

Bachelorarbeit

Zum Zusammenhang von frühkindlicher
Schädigung und späterer Suchtstruktur

Vorgelegt von: Nora Kossow

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis-2012 -0368- 1

Gutachter: Prof. Dr. Roland Haenselt
Zweitgutachten: Prof. Dr. Barbara Bräutigam

Ort: Neubrandenburg
Abgabetermin: 28.06.2012

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.“

(International Federation of Social Workers zit. nach Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit 2012)

Inhalt

Einleitung	1
1. Sucht.....	4
1.1. Definition und Etymologie.....	4
1.1.1. Sucht als Krankheit	6
1.1.2. Sucht als Abhängigkeit von einem Suchtmittel	7
1.1.3. Sucht als Verlangen nach etwas	9
1.2. Suchtstruktur.....	10
2. Modellsucht Alkoholismus	12
2.1. Definition	12
2.2. Typologie nach Jellinek	13
2.3. Wirkung und Folgeschäden.....	16
3. Theorien zur Ätiologie der Sucht	19
3.1. Die Trias der Sucht	19
3.1.1. Suchtmittel	20
3.1.2. Umwelt.....	22
3.1.3. Person	23
3.2. Frühkindliche Schädigungen	28
3.2.1. Sucht zur Selbstregulierung	29
3.2.2. Sucht als Ich-Schwäche.....	31
3.2.3. Sucht als Selbstheilungsmittel.....	33
4. Bedeutung für die Sozialarbeit	36
Fazit.....	40
Literaturverzeichnis	46
Eigenständigkeitserklärung	49

Einleitung

In unserer Gesellschaft ist Sucht ein allgegenwärtiges Thema. Die Medien berichten uns regelmäßig über neue Studien zu Suchtthemen, wie beispielsweise die Drogenaffinität der Jugend. Sie überschwemmen uns mit immer neu auftretenden Süchten und warnen gleichzeitig vor Spielsucht, Onlinesucht, Magersucht, Glückspielsucht, Arbeitssucht, um nur einige zu nennen. Fast jeder kennt jemanden der auch von einer Sucht betroffen ist. In einem Zeitalter der Individualisierung und Pluralisierung scheinen wir eine Gesellschaft der Süchtigen zu sein. *„Suchterkrankungen haben Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft. Eine große Zahl von Menschen in Deutschland ist davon betroffen. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Krankheiten, die zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können. Sie verursachen in Deutschland erhebliche soziale und volkswirtschaftliche Probleme“* (Dyckmans 2011, S. 3), heißt es im Drogen- und Suchtbericht von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

Im Rahmen des 3 jährigen Studiums haben wir uns sehr häufig, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, mit dem Thema Sucht in unserer Gesellschaft befasst. In wenigen Veranstaltungen war Sucht das zentrale Thema. Vielmehr wurde es randständig erwähnt, etwa im Kontext soziologischer Theorien, Pädagogik, Psychologie, rechtlicher Fragen oder einzelner Arbeitsfelder mit potenziellen Arbeitsbeziehungen zu Süchtigen. Diese oft nun randständige Beachtung des Themas, die sich auch in der Literatur widergespiegelt, hat in mir viel Neugier ausgelöst und den Willen geweckt, die Theoriefragmente wie ein Puzzle zusammenzufügen. Meine besondere Aufmerksamkeit widmete ich dabei *einem* dieser Fragmente: Als Teilgebiet der Psychologie ist die Entwicklungspsychologie eines der spannendsten und zugleich aufschlussreichsten Wissenschaften hinsichtlich der Frage der Entwicklung eines hilflosen Säuglings zu einem handlungs(un)fähigen Teil der Gesellschaft.

In dieser Arbeit, die den Abschluss des Bachelor Studiums „Soziale Arbeit“ kennzeichnet, soll nun der Zusammenhang von frühkindlicher Schädigung und einer späteren Suchtstruktur erörtert werden. Das Ziel soll hierbei vielmehr der Weg sein, der nicht nur den Gedanken der entwicklungspsychologischen Erkenntnisse, sondern bewusst den unterschiedlichen Disziplinen folgt. In der

vorliegenden Arbeit soll die Frage geklärt werden, warum Menschen süchtig werden und was es überhaupt bedeutet, süchtig zu sein. Dabei handelt es sich um eine grundlegende Frage, die unser Klientenbild, wie auch die Interventionen des Gesundheitssystems, der Suchtkrankenhilfe und nicht zuletzt die Sozialarbeit beeinflusst.

Im ersten Abschnitt soll der Begriff Sucht zunächst in all seinen semantischen Feinheiten genauer erörtert werden. Diesem ersten Schritt kommt eine besondere Bedeutung zu, da dieser Begriff nicht so klar zu definieren ist, wie es auf den ersten Blick erscheint. Es bedarf dazu einer genaueren Betrachtung der drei am häufigsten verwendeten Begriffsbedeutungen, welche in den drei Unterabschnitten „Sucht als Krankheit“, „Sucht als Abhängigkeit von einem Suchtmittel“ und „Sucht als Verlangen nach etwas“ abgehandelt werden sollen. Abgeschlossen wird dieser erste Abschnitt mit Überlegungen zu einer gemeinsamen Suchtstruktur, welche allen drei Perspektiven gerecht wird.

Die Modellsucht Alkoholismus, welche als Paradebeispiel ausgewählt wurde, wird anschließend den zweiten Abschnitt füllen, da sie sowohl die bekannteste als auch am meisten verbreitetste Sucht in unserer Gesellschaft ist. Eine Modellsucht ist an dieser Stelle erforderlich, da Sucht so viele Gesichter haben kann und die Forschungsergebnisse aus verschiedenen Wissenschaften in der folgenden Auseinandersetzung damit gezielter aufgegriffen werden können. Dieses Paradebeispiel wird zunächst definiert, um im Anschluss eine weitere Differenzierung vorzunehmen zu können, bei der die unterschiedlichen Typen nach Jellinek eine Rolle spielen. Als einen wichtigen Aspekt zum Verständnis und den daraus resultierenden Interventionen, wird dieser Abschnitt auch die Wirkungen des Suchtmittels Alkohol und deren Folgeschäden beinhalten.

Die Frage, die sich in der Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht im Allgemeinen und dem Alkoholismus im Besonderen aufdrängt, ist die Frage nach der Ätiologie. Die Frage, warum Menschen süchtig werden, sich damit schädigen und sich oftmals nicht von dieser Sucht befreien können, werden durch ganz unterschiedliche Theorien erklärt. Viele Disziplinen haben sich mit dem Thema beschäftigt und mehr oder weniger schlüssige Erklärungen geliefert. Jedoch weist keine dieser Theorien zur Ätiologie von Sucht die Ganzheitlichkeit auf, die jenem Phänomen gerecht wird. So soll in diesem Abschnitt die Trias der Sucht unter

Zuhilfenahme ausgewählter Theorien und Erkenntnisse beleuchtet werden. Damit können die frühkindlichen Störungen als ein Teil begriffen werden, welcher durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird und nur im Kontext der ganzheitlichen Betrachtungsweise eine sinnvolle Erklärung von Suchtstrukturen zu bringen vermag. Nachdem der Kontext, in dem eine Sucht entstehen kann, mit verschiedenen Aspekten und Theoriefragmenten gefüllt worden ist, werden anschließend die in Bezug auf Suchtstrukturen bedeutsamen frühkindlichen Schädigungen referiert. Aus dem scheinbar unendlichen Pool an Erklärungen zum Thema Sucht wurden hier aus zeitökonomischen Gründen nur drei Auserwählte betrachtet. Dieser Abschnitt geht damit der Frage nach wie und unter welchen Bedingungen jemand eine Suchtstruktur entwickeln kann.

Zum Abschluss ist das erörterte Thema in den Kontext der Sozialen Arbeit zu stellen und die Bedeutsamkeit des Wissens über die von vielen Wirkfaktoren und frühkindlichen Erfahrungen beeinflussenden Genese von Sucht insbesondere für meine berufliche Tätigkeit als Sozialarbeiter zu erschließen.

1. Sucht

„Sucht hat viele Gesichter.“ Dieser Aussage steht wohl nichts entgegen. Doch wie sehen diese Gesichter aus? Diese Frage soll im folgenden Abschnitt erörtert werden, um zu überprüfen, ob es nicht eine allen Süchten gemeinsame Grundstruktur gibt.

1.1. Definition und Etymologie

Zu Beginn einer jeden wissenschaftlichen Arbeit steht – wie auch hier – das Definieren des zu beleuchtenden Gegenstandes. Da Sucht das große Oberthema ist, ist es nötig, den Bedeutungshof des Begriffes im Vorfeld darzulegen, um einer frühkindlich geprägten Suchtstruktur auf die Spur zu kommen. Der Duden kennt zu dem Wort „Sucht“, welches es im Grunde nur in der deutschen Sprache gibt, drei verschiedene Bedeutungen: 1. eine krankhafte Abhängigkeit von einem bestimmten Rausch- oder Genussmittel, 2. ein übersteigertes Verlangen nach etwas, wobei dieses „etwas“ auch eine Handlung sein kann und 3. Sucht als Begriff für Krankheit, was jedoch der Duden als veraltete Bedeutung kennzeichnet. Zur Etymologie wird angegeben, wie das zuletzt genannte schon vermuten lässt, dass der Begriff vom mittelhoch- althochdeutschen „suht“ stammt und Krankheit bedeutet (Bibliografisches Sprachinstitut, Duden online 2012). Zum etymologischen Zusammenhang des Suchtbegriffes mit dem Verb „suchen“, welcher von der Allgemeinheit angenommen wird, muss klargestellt werden, dass es sich hierbei um einen Irrtum handelt. Dieser Irrtum ist dem deutschen Sprachgefühl und dem wesentlichen Verhaltensmerkmal, dem suchen nach dem Suchtobjekt, geschuldet (vgl. Scheerer 1995 S. 9, Paetzold 2006, S. 19/20, DHS 1985, S. 14 et al.).

Mit diesem kurzen Blick in den Duden wird deutlich, was schon seit Jahren in der Fachliteratur beschrieben und diskutiert wird: nämlich, dass der Begriff „Sucht“ in solch verschiedenen Kompositionen mit Objekten und Handlungen geradezu inflationär verwendet wird, dass sich in den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen und auch im Alltag äußerst unterschiedliche Bedeutungen interpretieren lassen. Der Bedeutungshof fächert sich breit, von Substanzabhängigkeit über stoffungebundenes Verlangen nach bestimmten Handlungen, Gefühlen etc. und zudem der Bedeutung als Krankheit, der im Alltag wie auch in der Fachliteratur kaum noch vorzufinden ist.

Aufgrund dieser Erschwernisse existiert bis heute keine einheitliche Definition und Theorie zum Thema Sucht. So sind auch die „Profis“ des Gebietes in Sachen Terminologie scheinbar ein wenig ratlos, was sich beispielsweise anhand der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren¹ und der Weltgesundheitsorganisation² zeigt.

Die Fachkonferenz der DHS sah schon 1984 das Problem, dass der Suchtbegriff aufgrund der vielfältigen Verwendung zunehmend an Schärfe verliert. Sie stellte im Vorwort zum einen fest, dass zunehmend menschliche Verhaltensweisen auftreten, die mit dem Suchtbegriff beschrieben werden und zum anderen, dass ein mehrdimensionaler Suchtbegriff nötig ist, da die stoffgebundenen Abhängigkeiten nicht mehr nur diesem Phänomen gerecht werden.

„Sucht erwächst aus einem Rauschbedürfnis des Menschen, aus dem Streben nach Grenzüberschreitung, nach Ekstase und ist nicht immer an die Einnahme berauschender Mittel gebunden.“ (DHS 1985, S. 9)

Die im Rahmen dieser Fachkonferenz zusammengetretene Arbeitsgruppe zum Thema Überlegung zur Geschichte des Sucht-Begriffes am Beispiel der „Modellsucht Alkoholismus“ konnte auch keine erhellenden Erkenntnisse hervorbringen und sah sich vor vielen „Fallgruben im Bereich der Semantik“ (Fahrenkrug & Quack 1985, S. 353). Auch die WHO konnte sich in der Auseinandersetzung mit diesem Begriff nicht auf eine Definition von Sucht einigen, sodass der Begriff durch Abhängigkeit (drug dependence) ersetzt wurde (DHS 1985, S. 9).

Auch das Handbuch Sucht (Gerkens, Meyer & Wimmer 1989-2012), eines der umfangreichsten Textsammlungen rund um dieses Themengebiet in Deutschland, vermeidet eine Definition in ihrem Abschnitt 2.1 Grundbegriffe und berichtet fast ausschließlich über die historische Entwicklung von Süchten. Es bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass die Erschließung der Terminologie nur mit Hilfe von Ergänzungen einzelner Aspekte, Informationen und Perspektiven möglich ist. Aus diesem Grunde sollen im Folgenden die einzelnen Geltungsbereiche genauere Beachtung finden.

¹ Im Folgenden wird wie üblich die Abkürzung DHS verwendet.

² Im Folgenden wird wie üblich die Abkürzung WHO verwendet.

1.1.1. Sucht als Krankheit

Wie die DHS et al. soll unter dem Bedeutungsaspekt der Sucht als einen Begriff für Krankheit auch hier ein kurzer Abriss der historischen Entwicklung und der Etymologie vorgenommen werden.

Die Geschichte des Suchtbegriffes beginnt noch vor dem 16.Jh. In dieser Epoche der Menschheitsgeschichte galt dieses Wort gleichbedeutend dem Begriff Krankheit und wurde in einer Fülle von Verbindung mit Adjektiven verwendet. So gab es – um nur einige Beispiele zu nennen – die heiße Sucht, die schwarze Sucht (Cholera) und die fallende Sucht (Epilepsie). Das Krankheitsbild einer Drogenabhängigkeit gab es damals noch nicht, sodass Sucht zu dieser Zeit jede Krankheit bezeichnete außer der Sucht, wie wir sie heute kennen. Mit Beginn des 16.Jh., in der Neuzeit, hielt der Begriff Krankheit Einzug. Von Sucht wurde nur noch gesprochen, um ein Laster, einen übertriebenen Hang oder negative Charaktereigenschaften ironisch oder metaphorisch zu beschreiben. Die sehrende Sucht zum Beispiel war zunächst eine leicht spöttische Bezeichnung für den abnormen Seelenzustand des Verliebt-seins. Da die Verbindung mit unmoralischen bzw. krankhaften Verhaltenstendenzen bis zum 19 Jh. bestehen blieb, wurde die Trunksucht lange eher als Laster wahrgenommen. Erst durch Erforschung des Phänomens Sucht erlangte diese ihre Geltung als Krankheit. Infolge dieser Wende, insbesondere den Erkenntnissen der Medizin und der Pharmakologie, wurde Sucht als Krankheit anerkannt (vgl. Scheerer 1995, S.10 ff.). So heißt es bis heute: „Sucht ist stets Krankheit“ (DHS 1998, 2.1 S. 3). Die Problematik der Sucht – als einheitliche Bezeichnung für eine spezielle Krankheit in der Medizin wie auch in anderen Disziplinen – wurde zunehmend verstärkt durch immer mehr entdeckte Süchte. Auf der Suche nach medizinischen Sammelbegriffen im 20. Jh. gewannen die „Giftsucht“ und „Rauschgiftsucht“ zunehmend an Bedeutung. Dabei waren jedoch nur die substanzgebundenen Süchte berücksichtigt und stark durch die pharmakologische Sichtweise geprägt (vgl. Scheerer 1995, S.10 ff.).

Durch die moralischen Assoziationen und dem zunehmenden inflationären Gebrauch wurde der Suchtbegriff aus dem medizinischen Vokabular gestrichen und durch „Abhängigkeit“ ersetzt. Geblieben sind die allgemeinen Bedeutungen, wie sie der Duden beschreibt: Sucht als Abhängigkeit und als Verlangen nach

etwas (siehe Abschnitt 1.1), welche im Folgenden genauer erörtert werden sollen. Des Weiteren ist festzustellen, dass Sucht indes nicht mehr eine bestimmte Krankheit beschreibt, aber von der Allgemeinheit bis heute als pathologisches Phänomen wahrgenommen wird.

