status		Gesamt
		klient	Kontrollgruppe	
Suchtprobl.	ja	21	6	27
Fam.	nein	9	22	31
	Eltern	0	1	1
	Große.	0	1	1
Gesamt		30	30	60

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	15,785(a)	3	,001
Likelihood-Quotient	17,222	3	,001
Zusammenhang linear- mit-linear	14,223	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	60		

a 4 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,50.

Symmetrische Maße

		Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise Signifikanz
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	,491	,091	4,292	,000(c)
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	,513	,106	4,550	,000(c)
Anzahl der gültigen Fälle		60			

a Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c Basierend auf normaler Näherung

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Alltagsbewältigung * Traumata	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%

Alltagsbewältigung * Traumata Kreuztabelle

Anzahl

		Traumata		Gesamt
		ja	nein	
Alltagsbewältigung	ja	13	18	31
	eher ja	13	7	20
	eher nein	5	3	8
	nein	1	0	1
Gesamt		32	28	60

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,857(a)	3	,277
Likelihood-Quotient	4,263	3	,234
Zusammenhang linear mit-linear	2,997	1	,083
Anzahl der gültigen Fälle	60		

a 4 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,47.

Symmetrische Maße

		Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise Signifikanz
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	-,225	,119	-1,762	,083(c)
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	-,232	,124	-1,815	,075(c)
Anzahl der gültigen Fälle		60			

a Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c Basierend auf normaler Näherung

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Traumata * Status	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%

Traumata * Status Kreuztabelle

Anzahl

	Status	Kontrollgruppe		Gesamt
		klient	Gruppe	
Traumata ja		21	11	32
nein		9	19	28
Gesamt		30	30	60

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	6,696(b)	1	,010		
Kontinuitätskorrektur(a)	5,424	1	,020		
Likelihood-Quotient	6,829	1	,009		
Exakter Test nach Fisher				,019	,010
Zusammenhang linear mit-linear	6,585	1	,010		
Anzahl der gültigen Fälle	60				

a Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 14,00.

Symmetrische Maße

		Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise Signifikanz
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	,334	,122	2,699	,009(c)
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	,334	,122	2,699	,009(c)
Anzahl der gültigen Fälle		60			

a Die Null-Hypothese wird nicht angenommen.

b Unter Annahme der Null-Hypothese wird der asymptotische Standardfehler verwendet.

c Basierend auf normaler Näherung