1.1.2. Sucht als Abhängigkeit von einem Suchtmittel

Zu sogenannten stoffgebundenen Süchten zählen unter anderem die Drogensucht, Tabaksucht, die Abhängigkeit von Medikamenten oder Alkohol, um nur einige Klassiker zu nennen. Es gibt eine Vielzahl von solchen Mitteln, die im Zusammenhang mit Sucht auftauchen. Der Begriff Suchtmittel stellt dabei einen Unterbegriff von „Drogen“ dar, welche auch als psychoaktive oder psychotrope Substanzen bezeichnet werden können und nicht ausschließlich den Bereich der illegalen Drogen darstellt, wie anhand der Aufzählung eingangs schon aufzeigt. Diese Substanzen bewirken eine Veränderung der Befindlichkeit, des Bewusstseins und/oder des Verhaltens und erzeugen beim Menschen eine körperliche und/oder psychische Abhängigkeit (vgl. Kleinemeier 2004, S.13). Der zweite Begriff, der an dieser Stelle aufgetaucht ist und genauer beleuchtet werden soll, ist „Abhängigkeit“. „Drug dependence“ wurde, wie bereits erwähnt, durch die WHO eingeführt und ist wie folgt definiert:

„A cluster of behavioural, cognitive, and physio-logical phenomena that may develop after repeated substance use. Typically, these phenomena include a strong desire to take the drug, impaired control over its use, persistent use despite harmful consequences, a higher priority given to drug use than to other activities and obligations, increased tolerance, and a physical withdrawal reaction when drug use is discontinued. In ICD-10, the diagnosis of dependence syndrome is made if three or more of six specified criteria were experienced within a year.“ (WHO 1994, S.33)

Das Abhängigkeitssyndrom, wie es die WHO in der ICD-10 definiert, stellt somit eine Gruppe kognitiver, physiologischer und Verhaltens- phänomene dar, bei denen der Konsum einer Substanz für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Aktivitäten und Verhaltensweisen, die von ihr vor der Zeit des Drogenkonsums höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke und gelegentlich übermächtige Wunsch, die Substanz zu konsumieren sowie der Einsatz aller Mittel zu dessen Beschaffung –

selbst wenn die Schädlichkeit des anhaltenden Gebrauchs bekannt ist. Neben der Tendenz zur Erhöhung der Dosis zeigen sich körperliche Entzugssymptome, wenn der Konsum eingestellt wird (vgl. WHO 2011, S.114).

So wird nach der ICD-10 im Bereich psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F1x.2³ Abhängigkeitssyndrom gestellt werden, wenn drei oder mehr der sechs vorgegebenen Kriterien innerhalb eines Jahres erlebt wurden.

1. Starker Wunsch/ Zwang psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der psychotropen Substanz
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4. Toleranzentwicklung
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten, zugunsten des Substanzkonsums
6. Anhaltender Konsum trotz der bekannten schädlichen Folgen (vgl. WHO 2011, S. 115)

Ausschlaggebend sind nach dieser Klassifikation der WHO somit die suchtspezifischen beschriebenen Symptome, die eine betroffene Person innerhalb des definierten Zeitraumes aufzeigt. Es bleibt jedoch zu bedenken, dass ein Abhängigkeitssyndrom nicht valide und reliabel anhand dieser Kriterien diagnostiziert werden kann, da zum einen diese Indikatoren eher Zuschreibungen darstellen, welche das gesellschaftlich mitdefinierte Konsumverhalten klassifizieren (vgl. Dollinger & Schmidt-Semisch 2007, S. 9f.). Zum anderen trifft auch nicht jedes abhängige Konsumverhalten und nicht jede Psychotropika auf die Indikatoren zu, wonach beispielsweise nicht zwangsläufig eine Vernachlässigung der Aktivitäten auftreten muss. Man bedenke an dieser Stelle die vielen erfolgreichen Menschen (Ärzte, Anwälte etc.), die unter Drogeneinfluss Höchstleistungen erzielen und hinsichtlich eines Abhängigkeitssyndroms nach außen hin unauffällig sind. Ein weiteres oft genanntes Beispiel für die Unschärfe

³ Die internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) differenziert unter F1- *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* als Zweite Stelle (hier x) die Art der Substanzen: 0. Alkohol, 1. Opioide, 2. Cannabinoide, 3. Sedativa, Hypnotika, 4. Kokain, 5. Halluzinogene, 7. Tabak, 8. Lösungsmittel, 9. Multipler Substanzgebrauch oder andere Substanzen. Die vierte und fünfte Stelle bezeichnet die klinischen Zustandsbilder, hier F1x.2 Abhängigkeitssyndrom. Alkoholabhängigkeit zum Beispiel ist F10.2.

dieser Indikatoren sind diejenigen psychotropen Substanzen, die nachweislich keine körperliche Abhängigkeit erzeugen und nur selten zu einer Toleranzsteigerung führen, wie Cannabinoide und Halluzinogene (vgl. Scheerer 1995, S. 26f.). Zur Unterscheidung von physischer und psychischer Abhängigkeit sei angemerkt, dass sie zwar unter Bezugnahme auf pharmakologisch abhängigkeiterzeugende Substanzen Sinn macht, jedoch unter Rücksichtnahme der Erkenntnisse von Neuropsychologen und Biochemikern hinsichtlich der physischen Vorgänge im Belohnungssystem des Gehirns an Wichtigkeit verliert (vgl. ebd., S. 29).

Sucht als Abhängigkeit von einem Suchtmittel wird demnach anhand ihrer somatisch, psychisch und sozial beobachtbaren Auswirkungen festgestellt, um damit einen Rückschluss auf das innere Befinden des Konsumenten ziehen zu können. Damit ist lediglich eine Abgrenzung von Folgeerkrankungen möglich (vgl. Kleinemeier 2004, S. 13), jedoch nicht eine objektive Aussage für oder gegen eine Abhängigkeit.

1.1.3. Sucht als Verlangen nach etwas

Das Verlangen nach einer Handlung oder einem Suchtobjekt wird von Laubenthal folgendermaßen beschrieben:

„[Sucht ist] ein starkes, hemmungsarmes, dominierendes Verlangen nach bestimmten Werten oder Scheinwerten, das aus der Persönlichkeit heraus, im wesentlichen entsprechend dieser Persönlichkeit, auch aktiv geformt ist, das gewöhnliche Maß überschreitet und daher auch zerstörerisch und selbstzerstörerisch wirkt.“

(Laubenthal zit. nach Wanke & Homburg/Saar 1985, S. 13)

Dieses Verlangen, die Begierde, der übermächtige Wunsch nach Werten, Gefühlen, sinnlichen Erfahrungen kann – wie im vorherigen Abschnitt bereits erörtert – durch eine bestimmte oder mehrere Psychotropika verursacht oder auch durch Handlungen hervorgerufen werden. Sie sind laut Laubenthal durch die Persönlichkeit geprägt und nehmen ein Maß an, welches zu Schädigungen führt. Die sogenannten Verhaltenssüchte bzw. „abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (WHO 2011, S. 289), wie beispielsweise pathologisches Spielen, Essen, Brandstiften oder Stehlen haben die Gemeinsamkeit, eine

Verhaltensstörung zu sein, bei der eine betroffene Person eine Handlung wiederholt ohne eine vernünftige Motivation dafür vorzuweisen und diese Handlung oftmals die eigenen Interessen oder die anderer Personen schädigt. Obwohl grundsätzlich jedes Verhalten zur Sucht werden kann, klassifiziert die ICD-10 jedoch nur die oben beschriebenen Süchte nach Psychotropika F10-19, die Sexsucht F65, die Störung des Essverhaltens F52 und unter F63 die Spielsucht, Pyromanie, Kleptomanie, Trichotillomanie sowie sonstige nicht genauer klassifizierte abnorme Gewohnheiten, die eine betroffene Person schädigen können. Die genaue Betrachtung dieses Klassifikationsschemas lässt wiederholt den Rückschluss zu, dass die beobachtbaren Symptome im Vordergrund der Diagnostik stehen, nicht aber die zugrunde liegende Störung.

1.2. Suchtstruktur

Die Frage, die sich bei der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Süchten aufdrängt, ist die nach einer allen Perspektiven gerecht werdenden und gemeinsamen Grundstruktur. Der innere Zwang, eine schädigende Handlung ständig zu wiederholen oder eine schädliche Substanz zu konsumieren und dafür andere Aktivitäten zu vernachlässigen, ähneln einander offensichtlich sehr stark. Kuntz beschreibt Suchtstrukturen ganz treffend als ein „diffus wucherndes Gewächs“ aus Emotionen, lebenserhaltenden Affekten, Bedürfnissen, Selbsterfahrungen und Beziehungen. Zudem erklärt er, dass jeder Mensch gewisse Suchtstrukturen in sich trägt, die unter ungünstigen Bedingungen so problematisch werden können, dass sie dadurch zerstörerische Verhaltensweisen in Gang setzen (vgl. Kuntz 2000, S. 221). Es scheinen somit psychische, physische und soziale Bedingungen für Suchtstrukturen zu geben, die dazu führen, dass die Betroffenen infolge des begonnenen Konsums entstandenen Abhängigkeit, dem Gefühl des „nicht mehr aufhören könnens“ unterliegen. Die spezifische Suchtstruktur gibt es allerdings wohl nicht (vgl. Soyka & Kufner 2009, S. 79, Schmidt 1997, S. 69, Scheerer 1995, S. 51, et al.). Es gibt jedoch Grund zur Annahme, dass es prämorbid Persönlichkeiten existieren, welche Sucht aufgrund des Zusammentreffens mehrerer Faktoren ausbilden können (vgl. Rost 1992, S. 23). Auch Scheerer kommt zu diesem Schluss und resümiert, dass prospektive Längsschnittstudien auf Persönlichkeitsmerkmale schließen lassen, die eine Suchtkarriere begünstigen. Er stellt fest, dass oftmals eine Depression die Betroffenen für den Suchtmittelkonsum empfänglicher macht und es durch erste

positive Erfahrungen schnell zu einer Wiederholung des Konsums kommt. Zudem suchen sie durch den Konsum einer Substanz verstärkt nach Selbstvertrauen und starken Gefühlen. Insbesondere bei Alkoholikern ist ein weiteres Merkmal, das Drängen auf sofortige Bedürfnisbefriedigung charakteristisch, wobei sie in ihrer Sucht auch keine Skrupel haben, andere Menschen zu schädigen. Ein weiteres Merkmal, welches von Scheerer genannt wird, ist die Indifferenz gegenüber sozialen Normen, was sich durch die geringe Reue bezüglich etwaiger Normüberschreitungen zeigt. Das vierte Merkmal, das Suchtkranke oftmals aufweisen ist die Unfähigkeit zu natürlicher Euphorie, welche von den Konsumenten nur noch durch den Konsum selbst erlebt werden kann. Diese Unfähigkeit kann auch darauf zurückgeführt werden, dass es eine Unterstimulierung im Belohnungssystem dieser Menschen gibt, welche angeboren sein kann, aber auch durch frühkindliche Erfahrung erworben wird (vgl. Scheerer 1995, S. 52/53). Damit gilt es herauszufinden, wie diese Persönlichkeitsmerkmale entstehen und warum der eine süchtig wird und der andere nicht.

Die allen Süchten zugrunde liegende Struktur, die Gliederung des Bedingungsgefüges, des innerpsychischen und physischen sowie des sozialen Geschehens kann nur unter Beachtung der verschiedenen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den einzelnen Disziplinen und unter Rücksichtnahme auf die beschriebene Vielfalt von Süchten erschlossen werden. Eine vollständige Sichtung der bisherigen Erkenntnisse kann aus zeitökonomischen Gründen in dieser Arbeit nicht stattfinden. Stattdessen soll versucht werden, die Erkenntnisse aus der Erforschung der frühkindlichen Erfahrungen und Schädigungen in den Vordergrund der Suchtstrukturen zu stellen.

2. Modellsucht Alkoholismus

Um spezifischer argumentieren zu können und wissenschaftliche Erkenntnisse und Theorien der verschiedenen Disziplinen gezielter aufzugreifen, soll hier die Sucht nach Alkohol als Modell herhalten. Die geschieht auch aus dem Grund, dass dieses Suchtphänomen für die Sozialarbeit sehr relevant ist. Durch die weite Verbreitung in unserer Gesellschaft ist das Thema Alkoholismus oft Inhalt sozialarbeiterischen Handelns, wie der Sucht und Drogenbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zeigt:

„9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 73.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs.“ (Dyckmans 2011, S. 21)

2.1. Definition

Da die vorliegende Arbeit den Zusammenhang von frühkindlichen Schädigungen und späterer Suchtstruktur beleuchten soll, ist es zunächst von Bedeutung, den Unterschied zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit herauszustellen. Auch wenn zu bedenken ist, dass valide Indikatoren zur objektiven Identifikation eines vorliegenden Missbrauchs bzw. einer bestehenden Krankheit nicht existieren, soll hier noch einmal die internationale Klassifikation von Krankheiten als anerkannte Definition herangezogen werden. Doch zunächst soll der Begriff Alkoholismus definiert werden:

„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst werden. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“ (Soyka & Kufner 2009, S. 10)

Vergleicht man nun diese spezielle Definition mit der allgemeinen Klassifikation des Abhängigkeitssyndroms nach der ICD-10, wie sie in Abschnitt 1 aufgezeigt wurde, wird zum einen deutlich, dass Alkoholismus auch hier primär als Krankheit

verstanden wird und zum anderen, dass auch hier Kontrollverlust, Toleranzsteigerung und soziale Folgen sowie allgemeine Schädigung im Vordergrund der Definition stehen. Zur Abgrenzung von Abhängigkeit und Missbrauch ist zunächst bedeutsam, dass auch hier die WHO eine andere Begrifflichkeit eingeführt hat, so dass nicht mehr von Missbrauch gesprochen wird sondern von „schädlichem Gebrauch“ (vgl. WHO 2011, S. 113, Schmidt 1997, S.28, Kleinemeier 2004, S. 25). Definiert und abgegrenzt zur Abhängigkeit ist unter schädlichem Gebrauch „ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt“ (Soyka & Küfner 2009, S. 11) zu verstehen, wobei die Schädigung physischer wie auch psychischer Art sein kann. Auch die ICD-10 sieht für den schädlichen Gebrauch von Alkohol als einzig geltendes Kriterium eine physische oder psychische Schädigung vor, sodass sich alle nicht in das Abhängigkeitssyndrom passende Klientel in diese Kategorie diagnostizieren lassen.

2.2. Typologie nach Jellinek

Da diese Diagnosen hinsichtlich der Entwicklung, der Ursachen und der Schwere der Abhängigkeit wenig aussagekräftig sind, wurde eine Vielzahl von Alkoholismustypologien entwickelt. Davon soll jedoch nur die bekannteste und anerkannteste, wenn auch nicht unkritisierte Typologie (vgl. Schmidt 1997, S. 38) mit dem dazugehörigen Phasenmodell nach Jellinek rezipiert werden.

Jellinek arbeitete 1960 durch eine Befragung von etwa 2000 Anonymen Alkoholikern fünf verschiedenen Typen von Alkoholikern heraus (vgl. ebd., S. 30). Es handelt sich hierbei um eine mehrdimensionale Typologie, welche psychosoziale und physische Probleme, die Trinkfrequenz und die Fähigkeit zum kontrollierten Trinken berücksichtigt (vgl. Soyka & Küfner 2009, S. 251).

Der *Alpha-Trinker*, welcher allgemein auch als Konfliktrinker bezeichnet wird, trinkt Alkohol aufgrund psychischer Belastung, um dadurch eine Entlastung, Entspannung und eine gesteigerte Selbstsicherheit zu erlangen. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit der Wirkung, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen werden soll, wird in erneuten Belastungssituationen wiederholt zur psychotropen Substanz Alkohol gegriffen. Damit entwickelt er eine psychische Abhängigkeit, die durch diskontinuierliche Trinkfrequenzen gekennzeichnet ist,

welche die Kontrolle über das Trinkverhalten zulässt (vgl. Schmidt 1997, S. 31, Soyka & Kufner 2009, S.252).

Der *Beta-Trinker* wird auch als Gelegenheitsrinker bezeichnet. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Bezeichnung auch falsch verstanden werden kann, da dieser Typus übermäßig häufig die Gelegenheit bestimmter Trinksitten sucht und auch nutzt, um Alkohol zu konsumieren. Er ist vielmehr als Gewohnheitstrinker zu verstehen, der sich zwar physische Schäden zuziehen kann, aber keine Abhängigkeit entwickelt und auch die Kontrolle über sein Trinkverhalten behält (vgl. Schmidt 1997, S. 31, Soyka & Kufner 2009, S.252).

Der *Gamma-Trinker*, sowie die weiteren Trinker Typen Delta und Epsilon, gehören zu der Gruppe derjenigen, die keine Kontrolle über ihren Alkoholkonsum haben. So wird der Gamma-Trinker auch als süchtiger Trinker bezeichnet, wobei die Trinkfrequenzen sowohl kontinuierlich als auch diskontinuierlich sein können und zumeist psychische wie auch körperliche Auswirkungen kennzeichnend sind (vgl. Soyka & Kufner 2009, S. 252). Der Verlauf dieses Konsummusters mit Kontrollverlust wurde von Jellinek in einem Phasenmodell beschrieben und trifft nur für diesen Typus zu, wenn auch die Reihenfolge der Phasen individuell variieren kann. In der *Voralkohlichen Phase* ist der *Gamma-Trinker* zunächst nicht vom Alpha-Trinker abzugrenzen, da das Trinken zunächst unauffällig und sozial motiviert ist. Ähnlich wie beim Alpha-Trinker wird aufgrund von Entlastung und Entspannung konsumiert, jedoch erfährt der Gamma-Trinker eine Reduzierung der Belastbarkeit und Frustrationstoleranz, was ihn psychisch labiler macht und einen immer häufigeren Suchtmittelgebrauch provoziert. Zudem entwickelt sich auch eine physische Toleranz dem Alkohol gegenüber, was das Benötigen immer größerer Mengen bedingt. Die zumeist im Anschluss folgende *Prodromalphase*, die zwischen 6 Monaten bis zu 5 Jahren andauern kann, beginnt mit „retrograden Amnesien“, dem sogenannten „Filmriss“. In dieser Phase beginnt der Betroffene auch heimlich zu trinken und legt sich oftmals Verstecke an, um im Fall einer Konfliktsituation schnell auf die regulierende Wirkung zurückgreifen zu können.

„Beim Auftreten der Symptomentrias Erleichterungstrinken, Gedächtnislücken und Alleintrinken sollte auch beim Fehlen von Rauschzuständen an die Entwicklung eines Gamma-Alkoholismus gedacht (...) werden.“ (Schmidt 1997, S. 33)

Denn erst auf der nächsten Stufe, der *kritischen Phase*, tritt vermehrter Kontrollverlust auf, womit oftmals auch erstmals für das Umfeld eine Alkoholabhängigkeit sichtbar wird. Das Verlieren der Kontrolle über die Trinkmenge – das „nicht mehr aufhören können“ – kann dabei schon von kleinsten Mengen ausgelöst werden und führt unter Umständen zu Alkoholexzessen, die wiederum zu weiteren sozialen Problemen und Stigmatisierungen führen (Schmidt 1997, S. 33f.). Die häufigen Niederlagen, kontrolliert trinken zu wollen, haben negative Gefühle zur Folge. Zudem werden Betroffene von der Gesellschaft stigmatisiert, was in einem Rückzug in die Isolation enden kann, da die Fähigkeiten zur sozialen Anpassung, zu zwischenmenschlichen Beziehungen und anderen Interessen zunehmend nachlassen. In dieser Phase treten auch vermehrt Entzugssymptome wie Unruhe, Schweißausbrüche und Tremor der Hände auf, welche auch schon nach einer nächtlichen Trinkpause morgendlich auftreten und zum morgentlichen Trinken führt, um das körperliche „funktionieren“ wiederherzustellen. Die Letzte von Jellinek beschriebene Phase ist die *chronische Phase*, die mit dem Beginn des regelmäßigen morgentlichen Trinkens gekennzeichnet wird. Die häufigen Kontrollverluste und tagelangen Exzesse bewirken einen starken physischen, psychischen und sozialen Abbau. Zudem kommt es bei Trinkpausen zu schwersten auch lebensbedrohlichen Entzugssymptomen wie Krampfanfälle oder eines Delirium tremens. In dieser Phase des fast besessenen Trinkens kann die Alkoholtoleranz des Körpers auch wieder abnehmen, sodass schon geringe Mengen Alkohol zu einem starken Rausch führen können. Des Weiteren ist die Phase dadurch gekennzeichnet, dass der Alkoholkonsum wichtiger wird als die Nahrungsaufnahme und auch technische alkoholische Produkte wie Haar- oder Mundwasser getrunken werden, wenn keine alkoholischen Getränke zur Verfügung stehen (vgl. ebd. 34f.).

Das stets kontinuierliche und als *Delta- oder Spiegeltypus* bezeichnete Trinkverhalten ist zu Beginn ebenso unauffällig und zunächst kaum vom Beta-Trinker zu unterscheiden. Der Betroffene trinkt eher selten bei psychosozialen Problemen, sondern wegen der sich schnell einstellenden Toleranz gegenüber dem Alkohol. Aufgrund der Entzugserscheinungen neigt der Delta-Alkoholiker dazu, den Blutalkoholspiegel entsprechend aufrechtzuerhalten und ist somit in die Gruppe der physisch Abhängigen einzuordnen, die den Konsum aufgrund der Entzugszeichen nicht unter Kontrolle haben (vgl. Schmidt 1997, S. 37).

Der letzte von Jellinek beschriebene Typus, der *Epsilon-Trinker*, konsumiert den Alkohol episodisch, weswegen sie oft auch als Quartalstrinker bezeichnet werden. Er kann wochenlang ohne Alkohol auskommen, neigt jedoch dazu, in regelmäßigen Abständen Krisen mit erhöhter Reizbarkeit und Unruhe zu erleben, welche mit dem zwanghaften Gedanken an Alkohol einhergeht. Der Kontrollverlust stellt sich schon zum Trinkbeginn ein und endet zumeist in mehrtägigen Alkoholexzessen. Dieser Trinktypus ist relativ selten und sollte nicht mit dem Gamma-Trinker verwechselt werden, der einen zunehmenden Kontrollverlust erlebt. Des Weiteren ist hier immer eine mögliche psychische Grundstörung in Betracht zu ziehen, um eine angemessene Therapie zu ermöglichen (vgl. Schmidt 1997, S. 38).

Die verschiedenen Typen zeigen deutlich, wie unterschiedlich die Alkoholabhängigkeit sein kann und wie sich der Verlauf einer Abhängigkeit äußern kann. Positiv hervorgehoben an dieser Typologie wird immer wieder, dass sich die Betroffenen mit diesen Typen identifizieren können und damit an Abhängigkeitseinsicht gewinnen. Interessant ist zudem, dass anscheinend verschiedene individuelle physische und/oder psychische Dispositionen existieren, die zu unterschiedlichen Alkoholkonsummustern führen. Dass zum Beispiel ein Gamma-Trinker regelmäßig belastende Situationen erlebt, die er nur mit Alkohol zu überstehen vermag, zeugt von einer eher im psychischen Bereich liegenden Disposition. Beim Delta-Trinker scheinen hingegen eher die körperlichen Gegebenheiten im Vordergrund zu stehen - was psychische Ursachen jedoch nicht ausschließt.

2.3. Wirkung und Folgeschäden

Um der Sucht nach Alkohol auf die Spur zu kommen und diese stark schädliche Verhaltensweise nachvollziehen zu können, ist es von Nöten sich, mit der Wirkung von alkoholischen Getränken auseinanderzusetzen. Äthylalkohol, so die chemische Bezeichnung, ist im Grunde eine farblose Flüssigkeit, die einen brennenden Geschmack hat (vgl. Soyka & Küfner 2009, S. 31). In den verschiedenen alkoholischen Getränken kommt es in unterschiedlichen Konzentrationen vor und da Alkohol zu den psychotropen Substanzen gehört (siehe Abschnitt 1.1.2), nimmt diese Substanz auch Einfluss auf das Verhalten und Erleben des Konsumenten.

Schmidt erklärt dazu:

„Alkohol hat infolge seiner enthemmenden, entspannenden, angstmindernden und sedierenden Wirkung ein beachtliches Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Er kann auch zur körperlichen Abhängigkeit führen.“ (Schmidt 1997, S. 60/61)

Die positiv erlebten Gefühle, welche durch die Wirkung des Alkohols hervorgerufen werden, können also psychische wie auch physische Abhängigkeit erzeugen. Soyka und Kufner differenzieren die Wirkungen in kurzfristige und langfristige Wirkung und unterscheiden zudem in positive und negative. Kleine Mengen bis 20g (beispielsweise 0,5 l Bier, 0,25 l Wein oder 3 - 4 kleine Schnäpse) wirken zum einen kurzfristig aktivierend und entspannend und zum anderen treten negative Auswirkungen auf wie die leichte Beeinträchtigung der Wahrnehmung und der Enthemmung negativer Emotionen. Große Mengen Alkohol, also mehr als 20-30g, wirken kurzfristig stark dämpfend und haben negative Auswirkungen wie Wahrnehmungsstörungen, Verlust der Steuerungs- und Kontrollfähigkeit sowie motorische Einschränkungen. Langfristig kommt es bei großen Mengen zu einer Toleranzentwicklung des Körpers sowie zu Entzugserscheinungen. Zu diesem groben Überblick über die Wirkungen im Allgemeinen weisen die Autoren darauf hin, dass die Wirkung sehr individuell bedingt ist und die rezipierte Tabelle keine Vollständigkeit aufweist (Soyka & Kufner 2009, S.23). Warum dieser Stoff nun psychische und physische Abhängigkeit erzeugt, erklären sie mit speziellen Faktoren des Missbrauchspotenzials, wie dem schnellen Eintreten der psychischen Wirkung des Alkohols und des weit gefächerten Wirkspektrums, wodurch die meisten Situationen zu positiven Erfahrungen werden. Zudem hat der Alkoholkonsum nur wenige direkte Nebenwirkungen (vgl. ebd. S. 22). Das Potenzial, eine Abhängigkeit zu erzeugen, liegt im Alkohol außerdem darin, dass sich die negativen Auswirkungen des Konsums erst durch einen längerfristigen Missbrauch einstellen. Wie im Abschnitt 2.2 beschrieben, stellen sich bei Gamma, Delta- und Epsilon-Trinkern Dosissteigerungen aufgrund der körperlichen Toleranz, Entzugserscheinungen durch die Gegenregulation des Organismus und Sensitivierung ein, bei der schon geringe Mengen eine starke Wirkung zeigen und zu einer verminderten Problemlösefähigkeit in Stresssituationen ohne Alkoholkonsum führen. Hinsichtlich der verschiedenen Wirkungen auf den Organismus des Menschen kann an dieser Stelle zusammenfassend gesagt werden, dass Alkohol hochkomplexe Phänomene hervorruft, bei denen

verschiedene neuronale, zelluläre und hormonelle Systeme beteiligt sind (vgl. Soyka & Kufner 2009, S. 23) die hier nicht im Einzelnen beschrieben werden können. Teilweise werden sie jedoch im Bereich der verschiedenen Theorien (Abschnitt 3.1.2) aufgegriffen. Auch Folgeschäden, die ausschlaggebend für die Klassifikation von Abhängigkeit und Missbrauch sind, können hier nur stichpunktartig genannt werden. Da sich der Alkohol durch die Blutbahnen im gesamten Körper verteilt, kann ein chronischer Alkoholkonsum auch nahezu in allen Organsystemen Schäden und Funktionsstörungen verursachen. Bedeutsam für die somatischen Folgen sind zum einen die Menge und die Dauer des Konsums und zum anderen spielen auch Determinanten wie Alter, Geschlecht, Resistenz und Ernährung eine entscheidende Rolle. So kommt es unter Umständen zu Schädigungen des Magen-Darmtraktes, der Leber, Bauchspeicheldrüse, des Herz-Kreislaufsystems sowie zu neurologisch-psychiatrischen Schäden wie Polyneuropathie oder dem Korsakow-Syndrom, um nur einige zu nennen (vgl. Schmidt 1997, S. 132 ff.). Neben diesen somatischen Folgen kann es durch Alkoholismus auch zu zahlreichen sozialen Mängeln kommen, die meist im Bereich Familie, Arbeitsplatz und Kriminalität angesiedelt sind (vgl. ebd., S. 164 ff.). Nicht umsonst haben wir von Alkoholikern das Bild vom arbeitslosen, geschiedenen und gescheiterten Menschen vor Augen - auch wenn dieses Bild nicht immer zutreffend ist. Ein weiteres Gebiet der Folgen stellt der Bereich der seelischen Funktionsstörungen dar, welcher ebenfalls durch ein breites Spektrum gekennzeichnet ist. Sie sind zumeist auf die pharmakologische Wirkung, die zunehmende Verletzung des Selbstwertgefühls und auf hirnorganische Schäden zurückzuführen. Durch die sedierende und stimmungsverändernde Wirkung dieser psychotropen Substanz verlieren viele Alkoholiker die Bewältigung psychischer Belastungen und verlieren zunehmend an Selbstwertgefühl, wenn sie vergeblich versuchen, die Kontrolle über das Trinken wiederzuerlangen. Die zunehmende Schwächung des Selbstwertgefühls mündet wiederum in weitere Probleme wie Isolierung, erhöhte Empfindlichkeit, Depression sowie mangelnde Impulskontrolle (vgl. ebd., S. 174). Wie eingangs im Abschnitt 2 schon zitiert, sterben in Deutschland 73.000 Menschen jährlich an den fatalen Folgen des Alkoholkonsums. Es wird also Zeit, sich den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu widmen, die versuchen, die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser so schädlichen Sucht zu erklären.

3. Theorien zur Ätiologie der Sucht

Die Anzahl wissenschaftlicher Theorien, die den Versuch unternehmen, das Phänomen Sucht im Allgemeinen und Alkoholismus im Speziellen zu erklären, ist enorm hoch. Sie sind meistens maßgeblich durch ihre jeweilige Profession und Disziplin geprägt und nehmen je ihren Gegenstand in den Mittelpunkt der Erforschung und damit auch in der Begründung von Sucht. Obwohl kaum eine Theorie dadurch eine Ganzheitlichkeit aufweist, die dem Phänomen gerecht wird, kann keine Theorie vollkommen negiert werden. So ist Sucht ein hervorragendes Phänomen, das durch die Sozialarbeitswissenschaft erschlossen werden kann, da ihre Stärker gerade in der Interdisziplinarität liegt. Es soll also der Versuch unternommen werden, ein annähernd ganzheitliches Bild von Sucht zu zeichnen, welches die einzelnen Faktoren und verschiedenen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus unterschiedlichen Disziplinen berücksichtigt. Die frühkindlichen Schädigungen stellen dabei einen Teil des Bedingungsgefüges dar. Im Folgenden werden die einzelnen Faktoren dieses Bedingungsgefüges differenzierter beschrieben.

3.1. Die Trias der Sucht

Der entscheidende Gedanke dabei ist, dass eine individuelle Suchtstruktur der Persönlichkeit der Auslöser für eine Abhängigkeit ist. Diese individuelle Struktur entsteht in Verbindung mit 1. den sozialen Bedingungen (der Umwelt), 2. dem Individuum selbst und seiner Eigenverantwortlichkeit (der Person) und 3. den biochemischen Wirkungen der psychotropen Substanz oder der Handlung (des Suchtmittels) (vgl. Milkman & Sunderwirth 1988, S. 8). Die hier in Klammern aufgeführten Schlagworte stellt die Trias dar (Abbildung 1) welche nach Kielholz und Ladewig von den meisten Autoren anerkannt und zu Erklärung der Ätiologie wiedergegeben wird (vgl. Schmidt 1997, S. 59 ff., Knoll 2010, S. 20ff., Soyka & Kufner 2009, S. 21, Scheerer 1995, S. 47, Vollmer 1995, S. 37). Diese Faktoren, die verschiedene Aspekte beinhalten, stehen in Wechselwirkung zueinander. Damit ist die Trias als Modell für das multikausal Bedingungsgefüge zu verstehen, auch wenn sie keine einheitliche wissenschaftliche Theorie zur Erklärung von Suchtphänomenen liefert. Einzelne Theorien zur Ätiologie, insbesondere zum Alkoholismus, finden sich jedoch durch genauere Betrachtung der einzelnen Eckpunkte und Heranziehung der jeweiligen Wissenschaften, welche eben diese einzelnen Eckpunkte zum Gegenstand haben. Die frühkindlichen Erfahrungen

stellen dabei nur einen kleinen, aber nicht unbedeutenden Faktor innerhalb des sehr komplexen Prozesses der Suchtgenese dar (vgl. Vollmer 1995, S. 39).

In den nachfolgenden drei Unterabschnitten werden die einzelnen Faktoren einer genaueren Betrachtung unterzogen, wobei verschiedene wissenschaftliche Erkenntnisse herangezogen werden. Da es sich um ein hoch komplexes System handelt, in welchem die Genese einer Sucht stattfindet, sind Überschneidungen der Themengebiete an einigen Stellen unvermeidlich.

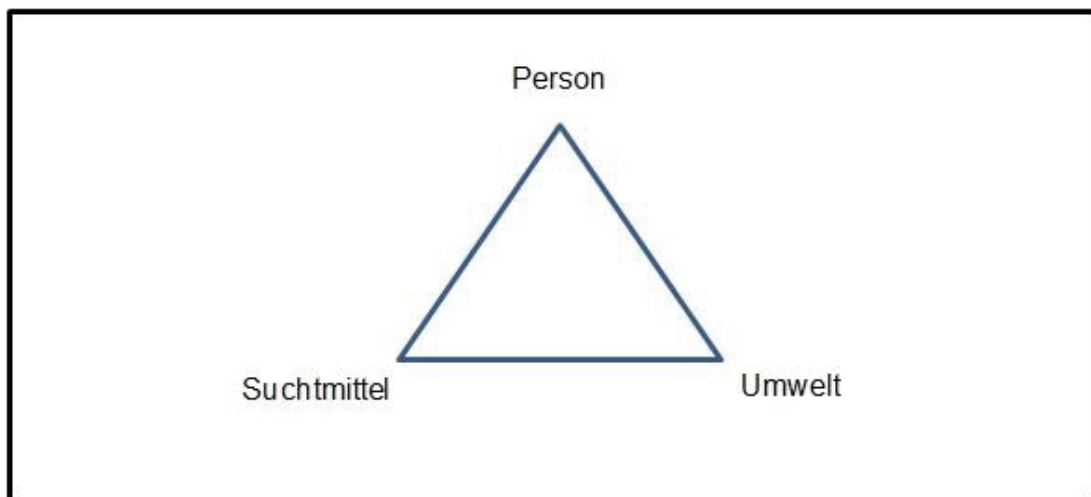


Abbildung 1

3.1.1. Suchtmittel

Die verschiedenen Suchtmittel und auch die süchtigen Verhaltensweisen haben unterschiedliche Wirkungen auf das Erleben und Verhalten. Aufgrund der Vielfalt der Wirkweisen und komplexen Ergebnisse aus den Bereichen Neurophysiologie und Pharmakologie soll an dieser Stelle nur noch einmal der Verweis auf den Abschnitt 2.3 erfolgen, in dem bereits die Wirkweise von Alkohol beschrieben worden ist. Erwähnenswert ist im Zusammenhang mit den biochemischen Vorgängen jedoch die Veränderung der Neurotransmission, die nach Milkman & Sunderwirth zu dem Problemverhalten führt (vgl. Milkman & Sunderwirth 1988, S. 7). Grundlegend ist dabei die Meinung, dass Sucht als Abhängigkeit von einer Substanz wie auch von einer Handlung als Fixierung auf eine Gefühlserfahrung verstanden wird (vgl. Milkman & Sunderwirth 1988, S. 7, Scheerer 1995, S. 34). Da die neurophysiologischen Untersuchungen und Erkenntnisse, welche das Belohnungssystem des Zentralen Nervensystems in den Vordergrund rücken, sollen hier als Auswirkung des Suchtmittels aufgeführt werden. In der Fachliteratur zum Thema wird häufig darauf Bezug genommen, dass die wiederholte

Luststimulierung des süchtigen Individuums eine Veränderung des mesolimbischen Systems bewirkt, was mehrere Untersuchungen an Tieren und Menschen schon in den 80er Jahren zeigten (vgl. Soyka & Kufner 2009, S. 74 ff.). Scheerer erklärt dieses Belohnungssystem allgemein verständlich in drei wichtige Zentren bzw. Ebenen, die das Suchtverhalten steuern. Die erste Ebene enthält die elementaren Lebensfunktionen, die mit den Emotionen verknüpft sind. Insbesondere die Funktion der sogenannten Vitaleuphorie ist für den Menschen überlebenswichtig, wobei das körpereigene β -Endorphin⁴ eine wichtige Rolle spielt. Die zweite Ebene beinhaltet die Wirkung durch körpereigene Enkephaline⁵, welche im limbischen System und Teilen der Basalganglien⁶ Sinneseindrücke mit Lustgefühlen verbindet und emotional bewertet. Auf der dritten Ebene spielt sich bei Hochleistungen jeglicher Art ein sogenannter „klarer Rausch“ bzw. „Flow“ ab, welcher durch Dopamin und Cholecystokinin⁷ in der Verbindung zwischen Großhirnrinde und mesolimbischen System hervorgerufen wird (vgl. Scheerer 1995, S. 40). Die extremen Formen von eigentlich ganz normalem Verhalten und auch der Substanzabhängigkeit gründen sich nach Scheerer et al. im Lustgewinn des Nervensystems (vgl. ebd., S.34 & S.69 ff.) und führen dadurch zu einer körperlichen oder psychischen Abhängigkeit, die Schädigungen zur Folge haben.

Entscheidend für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht aus der naturwissenschaftlichen Perspektive sind somit die Reaktionen des Gehirns. Wird die Einnahme einer psychotropen Substanz oder einer Handlung als belohnenswert empfunden, so wird diese wiederholt, was ein Glücksgefühl auslöst und zu einer Verfestigung dieses Teufelskreises führt. Die Sichtweise, dass alleinig unser Gehirn für das süchtige Verhalten verantwortlich ist und im Prinzip nur eine Dysfunktion der Neurotransmitter darstellt, ist für die Betroffenen eine erhebliche Entlastung. Sie kann aber nicht alleinig gelten, da unser Verhalten nicht ausschließlich ein Produkt unserer Gehirne ist, sondern immer auch eine bewusste Entscheidung eines handlungsfähigen Menschen. Aus diesem Grund wird es bedeutsam, auch die psychologischen Aspekte mit einzubeziehen, die das

⁴ Das β -Endorphin ist ein körpereigenes Morphin und regelt Schmerzempfinden (vgl. Lexikon Medizin 1997, S. 491).

⁵ Das Enkephaline ist ähnlich wie die Endorphine natürliche Analoga der Opiate (vgl. ebd. S. 495).

⁶ Basalganglien sind Systeme zugehöriger Endhirn- und Zwischenhirnkerne; sie dienen der motorischen, kognitiven und limbischen Regelungen (vgl. ebd., S.167).

⁷ Dopamin ist ein Neurotransmitter, der auch allgemein als Glückshormon bekannt ist (vgl. ebd. 401/402). Cholecystokinin ist ein Hormon, welches Galle und Darmfunktion reguliert (vgl. ebd. 295).

aktive Handeln eines Süchtigen steuern. Ebenso muss auch die Umwelt Beachtung finden.

3.1.2. Umwelt

In dem Faktor Umwelt, der komplexe Einflüsse physischer und psychischer Art für das Individuum beinhaltet, sind sowohl gesellschaftliche Bedingungen enthalten wie Konsumorientierung, aber auch Werte und Normen im Umgang mit Suchtmitteln, beispielsweise dem Alkohol. Zu diesem Faktor können die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Anthropologie und Soziologie herangezogen werden. Grundlegend für diese Perspektiven im Zusammenhang mit süchtigen Verhaltensweisen sind die Rollen, Normen und Werte, die in einer Gesellschaft vorherrschen und die damit das soziale Handeln der Individuen beeinflussen. Verhaltensnormen und Rollenerwartungen sind wesentlich Bestandteile, um das Handeln der Individuen innerhalb der Gesellschaft zu kalkulieren und somit soziale Beziehungen zu ermöglichen. Sie werden durch die Sozialisation insbesondere in der Familie und dem Milieu geprägt. Anhand der Sozialisation erfolgt dann auch die Bewertung, ob ein Verhalten normkonform oder abweichend ist – so wird süchtiges Verhalten von der Gesellschaft als normales oder als abweichendes Verhalten definiert. Die Entscheidung für eine schädigende Verhaltensweise ist also von Normen der Gesellschaft geprägt, die das Konsumieren von psychotropen Substanzen wie Heroin oder Cannabis als delinquentes, abweichendes Verhalten konstatiert. Andere psychotropen Substanzen wie Kaffee, Alkohol und Tabak werden jedoch in unserer Permissivkultur als legale Suchtmittel toleriert und in einigen sozialen Kontexten sogar erwünscht. Berger führt dazu treffend aus:

„Sucht ist abweichendes Verhalten insofern, als der Süchtige die Normen und Handlungsregelungen, die in der Gesellschaft für den Umgang mit vor allem die Häufigkeit, die Menge bzw. das Ausmaß und den angestrebten bzw. erreichbaren Effekt sowie evtl. dessen erlaubte Dauer fest.“
(Berger 1985, S.67)

Wie relativ und unterschiedlich diese Normen sind, zeigt besonders die soziokulturelle Sichtweise. Insbesondere im Hinblick auf Alkoholkonsum werden in den verschiedenen Gesellschaften bzw. Kulturen Unterschiede deutlich, die Bales (1949) wie folgt in vier Umgangsweisen mit Alkohol charakterisiert.

1. Abstinezkulturen: Jeglicher Alkoholkonsum ist verboten.
2. Ambivalenzkulturen: Uneinheitliche Einstellung gegenüber Alkoholkonsum, oft nur bei bestimmten Anlässen zugelassen.
3. Permissivkulturen: Ablehnung des pathologischen Alkoholkonsums, jedoch allgemein als Genussmittel anerkannt.
4. Funktionsgestörte Permissivkulturen: Nicht nur „normaler“ Alkoholkonsum wird anerkannt, sondern auch Exzesse (vgl. Soyka & Küfner 2009, S. 108).

Die gesellschaftliche Akzeptanz von süchtigen Verhaltensweisen wird hierbei jedoch eher als Rahmenbedingung und indirekt wirkender Faktor für den individuellen Konsum verstanden. Jedoch bleibt zu bedenken, dass es ohne Alkohol keinen Alkoholismus gibt. Dass dieser Faktor ein wichtiger in diesem Zusammenhang ist, zeigt auch der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung. Er macht deutlich, dass die Mehrheit der Betroffenen legale psychotrope Substanzen wie Alkohol und Tabak konsumieren und die Gruppe der Konsumenten illegaler Substanzen dagegen nur ein Drittel aller Konsumenten ausmacht (vgl. Dyckmans, 2012). Einen Teil der Ätiologie des Alkoholismus ist somit dem Faktor Umwelt im Sinne der Gesellschaft zuzuschreiben.

Die auf die sozialen Beziehungen bezogene Umwelt – insbesondere innerhalb der Familie – stellt auch einen wichtigen Faktor für die Genese einer Sucht dar. Viele Studien haben gezeigt, dass Kinder aus Alkoholiker-Familien ein höheres Risiko für spätere Suchterkrankungen haben als Kinder aus nicht abhängigen Familien (vgl. Vollmer 1995, S. 42, Soyka & Küfner 2009, 93 f.). Aus systemischer Sichtweise ist Sucht ein Phänomen, welches den dysfunktionalen Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie geschuldet ist. Zu bedenken ist an dieser Stelle somit, dass die Familie wohl den stärksten Einfluss auf die Entwicklung von Kindern hat. Diese Variable wird im Abschnitt zur Person noch genauer erörtert.

3.1.3. Person

Betrachtet man den Faktor Person, so ist gleich zu Beginn die Frage zu stellen, welche Grundannahme zu favorisieren ist, die hinsichtlich der Entwicklung des Menschen von einem kleinen hilflosen Säugling zu einem handlungsfähigen Erwachsenen eine sinnvolle Erklärung liefert. Sie ist eine entscheidende Frage zur Erklärung von Suchtphänomenen, weil sie auch danach fragt, wie eine Person

zum Alkoholiker geworden ist. Waren es die ungünstigen Umweltfaktoren (Abschnitt 3.1.2), die biologischen Dispositionen, die morbide Persönlichkeitsstruktur oder ist der Süchtige ein Opfer des Suchtmittels und der damit verbundenen Gefühlserfahrung (Abschnitt 3.1.1)? Wie in den letzten beiden Abschnitten erörtert, steht fest, dass zur Genese von Sucht die Umwelt und das Suchtmittel immer eine Rolle spielen. Es gilt somit in diesem Abschnitt zu erörtern, *wie viel* Einfluss Anlage und Umwelt auf die Entwicklung der (süchtigen) Persönlichkeitsstruktur haben. Im Folgenden werden hier einzelne Theorien aufgegriffen, welche die Frage nach dem *wie viel?* in der Persönlichkeitsentwicklung zu beantworten versuchen.

Unter Anlage sind die angeborenen biologischen (genetischen) Prädispositionen zu verstehen, die von Geburt an existieren. Die Umwelt, welche von Geburt an Einfluss auf die biologischen Anlagen und das psychische Erleben hat (vgl. Berk, 2005, S. 7), wurde bereits im Abschnitt 3.1.2 umrissen und wird auch hier noch einmal Beachtung finden. Wie schon erwähnt, haben zahlreiche Studien gezeigt, dass Kinder aus Alkoholiker-Familien ein doppelt so hohes Risiko haben, auch ein Alkoholproblem zu entwickeln (vgl. Soyka & Kufner, 2009, S. 92, Schmidt 1997, S. 113). Ob Sucht erblich determiniert sein kann, ist also nicht nur eine Frage der Anlage, sondern auch im Zusammenspiel mit der Umwelt zu beleuchten, wie das Zitat von Soyka und Kufner zeigt:

„Eine familiäre Häufung von Alkoholismus ist nicht gleichzusetzen mit hereditärer Belastung. Neben genetischen Faktoren spielen auch Umweltfaktoren (...) eine Rolle (...). Genetische Faktoren erklären etwa 50% der Auftretenswahrscheinlichkeit.“ (Soyka & Kufner 2009, S. 69)

Man bedenke somit neben den genetischen Dispositionen auch die Umweltfaktoren, die bestimmte Gene erst in der Interaktion mit der Umwelt zu Geltung kommen lassen. Denn das Verhältnis von Vererbung und Umwelt wird schon lange nicht mehr als einseitig betrachtet. Gene bestimmen einerseits das Verhalten und die Erfahrungen eines Menschen und andererseits beeinflussen die Erfahrungen und Verhaltensweisen gleichermaßen die Entfaltung des genetischen Programms (vgl. Berk 2005, S. 96). Die Genforschung und die zahlreiche Studien, welche sich mit Alkoholismus beschäftigen, gehen auch von dieser multifaktoriellen Genese aus. Dabei nehmen sie an, dass es verschiedene

genetische Faktoren gibt, welche die Entwicklung von Alkoholismus durch verschiedenartige Mechanismen bestimmen. Es sind hauptsächlich die Resorption, der Stoffwechsel, die Transmitter- und Enzymsysteme, welche die genetische Präposition zu der individuellen Reaktion des Organismus führen (vgl. Schmidt 1997, S. 110/111). Schmidt resümiert nach Erörterung verschiedenster Studien, dass noch ein großer Forschungsbedarf besteht, es jedoch sicher sei, dass bestimmte Gene im Zusammenhang mit der Umwelt Alkoholismus auslösen können (vgl. ebd. S. 118).

Nun ist an dieser Stelle noch immer nicht die Frage nach dem „*wie viel Umwelt?*“ und „*wie viel Anlage?*“ bei der Genese von Sucht beantwortet. Wie eingangs erklärt, muss nun eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Theorieausrichtungen zur menschlichen Entwicklung folgen. Die Psychoanalyse geht von einer diskontinuierlichen Entwicklung aus. Dabei spielen sowohl Anlage als auch Umwelt eine Rolle, da es angeborene Impulse gibt, welche durch Erfahrung mit der Umwelt kontrolliert und bestimmt werden. Die frühen Erfahrungen spielen in dieser Ausrichtung eine entscheidende Rolle für den späteren Verlauf der Entwicklung (vgl. Berk 2005, S.35). Die psychoanalytischen Erklärungen sollen daher im Abschnitt 3.2 gesondert aufgegriffen werden. Eine Theorie, welche die Umweltfaktoren betont, soll hier als Gegensatz kurz Erwähnung finden. Der Behaviorismus und die soziale Lerntheorie gehen davon aus, dass die menschliche Entwicklung eine kontinuierliche Zunahme an erlerntem Verhalten ist. Damit sind frühe und auch spätere Erfahrungen in der Lebensgeschichte wichtig. Da sich die vorliegende Arbeit auf die frühen Erfahrungen konzentriert, ist die Heranziehung dieser Theorie eher dysfunktional. Zwei weitere Haupttheorien, die sich für den Verlauf der Arbeit als bedeutsam herausstellen werden, sind zum einen die Entwicklung des Menschen aus Sicht der Systemtheorie und zum anderen die Entwicklungstheorie über die Lebensspanne. Beide gehen davon aus, dass es viele verschiedene Möglichkeiten für die Entwicklung eines Individuums gibt. Anlage und Umwelt spielen dabei gleichermaßen eine Rolle, ebenso wie die frühen und die späten Erfahrungen Bedeutung für die Genese einer Sucht haben (vgl. ebd., S.35). Da die vom amerikanischen Psychologen Uri Bronfenbrenner entwickelte ökologische Systemtheorie einen Ansatz zur menschlichen Entwicklung liefert, welcher in der Systemtheorie wie auch in der Entwicklungspsychologie Geltung findet, soll diese

hier etwas ausführlicher betrachtet werden. Ein Individuum wird dieser Theorie zufolge als ein sich entwickelndes Wesen in einem komplexen System von Beziehungen verstanden. Die Entwicklungsumgebung wird in ihrer Gesamtheit als wechselseitig aufeinander wirkende Systeme verstanden, welche unterschiedlichen Einfluss auf das Individuum mit seinen Anlagen hat (vgl. Bronfenbrenner 1981 zit. nach Berk 2005, S. 32.) So ist die innerste Schicht der Umwelt, die als Mikrosystem bezeichnet wird, ein System aus den Beziehungen der unmittelbaren Umgebung, wie beispielsweise die Familie. Hier bestehen bidirektionale Wechselwirkungen, die Einfluss auf die Entwicklung haben (vgl. Bronfenbrenner 1981, S. 38). Das Mesosystem hat die Wechselwirkung der verschiedenen Mikrosysteme zum Inhalt, wie beispielsweise die Beziehung zwischen Kindergarten und Familie (siehe Abbildung 2) (vgl. ebd. S. 41). Die sozialen Rahmenbedingungen, welche indirekt auf die Entwicklung einwirken, nennt Bronfenbrenner das Exosystem. Die letzte und äußerste Schicht beinhaltet die Gesetze, die Kultur, Wert- und Normvorstellungen, welche jedoch nicht als konkreter Kontext verstanden werden können (vgl. ebd. S. 42).

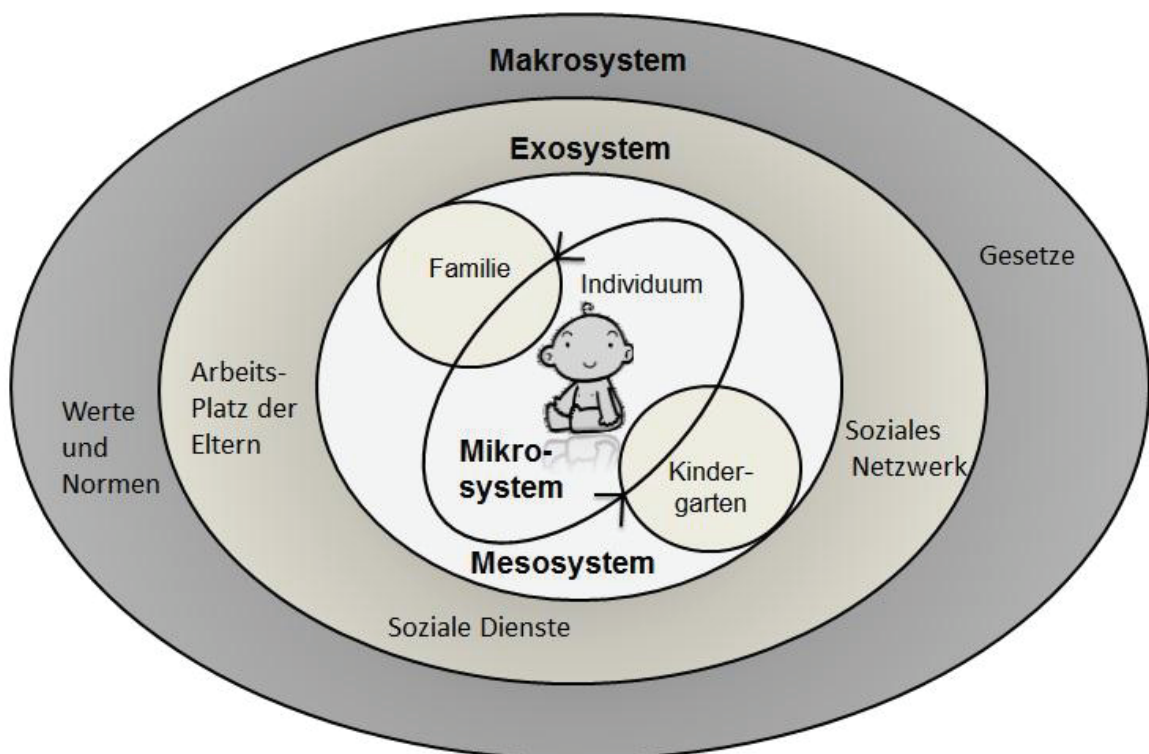


Abbildung 2 (vgl. Bronfenbrenner 1981 S. 38, Berk 2005, S. 32)

Da dieses System in sich dynamisch ist, ist es von lebenslangen Veränderungen geprägt, welche auch die Entwicklung beeinflussen. Das Individuum erfährt somit

Umgestaltung der äußeren Systeme, kann jedoch auch aus sich selbst heraus auch Veränderungen hervorbringen. Dabei sind körperliche, intellektuelle und psychische Persönlichkeitseigenschaften sowie die Gelegenheiten der Umwelt von Nöten, um eine positive Veränderung herbeizuführen (vgl. Berk 2005, S. 34). Im Zusammenhang mit Alkoholismus weiß man, dass es oft die kritischen Lebensereignisse sind, die aus einem Alpha ein Gammaalkoholiker machen.

Nach dieser systemischen Theorie ist die Genese einer Suchtstruktur weder komplett von inneren Dispositionen determiniert, noch ausschließlich von den Umständen in der individuellen Lebenswelt kontrolliert.

„Stattdessen ist der Mensch sowohl das Produkt als auch der ‘Produzent seiner eigenen Umwelt’.“ (Berk 2005, S. 34)

Die Frage nach dem *wie viel?* kann an dieser Stelle somit wage beantwortet werden mit: in etwa gleich viel! Darin findet sich auch eine Bestätigung der vorangegangenen Theorien zur Ätiologie der Sucht im Allgemeinen und dem Alkoholismus im Besonderen. Denn in Bronfenbrenner's Makrosystem sind die kulturell bedingten Umgangsweisen mit Alkohol oder andern Suchtmitteln enthalten, wie im Abschnitt 3.1.2 beschrieben wurde. Das Exosystem im Zusammenhang mit Alkoholismus betrachtet, würde Faktoren wie den sozioökonomischen Status der Eltern, die Wohngegend, das soziale Netzwerk und das Vorhandensein von Suchtberatungsstellen beinhalten. Im Mesosystem sind die Interaktionen der Akteure im Mikrosystem vereint, also die Art und Weise des Umgangs der Eltern mit Alkohol, die innerfamiliären Beziehungen, Rituale etc. Bei Untersuchungen, welche die Eigenschaften der Herkunftsfamilie zum Gegenstand haben, zeigten sich „Schwächen im Ausüben der Elternrolle, unwirksame und inkonsistente Disziplin, inadäquater Erziehungsstil, wenig emotionale Wärme, Mangel an Zusammenhalt in der Familie, hohes Konfliktniveau, mangelhafte soziale Netzwerke und Drogenkonsum und psychische Störungen der Eltern (...)“ (Jaramillo u.a. 2011, S.335) als bedeutsame Faktoren. Was dies für die Entwicklung einer Suchtstruktur bedeutet wird im Abschnitt 3.2 anhand von psychoanalytischen Theorien aufgegriffen.

Es ist somit anzuerkennen, dass Anlage und Umwelt eine entscheidende Rolle spielen bei der Entwicklung einer Persönlichkeit. Ob nun eine Alkoholabhängigkeit oder Sucht im Allgemeinen entsteht, hängen im Wesentlichen von der Umwelt mit den gesellschaftlichen Determinanten und dem sozialen Nahraum, dem

Suchtmittel selbst mit seiner Griffnähe und Wirkweise und vom Individuum mit seinen Vererbungsfaktoren, den prämorbidem Persönlichkeitsfaktoren und den frühkindlichen Erfahrungen ab.

3.2. Frühkindliche Schädigungen

Zunächst ist es an dieser Stelle wichtig, die Überschrift dieses Abschnittes genauer zu beleuchten und zu definieren. Dies soll im Folgenden in drei Schritten geschehen, wobei die zwei Begriffe erst unabhängig voneinander betrachtet werden, um im dritten Abschnitt eine möglichst klare Abgrenzung darzulegen.

Die frühe Kindheit ist gemäß der Entwicklungspsychologie ein Abschnitt im Leben eines jeden Menschen. Die Entwicklungspsychologie unterteilt folgende Stufen, welche sich an den physischen, psychischen und sozialen Entwicklungsaufgaben orientieren: die pränatale Stufe (Empfängnis bis zur Geburt), das Säuglingsalter (von Geburt bis zum 2. Lebensjahr), die frühe Kindheit (2.- 6. Lebensjahr), die mittlere Kindheit (6.- 11. Lebensjahr), die Adoleszenz (11. - 21. Lebensjahr) und drei weiteren Phasen des Erwachsenenalters (vgl. Berk, 2005, S. 9). Die entscheidenden Veränderungen und die Entwicklung finden mit Beginn der Geburt statt, sodass diese Arbeit die Lebensspanne von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr zum Gegenstand nimmt.

Wie eben schon angeklungen, gibt es bei dem Heranwachsen eines jeden Menschen gewisse Aufgaben in der Entwicklung, die es zu bewältigen gilt. Eine Schädigung in diesem Sinne kann als Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit im physischen, psychischen oder sozialen Bereich begriffen werden, die aufgrund der nicht idealtypischen Entwicklung auftreten. Diese frühen Schädigungen in der Entwicklung entstehen oftmals durch traumatische Erfahrungen sowie durch die unterschiedlichsten Formen der frühkindlichen Vernachlässigung. Aus unzähligen Langzeitstudien weiß man, dass diese Schädigungen nicht einfach verschwinden. Sie äußern sich oftmals schon im Jugendalter aber auch im Erwachsenenalter treten sie in Form von psychosomatischen und psychischen Erkrankungen zutage (vgl. Brisch 2009, S. 7). Auch wenn kein Mensch, zu keinem Zeitpunkt seines Lebens vor traumatischen Ereignissen geschützt ist und damit auch zu jeder Zeit physischen und psychischen Schaden nehmen kann (vgl. Bräutigam 2000, S. 14), kommt der frühen Kindheit als Zeitpunkt der Schädigung eine besondere Bedeutung zu. Denn in dieser Zeit verändern negative Erfahrungen den Verlauf

der Nervenbahnen des Gehirns, was zu einer Schädigung im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereichen führen kann (vgl. Brisch 2009, S. 112).

Da in den bisherigen Ausführungen zur Ätiologie von Sucht hauptsächlich die Frage offengeblieben ist, was in der Psychogenese der von Alkoholabhängigkeit Betroffenen vor sich geht, soll im Weiteren dieser Aspekt anhand von verschiedenen Schulen der Psychologie beleuchtet werden. Dabei wird insbesondere die frühe Kindheit in den Fokus genommen, da sich in dieser Zeit die Basiskognition ausbildet. Die vorangegangenen Theorien aus dem Abschnitt 3.1 – die dynamischen Bedingungen – behalten hier in jedem Fall ihre Gültigkeit, wie auch Heigl-Evers hervorhebt:

„Es geht dabei ferner um Steuerungsstrukturen für das individuelle Handeln im Umgang mit sich und der Welt durch Wert-, Ideal- und Normenbildung sowie Tabusetzung wie auch um die Umsetzung des phylogenetischen Erbes, der archaischen Vorwelt, die der individuellen frühkindlichen Entwicklung (...) vorausgeht.“ (Heigl-Evers 1995, S.13)

Auch Rost stellt bei der Auseinandersetzung mit der Bedeutung der frühkindlichen Schädigungen und den anderen Faktoren bei der Genese einer Sucht fest, dass die Annahmen der Psychoanalyse und anderer Disziplinen einander nicht ausschließen, sondern vielmehr ineinandergreifen (vgl. Rost 1992, S. 23).

3.2.1. Sucht zur Selbstregulierung

Einer der ersten wissenschaftlichen Erklärungsansätze für das Phänomen Sucht geht auf die Psychoanalyse von Sigmund Freud zurück. Auch wenn sie nicht unumstritten ist, gehören die psychosexuellen Entwicklungsphasen und das Strukturmodell schon fast zum Allgemeinwissen und sind auch im Studium der Sozialen Arbeit ein wichtiger Bestandteil. Zudem sollen sie hier Beachtung finden, da sie die Ausgangspunkte vieler späterer psychoanalytischer Suchttheorien bilden.

Die Psychoanalyse versucht, psychische Probleme zu erklären, indem sie die Ätiologie in der Persönlichkeitsentwicklung mit ihrer individuellen Lebensgeschichte sucht. Dabei geht dieser Ansatz davon aus, dass es Stadien in der Entwicklung eines jeden Menschen gibt, in denen eine Reihe von Konflikten zu bewältigen sind. Diese Konflikte entstehen aus den biologischen Trieben und den Erwartungen der Umwelt (vgl. Berk 2005, S. 19). Die Triebe werden von Freud als

„ein Grenzbegriff zwischen Seelischem und Somatischem, als psychischer Repräsentant der aus dem Körperinneren stammenden, in die Seele gelangenden Reize (...)“ (Freud 1923/2000, S. 84) verstanden. Der sexual Trieb, welcher als primärer Trieb verstanden wird, da er von Geburt an vorhanden ist, verlagert sich in der Kindheit vom Oralen zum Analen und anschließend zum Genitalen (vgl. Rost 1992, S. 37, Berk 2005, S.19). Freud entwickelte folgende psychosexuelle Entwicklungsphasen⁸.

Tabelle 1 (vgl. Berk 2005, S.20)

Phase	Alter	Erogene Zone	Beschreibung
Oral	0-1 Jahr	Mund	Der Mund ist erogene Zone zur Befriedigung und Spannungsreduktion des Säuglings.
Anal	1.-3. Lebensjahr	After	Hauptthema dieser Phase ist das Ausscheiden und Einbehalten von Kot und die Sauberkeitserziehung.
Phallisch	3.- 6. Lebensjahr	Genitalien	Liebes- und Hassempfindung den Eltern gegenüber.
Latenz	6.-11. Lebensjahr		Sexuelle Triebe werden verdrängt, stattdessen rückt die soziale Umwelt in den Vordergrund.
Genital	Ab dem 11. Lebensjahr		Sexuelle Triebe treten wieder in Erscheinung.

Freud und die frühe Psychoanalyse gingen zu dieser Zeit davon aus, dass seelische Störungen und Krankheiten auf Konflikte des Sexualtriebs als Urtrieb zurückzuführen sind. Dies geht auf seine Idee zurück, dass die Masturbation die Ursucht ist (vgl. Rost 1992, S. 36, Kuntz 2000, S.19f.). Knoll fasst dazu die Gedanken Freuds kurz und verständlich zusammen: „Die Sucht ist ein Ersatz für den sexuellen Akt“ (Knoll 2010, S. 27). Sucht wurde also als orale Fixierung zur Befriedigung frühkindlicher primärer Bedürfnisse bzw. Triebe verstanden, in der die Droge zur Regulierung des Seelenlebens fungiert. In der regressiven

⁸ Die Entwicklungsphasen nach Freud sollen hier lehrbuchmäßig zitiert werden, da Freud in seiner jahrzehntelangen Tätigkeit als Psychoanalytiker seine Theorien immer wieder verändert und erweitert hat. Es existieren zahlreiche Texte von ihm, welche sich in Teilen auch widersprechen. Viele kluge Köpfe haben sich die Mühe gemacht alles zu sichten, und zu einem Ganzen zusammenzufassen. Als Resultat kann man seine Theorien in komprimierter Form in zahlreichen Lehrbüchern nachlesen.

Wiederbelebung der oralen Phase sind dann Haut, Mund und Magen erogen besetzt und dienen der archaischen, frühkindlichen Befriedigung und dem Gefühl nach Sättigung und Wohlbehagen. Diese phänomenologisch angelegte Vorstellung von Sucht begründet sich durchaus, wenn die Tatsache in den Vordergrund gerückt wird, dass die meisten Drogen und insbesondere Alkohol oral zugeführt werden. Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, dass das Oralitätskonzept dem Trinkakt eindeutig zu viel Bedeutung zumaß, als sie es mit dem Nuckeln und Lutschen in den ersten Lebensmonaten gleichsetzte (vgl. Rost 1992, S. 37). So wurde den Alkoholikern auch eine ständige Suche nach dem Genuss, den sie in der frühen Kindheit erfahren haben, auferlegt, wobei sie eher eine Genussunfähigkeit auszeichnet (vgl. Kuntz 2000, S. 21). Einige Autoren griffen diesen oft vernachlässigten Aspekt später heraus und beschrieben Alkoholiker als unfähig, Genuss zu erleben, wenn sie ihr Suchtmittel nicht konsumieren (vgl. Rost 1992, S. 47).

Diese Theorie zur Ätiologie von Sucht findet heute nur noch wenig Beachtung (vgl. Rost 1992, S. 37). Eher wird noch die Annahme der Störung der Persönlichkeitsstruktur, die auch auf Freud zurückgeht, geteilt.

3.2.2. Sucht als Ich-Schwäche

Auch das allgemein bekannte Strukturmodell aus Freuds Metapsychologie liefert einen Erklärungsversuch für Suchtphänomene. Der Grundgedanke hierbei ist, dass die Psyche eines jeden Menschen aus drei Instanzen besteht (siehe Abbildung 3). Die Instanzen Es, Ich und Über-Ich entwickeln sich in Abhängigkeit voneinander. Zunächst ist nur das Es in der Persönlichkeit vorhanden und stellt die biologischen Bedürfnisse und Triebe dar, wie beispielsweise die Nahrungsaufnahme, die in den ersten Lebensmonaten im Vordergrund steht. In dieser Phase, der Oralen Phase (siehe Abschnitt 0), geht es ausschließlich um die Triebbefriedigung durch äußere Reize. Da die Triebbefriedigung jedoch nicht immer sofort erfüllt werden kann, entwickelt sich in der frühen Kindheit das Ich, um die Impulse des Es an die Umwelt anzupassen. Anders als das Es ist das Ich die Instanz, die nicht nach dem Lustprinzip, sondern nach dem Realitätsprinzip agiert. Im Alter von etwa 3 bis 6 Jahren, in der Phallischen Phase, entwickelt sich nun zunehmend das Über-Ich. Diese Instanz ist so etwas wie das Gewissen, da es durch die Normen und Werte der Umwelt geprägt ist. Wie sich nun diese Instanzen entwickeln, ist nach Freud ausschlaggebend für die spätere

Persönlichkeitsstruktur (vgl. Berk 2005, S.19). Diese Instanzen werden auch in jüngerer Zeit, wie zum Beispiel von Heigl-Evers et al. als relativ starre Determinanten des individuellen Verhaltens und Erlebens verstanden, welche als Resultat des Zusammenhangs von biologischen Gegebenheiten und der frühkindlichen Sozialisation betrachtet werden, welche wiederum auch von soziokulturellen und - ökonomischen Faktoren abhängig sind (vgl. Heigl-Evers 1985, S. 24). Das nachfolgende Schema stellt die Abschnitt 3.1 ausgeführten Überlegungen in ihrer Komplexität mit den eben beschriebenen ineinandergreifenden Theorien grafisch dar. Wir erinnern uns an dieser Stelle an diese Ausführungen und erkennen das Ineinandergreifen der Theorien!

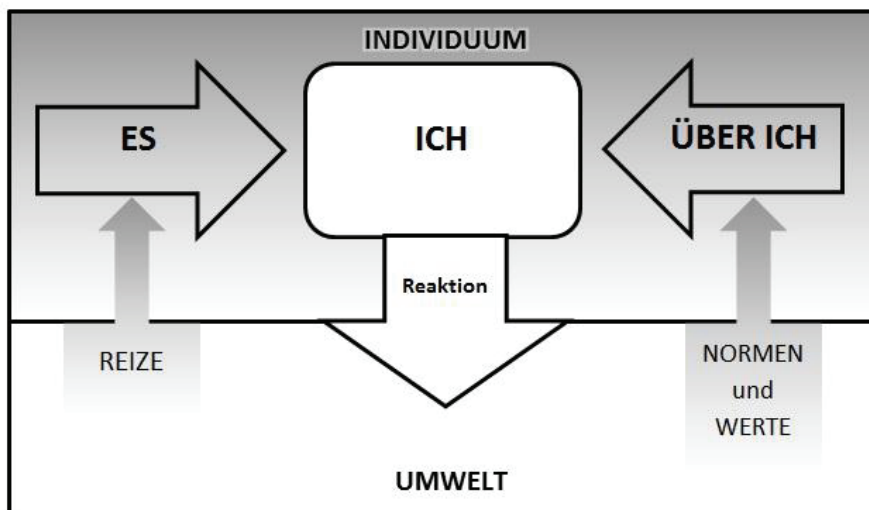


Abbildung 3

Die Schädigungen, die in der frühen Kindheit zu einer Suchtstruktur führen kann, wäre nach dieser psychoanalytischen Sichtweise auf ein Defizit in den Instanzen Ich und Über-Ich zu verstehen. Sucht ist demnach ein Versuch, das chronische Defizit in der Persönlichkeitsstruktur zu kompensieren (vgl. Scheerer 1995, S. 49). Einige Autoren wie Radó, Goertz, Heigl-Evers et al. griffen die Annahmen Freuds auf und entwickelten sie weiter zu psychoanalytischen Theorien, welche die süchtigen Persönlichkeitsstrukturen zu erklären versuchen. Auch sie sind sich einig, dass Sucht der Ausdruck eines geschwächten und unterentwickelten Ichs ist. Radó (1934) bezeichnete den mangelnden Reizschutz nach Innen und nach Außen, der darauf beruht, dass die Regulation und Stabilisierung durch Realitätsprüfung und Auseinandersetzung mit der Umwelt defizitär ist. Dieses Defizit in der Struktur der Persönlichkeit äußert sich dann in mangelnder Impulskontrolle und einer gestörten Ausdrucksfähigkeit von Emotionen (vgl. Radó

zit. nach Rost 1992, S. 51). Aufgrund der notwendigen Kompensation dieser Defizite, kann Sucht auch als Ausdruck von Selbstheilung verstanden werden. Rost dazu:

„Die Droge wird eingesetzt, um Funktionen, die das Ich des Süchtigen aus sich heraus nicht wahrnehmen kann, zu ersetzen bzw. um die in der Struktur vorhandenen Lücken zu überdecken.“ (Rost 1992, S.52)

Für die psychoanalytische Schule rücken damit die Ich-Funktionen und insbesondere deren zentrale Funktion der Affektregulierung, Impulskontrolle sowie Realitätsprüfung in den Fokus des süchtigen Geschehens. Die selbstheilende Wirkung des Alkohols liegt folglich darin begründet, dass sie die unangenehmen Affekte dämpft und reguliert sowie den Reizschutz verstärkt (vgl. Rost 1992, S. 56)

Anders als die Annahme einer oralen Fixierung (siehe Abschnitt 3.2.1) sind es nicht die Triebkonflikte, sondern die Ich-Funktionen wie der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätseinschätzung, die Antizipation, die Frustrationstoleranz sowie die Affekt- und Impulskontrolle, die den Menschen maßgeblich prägen (vgl. Kuntz, 2000, S. 22). Diese Persönlichkeitsdefizite sind durchaus bei Süchtigen zu beobachten, wie Heigl-Evers und Standke 1989 in einer empirischen Studie zeigten.

„Bei den von uns untersuchten Abhängigkeitskranken konnten wir also eine pathogene Fixierung der Ich-Entwicklung nachweisen.“
(Heigl-Evers, Schultze-Dierbach & Standke 1989, S. 50)

Die Abhängigkeit sehen sie als eine Grundstörung, welche möglicherweise schon sehr früh in der kindlichen Entwicklung zur Befriedigung und als Mittel zu Beseitigung von Unlustgefühlen hervorgerufen haben (vgl. *ebd.*, S. 41). Damit nehmen sie auch Bezug auf die Entwicklung des Selbst, seinen Objekten und den Beziehungen zwischen beiden in den Blick. Dies soll im Folgenden auch in dieser Arbeit geschehen – der Blick in den Bereich der Selbstpsychologie.

3.2.3. Sucht als Selbstheilungsmittel

Freuds Strukturmodell hat im Laufe der Zeit einige Ergänzungen und Weiterentwicklung erfahren, weshalb die Selbstpsychologie nach Kohut als eine solche verstanden werden kann (vgl. Siegel 2000, S. 68). Die Selbstpsychologie

befasst sich mit der Organisation und der Aufrechterhaltung des Selbst, welches in Abhängigkeit zu den Objekten der Umwelt besteht.

Kohut definierte das Selbst als ein tiefenpsychologisches Konzept, welches sich auf den Kern der Persönlichkeit bezieht. Dieser Kern, der aus verschiedenen Bestandteilen im Zusammenspiel mit den frühesten Selbstobjekten des Kindes entstanden ist, stellt die Quelle allen Antriebs dar (vgl. Kohut zit. nach Rost 1992, S. 67, Kuntz 2000, S.25). Das Selbst und das Ich sind voneinander getrennt, jedoch nicht im Sinne der Instanzen nach Freud. Das Selbst ist vielmehr eine psychische Struktur aus Objektrepräsentanzen (vgl. Siegel 2000, S. 68).

Die Ursache einer Sucht in der frühen Entwicklung sind nach Kohut die narzisstischen Störungen des Selbstwertgefühls durch die Bezugspersonen. Die Entwicklungslinie des Narzissmus beschreibt die Konfiguration des Narzissmus als zentrale Struktur innerhalb der Psyche (vgl. ebd., S. 69).

Im primär paradiesischen Zustand des Säuglings kommt es unvermeidlich zu Brüchen in der Betreuung durch die Bezugspersonen, da sie nicht sofort und alle Bedürfnisse und Wünsche erfüllen können. Um den verlorenen paradiesischen Zustand wieder herzustellen, kommt es zur narzisstischen Konfiguration des idealisierten Elternimago und des Größenselbst. Das Größenselbst beinhaltet Vorstellung von Allmacht und Allwissenheit, sowie den exhibitionistischen Wunsch, gesehen und bewundert zu werden. Die Fantasie eines vollkommenen Anderen stellt die idealisierte Elternimago dar, mit der zentralen Aussage „Du bist perfekt und ich bin ein Teil von dir“. Diese Selbstobjekte werden von dem Kind als Teil seines Selbst erlebt und übernehmen wichtige psychische Funktionen. Beide Strukturen existieren laut Kohut nebeneinander, nehmen jedoch unterschiedliche Entwicklungslinien. Das Größenselbst bildet sich später aus zu Ambitionen und die idealisierte Elternimago manifestiert sich in den Idealen. Die optimale stufenweise Internalisierung der psychischen Strukturen als Teil des Selbst kann durch den traumatischen Verlust in der Beziehung zum Objekt oder durch Enttäuschung des idealisierten Objekts verhindert werden (vgl. ebd., S. 69ff.).

„Das Kind erwirbt nicht die nötige psychische Struktur, seine Psyche bleibt an ein archaisches Selbst-Objekt fixiert, und die Persönlichkeit bleibt das ganze Leben hindurch in einer Weise von gewissen Objekten abhängig (...). Die

Intensität der Suche nach und die Abhängigkeit von diesen Objekten kommt daher, daß sie als Ersatz für fehlende Segmente der psychischen Struktur gesucht werden.“ (Kohut 1973 zit. nach Siegel 2000, S. 76)

Ein Trauma, etwa durch eine nicht einfühlsame Pflegeperson in den ersten 18 Lebensmonaten, kann eine Schädigung der basalen psychischen Fähigkeiten, beispielsweise hinsichtlich der eigenständigen Wahrung des narzisstischen Gleichgewichtes, hervorrufen. Ist die Bezugsperson nicht fähig, die narzisstischen Funktionen für das Kind zu übernehmen, so fehlt es an Spannungsregulierung und optimaler Stimulierung. Dieses Trauma kann spätere Suchterkrankungen begünstigen, da sie die spannungs- und selbstregulierenden Funktionen in der psychischen Struktur ersetzen (vgl. Siegel 2000, S. 77). In den wenigen Ausführungen von Kohut zum Thema Sucht erklärt er, dass das Konsumieren einer psychotropen Substanz einen strukturellen Defekt ausfüllt, welcher durch das Fehlen des Selbstobjektes hervorgerufen wird. Es fehlt dem Kind damit die psychische Struktur und somit die Empathie, der Trost und das Verständnis, welche durch das Selbstobjekt gegeben wären. Um die Abwesenheit dieser wichtigen Funktionen zu ersetzen und den Mangel zu beheben, greift das Kind zur Selbststimulation und benutzt Schmerz ebenso wie die orale, anale und phallische Masturbation, um sich selbst wahrzunehmen und zu fühlen. Sucht bedeutet in diesen Ausführungen von Kohut die Wiederholung des kindlichen Versuches, das Selbstobjekt zu ersetzen und sich selbst zu fühlen. Die Grandiositätsvorstellungen, die allmächtige Kontrolle über die Bedürfnisse und dessen Befriedigung zu haben, als sei es ein Teil des Selbst, gibt dem Süchtigen die Selbstachtung, die er nicht hat (vgl. Kohut zit. nach Rost 1992, S. 68/69).

Im Konzept der Selbstpsychologie zu dem Thema Sucht sind nun wieder Grundstörungen in der Persönlichkeit in den Fokus geraten. Sie erklären, wie Persönlichkeitsmerkmale, wie beispielsweise ein schlechtes Selbstwertgefühl, narzisstische Verwundbarkeit und die ständige Suche nach starken Gefühlen entstehen. So wird auch hier das Suchtmittel wieder als Heilmittel für das strukturelle Defizit verstanden. Auch wenn die Grundstörung relativ unspezifisch erscheint, trägt die Selbstpsychologie Kohuts viel zum Verständnis der Persönlichkeitsstrukturen bei von Sucht Betroffenen bei. Zur Ätiologie der Sucht sind diese Ansätze „schlüssig (...) und logisch stringent (...)“ (Rost 1992, S.75).

4. Bedeutung für die Sozialarbeit

Soziale Arbeit soll den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in den zwischenmenschlichen Beziehungen fördern und Menschen befähigen, im eigenen Ermessen ihr Leben besser zu gestalten. Dabei stützt sich die Profession auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme (vgl. International Federation of Social Workers zit. nach Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit 2012). Die Profession der Sozialarbeit hat bezogen auf das Thema dieser Arbeit das Ziel, sich auf verschiedene wissenschaftliche Erkenntnisse zu stützen, um Menschen mit Suchtproblemen nach ihrem Willen zu helfen, ihr Leben besser zu gestalten.

In den vorangegangenen Ausführungen zum Zusammenhang von frühkindlichen Störungen und späterer Suchtstruktur kann dem Abschnitt 1 entnommen werden, wie schwierig der Begriff Sucht zu definieren ist und wichtig es daher ist, ihn interdisziplinär zu erarbeiten. Für die Sozialarbeit bedeutet das eine Chance, seine vielfältigen Wissensbestände ausschöpfen zu können. Es ist als Potenzial zu verstehen dass: *„Soziale Arbeit dort tätig wird, wo andere Spezialgebiete, (...) an ihre Grenzen stoßen“* (Michel-Schwarze 2009, S. 131).

Ebenso wie die vielfältigen Disziplinen rund um das Thema Sucht sind auch die Institutionen, welche sich um dieses Problem ranken, hinsichtlich ihrer Konzeptionen, Zielgruppen und Zielsetzungen äußerst vielfältig. Sie werden auch als Suchhilfesystem bezeichnet, welches ein

„differenziertes Spektrum an Maßnahmen, das die Schwere der Störung, die Mitwirkungsbereitschaft und die persönlichen und sozialen Ressourcen der Menschen mit substanz- und verhaltensbezogenen Störungen und Risiken sowie deren Angehörige (...) einbezieht.“

(Gerkens, Meyer & Wimmer 2005, Abschnitt 9.2, S. 15)

Neben Ärzten, Psychologen und Therapeuten sind vorwiegend Sozialarbeiter in den Arbeitsfeldern Prävention, soziale Beratung, Selbst- und Überlebenshilfe sowie medizinische Rehabilitation tätig (vgl. ebd. S. 15).

Welche Bedeutung diesem mittlerweile differenzierten Spektrum an Maßnahmen zukommt, wird deutlich wenn sich die Individualität von Sucht bewusst gemacht wird. In den Abschnitten 1.1.1 bis 1.1.3 wurde deutlich, dass Sucht ganz unterschiedliche Gesichter hat. Da es nicht die eine spezifische Suchtstruktur gibt,

die Süchte unterschiedliche Auswirkungen auf Körper, Psyche und soziales Umfeld haben, müssen auch ganz individuelle Angebote des Suchthilfesystems bereitgestellt werden. An dieser Stelle kann Sozialarbeit als interdisziplinäre Profession ihre Stärke auspielen und neben unentbehrlichen Therapien und der medizinischen Versorgung folgende äußerst wichtige Aufgaben übernehmen. Diese wurden von der Deutschen Gesellschaft für Sozial Arbeit in der Suchthilfe⁹ folgendermaßen zusammengefasst:

- „Unterstützung der sozialen Teilhabe unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen,
- Entwicklung von Lösungsansätzen bezogen auf die individuelle, gesundheitliche, berufsbezogene sowie sozialrechtliche Problemsituation,
- Hilfen zur psychischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u.a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten,
- Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien – vor allen im realen sozialen Feld, z.B. im Umgang mit Krisensituationen oder im Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
- Beratung von Angehörigen (Unterstützung bei der Situationsbewältigung; Hilfen zum Erkennen und zur Akzeptanz von Überforderung; Angebote zur Entlastung),
- Erschließung und Nutzbarmachung von gesetzlichen, medizinischen und psychosozialen Ressourcen, z.B. der Sozialgesetze sowie der Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- Motivierung, Begleitung und Anleitung während des gesamten Beratungs- und/oder Behandlungsprozesses,
- Casemanagement,
- Förderung der Transparenz des Gesamtprozesses und Stärkung der Selbstbestimmung, gegebenenfalls auch eine Übernahme anwaltlicher Funktionen,
- (Fort-)Entwicklung der Suchtprävention: Verknüpfung struktureller Ansätze mit zielgruppenspezifischen Angeboten der universellen sowie selektiven Prävention,
- Vernetzung der verschiedenen Akteure der Gesundheitsförderung und der verschiedenen Segmente des Hilfesystems.“ (DG-SAS 2009)

An diesem Handlungsspektrum ist zu erkennen, dass Sucht nunmehr nicht nur am Krankheitsmodell orientiert ist und damit das Abstinenzparadigma nicht allzu sehr im Vordergrund steht. Die von Sucht Betroffenen werden zwar immer noch als kranke Menschen wahrgenommen, da sich daraus auch der Grund für die Finanzierung von Interventionen ergibt (vgl. Loviscach 2002, S. 395), jedoch ist

⁹ Im Folgendem wird die Abkürzung DG-SAS verwendet.

zunehmend eine Klientenorientierung zu beobachten und zu begrüßen. Die Ausführungen zu den verschiedenen Alkoholikertypen nach Jellinek (Abschnitt 2.2) und die Auseinandersetzung mit dem multikausalen Bedingungsgefüge der Sucht (Abschnitt 3) verdeutlicht, wie wichtig diese Entwicklung ist.

Die Unterstützung der sozialen Teilhabe unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ist dabei ein erster Punkt, den wir aufgrund der Exklusionsprozesse infolge der Stigmatisierung berücksichtigen müssen. Dazu bedarf es nicht nur von Seiten der Sozialarbeiter eines erweiterten Gesundheitsbegriffes, der Sucht als ein ganzheitliches Phänomen versteht und die Gesellschaft dahin gehend sensibilisiert.

Der zweite genannte Punkt, dass die Interventionen den individuellen, gesundheitlichen, berufsbezogenen sowie sozialrechtlichen Problemsituationen gerecht werden müssen, wird in Hinblick auf Ätiologie und Auswirkungen einer Sucht angemessen repräsentiert. Der Abschnitt 3 hatte verdeutlicht, dass das Ursachengefüge nicht eindimensional ist. Es somit entscheidend, individuell zu intervenieren.

Die Hilfe zur psychischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz ist eher ein Aufgabengebiet der Therapeuten. Dennoch war Suchtstruktur in Form von psychischer Labilität in Bezug auf Emotionen, Affekte, Bedürfnisse, Selbsterfahrungen und Beziehungen ein wichtiger Aspekt dieser Auseinandersetzung. Wie im Abschnitt 3.2 festgestellt, können sich diese Dispositionen in der frühen Kindheit entwickeln und machen eine Therapie somit unabdingbar. Heigl-Evers beschrieb in Bezug auf ihre psychoanalytisch-interaktionellen Methode drei Grundeinstellungen der Therapeuten gegenüber den Klienten. Die Einstellungen „Präsenz“, „Respekt“ und „Akzeptanz“ soll helfen die Defekte der Struktur des Selbst effektiv zu behandeln (Heigl-Evers & Ott 1995, S. 24). Diese drei Grundeinstellungen können und sollten auch von Sozialarbeitern gegenüber ihren Klienten eingenommen werden, um ihnen positive Interaktionserfahrungen zu ermöglichen und ein Stück zur psychischen Stabilität beizutragen.

Auch die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, die oftmals durch die Suchtstruktur defizitär sind, sollen gleichermaßen von Therapeuten und Sozialarbeitern unterstützt werden.

Beratung, Begleitung, Casemanagement und Motivation sind weitere Handlungsfelder, die sich die Sozialarbeit im Suchthilfesystem bereits erschlossen hat. Hier gilt es, den sozialen Komponenten besondere Beachtung zu schenken, da sie von anderen Professionen vernachlässigt werden.

Eine weitere Aufgabe des Suchthilfesystems für die Sozialarbeit ist die Prävention. Sie setzt dort an, wo die Ursachen liegen – hier also in der Ätiologie der Sucht. Wie festgestellt wurde, gibt es einen Zusammenhang von frühkindlichen Schädigungen und späterer Suchtstruktur, der jedoch nur multikausal zu erklären ist. Somit sollten Präventionsprogramme darauf abzielen, „Kinder und Jugendliche in ihren persönlichen und sozialen Ressourcen zu stärken“ (Loviscach 2002, S. 394) und die individuelle Lebenswelt berücksichtigen. Da der Faktor Familie bei den frühkindlichen Störungen der wohl bedeutendste ist, sollte auch dieser bei der Prävention nicht ungeachtet gelassen werden. In diesem Sinn ist das neu verabschiedete Bundeskinderschutzgesetz¹⁰ mit seinen Maßnahmen der Frühen Hilfen, wie beispielsweise dem Einsatz von Familienhebammen und der verstärkten Etablierung und Förderung von Netzwerken für Familien, zu begrüßen. Frühe Hilfen innerhalb der Familien können an dieser Stelle einer Schädigung rechtzeitig vorbeugen oder gegebenenfalls frühzeitig und niedrigschwellig intervenieren.

Schlussendlich soll für die Bedeutung des Zusammenhanges von frühkindlichen Schädigungen und späterer Suchtstruktur nicht nur die Aufgabe des Vernetzens der einzelnen Professionen genannt werden. Es bleibt zu bedenken, dass die Systeme immer dynamisch bleiben und sich damit auch individuelle und gesellschaftliche Suchtstrukturen verändern können. Die Sozialarbeit sollte diese Entwicklungen im Auge behalten, um Veränderungen frühzeitig wahrnehmen und sich neuen Herausforderungen rechtzeitig stellen zu können. Des Weiteren ist noch einmal zu bemerken, dass es weiterhin das Ziel sein sollte, eine interdisziplinäre Suchttheorie zu erarbeiten.

¹⁰ Nachzulesen auf: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html>

Fazit

Im ersten Abschnitt konnte festgehalten werden, wie problematisch der Suchtbegriff geworden ist, da er so inflationär verwendet wird. So wurde der Begriff zunächst synonym für Krankheit verwendet, dann ausschließlich in Bezug auf die Abhängigkeit von Suchtmittel benutzt und mittlerweile kommen dem Begriff so vielen Bedeutungen zu, dass kein Fachmann mehr dieses unscharfe Wort verwenden mag. Es ist zur Kenntnis zu nehmen, dass wir als professionell Handelnde weniger moralisch besetzte und „klarer“ definierte Begriffe zu verwenden haben. Man spricht nun nicht mehr von Sucht, sondern von Abhängigkeit, was meines Erachtens nicht viel an der Unschärfe des Begriffes verändert hat. Denn immer noch ist der Begriff maßgeblich von Normen beeinflusst, wie die sechs Kriterien der ICD-10 aufgezeigt haben. In der Auseinandersetzung mit dem gängigen Klassifikationsschema wurde auch deutlich, wie schwer es ist, festzustellen, ob jemand abhängig ist oder nicht. Als besondere Stolpersteine erwiesen sich die unterschiedlichen Auswirkungen der verschiedenen Suchtmittel auf den Körper, das Verhalten und das soziale Umfeld. Es bedarf an dieser Stelle einer weitaus individuelleren Untersuchung und Diagnose – und viel wichtiger noch – einem ganzheitlicheren Verständnis von Sucht. Die Verhaltenssüchte, welche zunehmend an Bedeutung gewinnen, scheinen ganz ähnliche Strukturen aufzuweisen wie die Abhängigkeit von einem Suchtmittel. Sie weisen auch ganz ähnliche Lücken in der Klassifikation auf, die nicht einer Grundstörung nachgeht. Die gemeinsamen Grundstrukturen der verschiedenen Gesichter des Phänomens Sucht, sind nicht einheitlich beschreibbar und fast alle Autoren sind der Meinung, dass es die eine Suchtstruktur in der Persönlichkeit nicht gibt. Jedoch ist festzustellen, dass es durchaus Gemeinsamkeiten bei Emotionen, Affekten, Bedürfnissen, den Beziehungsstrukturen sowie der Selbstwahrnehmung gibt. Diese Faktoren können eine Suchtkarriere begünstigen oder hemmen. Die Suchtstruktur und damit prämorbid Persönlichkeit kann jedoch nicht als alleiniges Kriterium für eine Suchtentwicklung gelten. Das zeigte auch der Abschnitt 2, der den Alkoholismus als Paradebeispiel aufgegriffen hat. Schon an dieser Stelle konnte festgestellt werden, dass die Entstehung durch genetische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren beeinflusst wird und wie unterschiedlich Alkoholiker aufgrund dessen sein können. Die Typologie nach Jellinek zeigte neben der

Unterscheidung von körperlich abhängigen Alkoholikertypen auch Typen, welche aufgrund von psychischen Dispositionen trinken. Ein interessanter Aspekt markierte sich auch in der Tatsache, dass die Verläufe der einzelnen Alkoholikertypen sehr individuell sind, aber oftmals mit den nicht süchtigen Konsummustern des Alpha- und Beta-Trinkers ihren unauffälligen Anfang finden.

Alkohol spielt eine wichtige kulturelle Rolle in unserer Gesellschaft und erwies sich in der Beschäftigung mit den Wirkungen und Folgeschäden als eine psychotrope Substanz mit unabweisbarem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, welche einen beachtlichen Schaden in unserer Volkswirtschaft verursacht.

Wie die vorangegangenen Ausführungen schon angedeutet haben, ist es wichtig, Sucht in ihrem individuellen Kontext zu betrachten und bei der Ätiologie verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Da es leider noch keine geschlossene Theorie zu diesem Phänomen gibt, kann man sich das Thema Sucht aus meiner Sicht am besten sozialarbeitswissenschaftlich erschließen. Die Trias der Sucht werden nicht zu Unrecht allgemein anerkannt. Dieses Modell nimmt die wichtigsten Wirkfaktoren und deren Wechselwirkung untereinander in den Fokus. Person, Umwelt und das Suchtmittel spielen somit eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht. Diese Faktoren bildeten dann auch die Grundlage für die weitere Erörterung des Zusammenhanges von frühkindlicher Schädigung und späterer Suchtstruktur.

Zunächst wurden die Pharmakologie und die Neurophysiologie herangezogen, um einen Einblick in die Wirkung von psychotropen Substanzen zu bekommen. Dabei konnte festgestellt werden, dass es biochemische Veränderungen der Neurotransmission gibt, die als Fixierung auf bestimmte Gefühlerfahrungen zu verstehen sind. Das sogenannte Belohnungssystem steuert dabei auf drei Ebenen das Suchtverhalten und führt durch den Lustgewinn des Nervensystems zu einer körperlichen und psychischen Abhängigkeit. Ich denke, diese Erklärung von Sucht ist ein wichtiger Aspekt, um Sucht zu verstehen – jedoch ist bekannt, dass menschliches Verhalten und Handeln nicht ausschließlich ein Produkt des Gehirns ist. Mit dieser naturwissenschaftlichen Perspektive rück meines Erachtens nach der Krankheitsaspekt zu sehr in den Vordergrund, was dann hauptsächlich medikamentöse Interventionen nach sich zieht.

Es bedarf also unbedingt noch weiterer Aspekte, wie die entsprechend nachvollzogene Auseinandersetzung mit der Umwelt. Dort konnte festgestellt werden, dass es sich bei der Umwelt um komplexe physische und psychische Einflüsse handelt. Im Zusammenhang mit Sucht spielt dabei insbesondere die Sozialisation, also die Entwicklung der Persönlichkeit im Umgang mit der sozialen und materiellen Umwelt, in der Familie und dem Milieu eine Rolle. Der Umgang mit Alkohol beispielsweise wird durch Normen in der Gesellschaft festgelegt und im Milieu gelehrt. In unserer Permissivkultur entspricht der pathologische Alkoholkonsum nicht der Norm, jedoch wird Alkohol als Genussmittel allgemein anerkannt und auch durchaus erwünscht. Wenn ich nun die Erkenntnisse aus der Auseinandersetzung mit den neurophysiologischen und pharmakologischen Wirkungen mit der Tatsache vereine, dass Alkohol als Genussmittel gilt, ist klar, dass erste positive Erfahrungen mit Alkohol die Regel sind. Nun ist es aber so, dass diese positiven Erfahrungen mit Alkohol als Genuss und Glücksmoment nicht von jeder Person fixiert werden, es also nicht zu einem süchtigen Trinkverhalten kommt – wie beispielsweise beim Alpha- und Beta-Typ nach Jellinek. So muss man nun auch die Personenvariable ins Spiel bringen und damit auch die Frage nach dem Verhältnis von Umwelt und Veranlagung klären. Eine Diskussion über die fragwürdige Umgangsweise mit Alkohol in unserer Gesellschaft und den Zweck, den der Alkoholkonsum aus systemischer Sicht erfüllt, konnte aus zeitökonomischen Gründen nicht erfolgen, soll aber an dieser Stelle auch ihre berechnete Erwähnung dahin gehend finden, dass sie unbedingt von Sozialarbeitern reflektiert werden sollte.

Zu den Veranlagungen wurden die biologischen Dispositionen, welche von Geburt an vorhanden sind, verstanden. Diese Anlagen beeinflussen das Verhalten und die Erfahrungen und zugleich beeinflussen die Erfahrungen und das Verhalten die Anlagen. Beide Faktoren sind somit gleichermaßen zu berücksichtigen. Eine familiäre Häufung von Alkoholismus kann damit weder als alleinig durch die Gene manifestiert, noch nur an der Sozialisation in der Familie festgemacht werden.

Sucht in seiner Entwicklung ist somit nur multikausal zu erklären, als ein Zusammenspiel von Personenvariablen, Umwelteinflüssen und dem Suchtmittel. Sicherlich ist an dieser Stelle immer noch sehr vage erklärt, wie die Ätiologie der Sucht tatsächlich beschaffen ist. Um das Verhältnis von Person und Umwelt in

Hinblick auf Entwicklung einer Suchtstruktur zu spezifizieren, ist es von Bedeutung gewesen, die wirksam werdenden Einflüsse auf die Entwicklung der Persönlichkeit zu erörtern. Diese Einflüsse auf die menschliche Entwicklung wurden nach der ökonomischen Strukturtheorie von Bronfenbrenner als ein komplexes System gegliedert. Das Individuum ist nach dieser Theorie ein sich entwickelndes Wesen innerhalb komplexer Systeme von Beziehungen. Mikro-, Meso-, Exo-, Makrosysteme beeinflussen sich wechselseitig und sind lebenslang dynamisch. Dabei hat die direkte Entwicklungsumgebung (Mikro-, Mesosystem) mehr Einfluss als die äußeren Systeme. Das erklärt abermals, dass die Familie ein wichtiger Faktor bei der Ätiologie einer Sucht ist, da sie die erste Sozialisationsinstanz ist, Anlagen vererbt und die Persönlichkeit prägt. Eine negative Prognose, aufgrund widriger Umwelteinflüsse selbst auch Alkoholiker zu werden –beispielsweise in einem Milieu aufzuwachsen, in dem viele arbeitslose Alkoholiker leben und wo die Zukunftsperspektiven eher schlecht sind – kann verringert werden, indem das Individuum durch seine körperlichen, intellektuellen und psychischen Fähigkeiten aus sich selbst heraus Veränderung hervorbringt.

Aus der Entwicklungspsychologie und der Kleinkindforschung ist bekannt, dass frühe Störungen in der Kindheit die Entwicklung eines Kindes in physischen, psychischen und sozialen Funktionen langfristig beeinflussen können. Also können die dysfunktionalen Beziehungssysteme einhergehend mit wenig emotionaler Wärme, familiären Konflikten, inadäquatem Erziehungsstil, einem mangelnden sozialen Netzwerk oder/und einer psychischen Störung der Eltern als potenziell suchtbegünstigende Faktoren verstanden werden. Dies bestätigen auch einschlägige Forschungsergebnisse. Die mehr oder weniger spezifischen Auswirkungen in der frühkindlichen Entwicklung stellten Erklärungen dar, welche die Suchtstruktur in ihrer Ätiologie beschreibt, ohne damit die vorangegangenen Theorien zu verwerfen. Bei den Überlegungen zur frühen Kindheit betrachtet man die Lebensspanne von 0 - 6 Jahren. In dieser Zeit werden, wie die psychologischen Ausführungen im Anschluss zeigen werden, die Weichen für die Basiskognition gestellt. Ich hatte schon im Abschnitt zur Suchtstruktur festgestellt, dass Emotionen, Affekte, Bedürfnisse, Beziehungen und die Selbstwahrnehmung bei Süchtigen anders sind. Die psychologischen Theorien erklären diese Störungen, welche in der Zeit der frühen Kindheit ihren Anfang nehmen. Es soll an

dieser Stelle auch noch einmal betont werden, dass die frühkindlichen Schädigungen nur einen Faktor unter vielen darstellen.

Die Störung in der Fähigkeit zur Selbstregulierung war der erste Aspekt, der aus Freuds psychosexuellen Entwicklungsphasen entnommen wurde. In diesen Phasen müssen nacheinander Triebkonflikte gelöst werden, die zur Entwicklung von Fähigkeiten, wie beispielsweise der Spannungsregulierung, führen. Sucht aus dieser Perspektive ist die Fixierung auf orale Befriedigung, wie bei einem Säugling. Die Regression in die orale Phase führt bei einem Süchtigen dazu, dass er sein Seelenleben nur regulieren kann, indem er sich ein Suchtmittel über die erogen besetzten Zonen zuführt. Das Oralitätskonzept maß dem Trinkakt eindeutig zu viel Bedeutung zu, obwohl die meisten psychotropen Substanzen oral aufgenommen werden. Es scheint aber durchaus so zu sein, dass in dieser ganz frühen Phase schon Dispositionen in der Selbstregulierung entstehen.

Eine weitere Erklärung für süchtiges Verhalten ist eine Ich-Schwäche, welche dem Strukturmodell zu entnehmen war. Die Entwicklung der drei Instanzen Ich, Es und Über-Ich vollzieht sich in Zusammenspiel von Anlage und Umwelt. Bis heute wird angenommen, dass sie ausschlaggebend für die spätere Persönlichkeitsstruktur und damit auch einer Suchtstruktur sind. Die frühen Störungen in der Kindheit äußern sich dann als Defizit in der Persönlichkeitsstruktur, welche sich in mangelnder Impulskontrolle, einem defizitären Reizschutz nach Innen und Außen und/oder einer gestörten Ausdrucksfähigkeit von Emotionen äußert. Dass diese Störung der Ich-Funktionen tatsächlich von Bedeutung ist, zeigte die Untersuchung von Heigl-Evers, Schultze-Dierbach & Standke. Durch das Kompensieren eines Defizits in Form der Einnahme einer psychotropen Substanz kann damit als Selbstheilung verstanden werden, da sie eine fehlende Funktion ersetzt. Das bedeutet aber auch, dass der Entzug bzw. das Vorenthalten des Suchtmittels eine begleitende Psychotherapie unentbehrlich macht, da das bislang durch das Suchtmittel kompensierte Defizit in der Persönlichkeitsstruktur nun anderweitig aufrechterhalten werden muss.

Diese Ansicht ist auch dem selbstpsychologischen Ansatz nach Kohut zu entnehmen. Dieser versteht das Selbst als den Kern der Persönlichkeit. Es entwickelt sich aus den verschiedenen Bestandteilen der frühesten Selbstobjekte, welche in direkter Abhängigkeit zu den Objekten der Umwelt bestehen. Der Ansatz lässt die narzisstischen Störungen des Selbstwertgefühls in die

Begründung von Suchtstrukturen einfließen, begründet aber auch die fehlende Spannungsregulierung. Sucht ist also auch hier als Selbstheilungsversuch aufgrund des defizitären Selbst zu verstehen, in dem das Suchtmittel scheinbar die allmächtige Kontrolle über Bedürfnisse und dessen Befriedigung vermittelt, als sei es ein Teil des Selbst. Damit erfährt der Süchtige die Selbstachtung, die ihm so schmerzlich fehlt.

Die tiefenpsychologischen Erklärungen zur Ätiologie der Sucht sind alle weitgehend logisch stringent und helfen, das süchtige Verhalten zu verstehen. Sie sind jedoch sehr unspezifisch, da die gleichen Störungen für nahezu alle anderen psychischen Erkrankungen ebenso zutreffend sind. Damit wird die Beschreibung einer Grundstörung fast unmöglich.

Für die Sozialarbeit lautet mein erstes Fazit, das wir als Sozialarbeiter unsere Stärke - interdisziplinär zu sein - ausspielen sollten, um uns weiterhin im Suchthilfesystem zu etablieren und eine ganzheitliche Theorie der Sucht anzustreben. Zudem ist einmal mehr bewusst geworden wie wichtig es ist sich an den Klienten und deren Lebenswelt zu orientieren und dabei therapeutische, medizinische und sozialarbeiterische Interventionen gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Defizite in der Persönlichkeitsstruktur, welche aufgrund von frühkindlichen Schädigungen zu einer Sucht führen können, machen Therapien unabdingbar in denen positive Interaktionserfahrungen erlebt werden können. Aus meiner Sicht kann aber auch ein Sozialarbeiter durch Präsenz, Respekt und Akzeptanz gegenüber süchtigen Klienten, ein Stück zur psychischen Stabilität beitragen.

Neben Beratung, Begleitung, Casemanagement und Motivation ist auch Prävention ein wichtiges Handlungsfeld der Sozialarbeit. Hier sollte Sozialarbeit allgemein auf die Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen von Kindern und Jugendlichen abzielen.

Abschließend ist zu sagen, dass diese Arbeit viel mehr Fragen in mir aufgeworfen hat, als zu beantworten. Der Weg zur fertigen Bachelorarbeit hat jedoch mein Wissen maßgeblich erweitert und Theoriefragmente zusammengeführt. Durch die abermals geschürte Wissbegier zum Thema Suchtstruktur und frühkindliche Schädigung, ist es nicht unwahrscheinlich, dass die postulierte Dringlichkeit einer geschlossenen sozialarbeitswissenschaftlichen Theoriebildung auch durch weitere Beiträge meinerseits vorangetrieben werden.

Literaturverzeichnis

- Berger, H. (1985). Soziologische Aspekte süchtigen Verhaltens. In Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, *Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag* (S. 66-73). Hamm: Hoheneck Verlag.
- Berk, L. (2005). *Entwicklungspsychologie, 3. Auflg.* München: Pearson Studium.
- Bibliografisches Sprachinstitut. (2012). *www.Duden.de*. Abgerufen am 18. April 2012 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Sucht>
- Bräutigam, B. (2000). *Der ungelöste Schmerz*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Brisch, K. (2009). *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Deutsche Gesellschaft für Sozial Arbeit in der Suchthilfe. (2012). *www.dg-sas.de*. Abgerufen am 15. Juni 2012 von http://www.dg-sas.de/dialog/dialog_4.html
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2012). *www.dhs.de*. Abgerufen am 15. Juni 2012 von <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. (1985). *Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag*. Hamm: Hoheneck Verlag.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit. (2012). *www.dbsh.de*. Abgerufen am 14. Juni 2012 von <http://www.dbsh.de/html/wasistsozialarbeit.html>
- Dollinger, B., & Schmidt-Semisch, H. (2007). Reflexive Suchtforschung: Perspektiven der sozialwissenschaftlichen Thematisierung von Drogenkonsum. In B. Dollinger, & H. Schmidt-Semisch, *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 7-34). Wiesbaden: VS Verlag.
- Dyckmans, M. (2011). *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung*. Abgerufen am 16. Mai 2012 von http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf
- Fahrenkrug, W., & Quack, W. (1985). Bericht über die Arbeitsgruppe zum Thema: Überlegungen zur Geschichte des Sucht-Begriffes am Beispiel der "Modellsucht Alkoholismus". In Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, *Süchtiges Verhalten. Grauzonen im Alltag* (S. 353-355). Hamm: Hoheneck Verlag.
- Freud, S. (1928/2000). *Das Ich und das ES, 8. Auflg.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Gerkens, K., Meyer, C., & Wimmer, D. (1989-2012). *Handbuch Sucht : Prävention und Behandlung, Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung*. Sankt Augustin : Asgard-Verlag.

- Heigl-Evers, A. (1985). Sucht und Abhängigkeit aus tiefenpsychologischer Sicht. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, *Süchtiges Verhalten* (S. 23-34). Hamm: Hoheneck Verlag.
- Heigl-Evers, A. (1995). Vermittlung von innerer und äußerer Realität in der Abhängigkeits- und Suchttherapie. In A. Heigl-Evers, I. Helas, & H. Vollmer, *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität* (S. 11-29). Göttingen u.a.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A., & Ott, J. (1995). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie 2. Aufl.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A., Schultze-Dierbach, E., & Standke, G. (1989/1991). Grundstörung bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. In K. Wanke, & G. Bühringer, *Grundstörung der Sucht* (S. 37-54). Heidelberg u.a.: Springer-Verlag.
- Jaramillo, A., Krause, M., Hayden, V., Lasagna, A., Santis, R., & Hidalgo, C. (2011). Systemische aufsuchende Intervention für junge Nutzer illegaler Drogen und ihre Familien. In M. Müller, & B. Bräutigam, *Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext* (S. 333-341). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Kleinemeier, E. (2004). Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In M. Krausz, & C. Haasen, *Kompodium Sucht* (S. 11-21). Stuttgart: Thieme.
- Knoll, A. (2010). *Sucht was ist das? 3.Aufl.* Lüdenscheid: Blaukreuz Verlag.
- Kuntz, H. (2000). *Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lexikon Medizin. (1997). München u.a.: Urban & Schwarzenberg.
- Loviscach, P. (2002). Sucht- und Drogenhilfe. In K. Chassé, & H.-J. Wensierski, *Praxisfelder der Sozialen Arbeit 2. Aufl.* (S. 385-398). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Michel-Schwarze, B. (2009). Fallarbeit: ein theoretischer und methodischer Zugang. In B. Michel-Schwarze, *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis* (S. 121-154). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Milkman, H., & Sunderwirth, S. (1988). Warum werden wir süchtig? In Redaktion der Psychologie heute, *Die tägliche Versuchung: Thema Sucht* (S. 7-20). Weinheim u.a.: Beltz.
- Paetzold, W. (2006). Semantische Spielräume der Begriffe Abhängigkeit und Sucht. In H. Emrich, & U. Schneider, *Facetten der Sucht. Von der Neurobiologie zu Anthropologie* (S. 19-38). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Rost, W.-D. (1992). *Psychoanalyse des Alkoholismus, 4.Aufl.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scheerer, S. (1995). *Sucht.* Frankfurt am Main: Rowohlt.

- Schmidt, L. (1997). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch 4. Aufl.* Stuttgart u.A.: Kohlhammer.
- Siegel, A. (2000). *Einführung in die Selbstpsychologie. Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Soyka, M., & Küfner, H. (2009). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit 6. Aufl.* Stuttgart: Thieme Verlag.
- Vollmer, H. (1995). Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. In A. Heigl-Evers, I. Helas, & H. Vollmer, *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität* (S. 30-78). Göttingen u.a.: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wanke, K., & Homburg/Saar. (1985). Normal-abhängig-süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, *Süchtiges Verhalten* (S. 11-22). Hamm: Hoheneck.
- Weltgesundheitsorganisation. (2011). ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. In H. Dilling, W. Mombour, & M. Schmidt, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen 8. Aufl.* Bern: Verlag Hans Huber.
- World Health Organization. (1994). *WHO library cataloguing in Publication Data.* Abgerufen am 23. April 2012 von Lexicon of alcohol and drug terms: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf>

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst habe.

Ich versichere, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommenen Aussagen als solche gekennzeichnet habe, und dass die eingereichte Arbeit weder vollständig noch in wesentlichen Teilen Gegenstand eines anderen Prüfungsverfahrens gewesen ist.

Neubrandenburg, d. 28.06.2012

Nora Kossow