

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

- Abteilung Köln -

Fachbereich Sozialwesen

*Bachelorarbeit zur Erlangung des Grades
„Bachelor of Science“ im Studiengang Pflege*

**Betrachtung von Suchtverhalten aus
konstruktivistischer Sicht**

vorgelegt von

Patrick Pelka

Mat. - Nr.: 506812

Erstprüfer: Fr. Prof. Dr. J. Steinfort - Diedenhofen

Zweitprüfer: Fr. A. Mijatovic M.A.

am: 30.06.2014

Inhaltsangabe

Abkürzungsverzeichnis.....	
1. Einleitung.....	4
2. Grundlagen des Konstruktivismus.....	6
2.1 Die Theorie der Autopoiesis - Maturana und Varela.....	6
2.2 Die Kybernetik - Heinz von Foerster.....	7
2.3 Wie Wirklich ist die Wirklichkeit - Watzlawick.....	10
2.4 Die Viabilität – Ernst von Glaserfeld.....	12
2.5 Konstruktion der sozialen Konstruktion - Peter M. Hejl.....	13
3. Einführung in die Sucht.....	16
3.1 Begriffsbestimmung Sucht.....	16
3.2 Definition und Klassifikation von Abhängigkeit/Verhaltenssucht.....	18
3.3 Sucht als Krankheit.....	21
3.3.1 Sucht im medizinischen Sinn.....	21
3.3.2 Psychopathologie der Sucht.....	22
3.3.3 Die soziologische Sucht.....	25
3.4 Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit.....	28
3.4.1 Lerntheoretische Erklärungsansätze.....	28
3.4.2 Integrativer Psychobiologischer Erklärungsansatz.....	30
3.4.3 Kognitive Erklärungsansätze.....	31
3.5 Das Konzept des Drogenverlangens.....	32
4. Studie.....	34
4.1 Einleitung.....	34
4.2 Problembeschreibung.....	35
4.3 Fragestellung und Zielsetzung.....	37
4.4 Methodisches Vorgehen.....	38
4.5 Auswertung.....	40
4.6 Diskussion.....	44
5. Fazit	47
6. Literaturverzeichnis.....	52
7. Anhang.....	55
8. Versicherung selbständiger Arbeit.....	57

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DSM - IV - TR	Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
ICD 10	Internationalen Klassifikation psychischer Störungen
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Das Thema meiner Bachelor-Arbeit ist die *Betrachtung von Suchtverhalten aus konstruktivistischer Sicht*. Dabei gehe ich zunächst in Form einer Literaturrecherche in den Datenbanken OPAC und Medpilot auf die Thematik des Konstruktivismus ein.

Anhand der Literatur wird deutlich, dass der *radikale Konstruktivismus* ein Gebiet der interdisziplinären Diskussion ist. Dort werden Hypothesen aus unterschiedlichen Fachgebieten wie der Philosophie, Kybernetik zweiter Ordnung oder Sozialwissenschaften aufgestellt. Die Hauptaussage dieser ist, dass die Erkenntnis oder tatsächliche Realität ein Prozess der Konstruktion ist und die Wirklichkeit, der Gegenstand dieses Prozesses ist. So kann die Wirklichkeit nicht eindeutig definiert werden. Nach Foerster ist die Umwelt die wir wahrnehmen, unsere eigene Erfindung. (vgl. Schmidt, 2006).

Glaserfeld versucht beim radikalen Konstruktivismus die Bezeichnung „Wissen“ mit der Ontologie in Verbindung zu setzen (vgl. Glaserfeld, 1997).

Die ontologische Realität dient als Zugang zur Realität und wird unabhängig vom Individuum, welches über eine autonome Ordnung verfügt, nicht als solche wahrgenommen.

Somit wird im radikalen Konstruktivismus das Wissen als Bild der eigenen Wahrnehmung, unabhängig vom Bewusstsein, als Realität angesehen. Nach Glaserfeld ist Wissen eine Ansammlung von Begriffen und Handlungen. Diese sind in unserer Projektion mehr oder weniger viabel (vgl. Glaserfeld, 1997).

Neben dem Gründer des radikalen Konstruktivismus Ernst von Glaserfeld, sind Humberto Maturana und Heinz von Foerster zu nennen. Ihr gemeinsamer Hintergrund ist die kybernetisch - systemtheoretische Forschung. Daneben haben die Theorien der Selbstorganisation und die

Selbstreferenzialität dazu beigetragen, die Erkenntnistheorie des radikalen Konstruktivismus weiter zu entwickeln. Auf diese und weitere Wissenschaftler und ihre Theorien werde ich später näher eingehen.

Im zweiten Teil meiner Bachelor - Thesis möchte ich eine Einleitung zum Thema *Sucht* bieten.

Warum wird ein Mensch süchtig? Wie definiert man und wie äußert sich diese Sucht? Wer ist betroffen und welche Auswirkungen hat die Sucht auf das soziale Umfeld?

Diese und weitere Fragen versuche ich im Folgenden näher zu beleuchten. Süchtige stehen oft am Rande der Gesellschaft, setzen sich und ihre Gesundheit durch die Sucht einer großen Gefahr aus und verlieren häufig ihren sozial gefestigten Stand, z.B. Beruf und Familie. Das allgemeine Bild von einem Süchtigen in der Gesellschaft beschreibt einen Menschen als ungepflegt, egoistisch, kriminell, infektiös und nicht heilbar. Die Ursachen der Sucht seien demnach vor allem die eigene Charakterschwäche und das Umfeld von ebenfalls asozialen und süchtigen Menschen. Die wahren Gründe jedoch sind der immer weiter steigende Druck der Gesellschaft, die immer höheren Anforderungen, die an Individuen in dieser gestellt werden, die Angst, keine Anerkennung zu erfahren und der Wunsch, aus dieser erdrückenden Realität zu flüchten.

Den letzten und abschließenden Teil meiner Bachelor - Thesis, stellt eine eigene wissenschaftliche Arbeit dar, in der ich den Bereich Konstruktivismus mit dem der Sucht verknüpfe und durch eine Studie praktisch veranschauliche.

2. Grundlagen des Konstruktivismus

2.1 Die Theorie der Autopoiesis - Maturana und Varela

Zwei der wichtigsten Vertreter des radikalen Konstruktivismus sind Humberto Maturana und Francisco Varela. Zusammen haben sie 1973 - 1975 das Konzept der *Autopoiese* entwickelt. Der Begriff *Autopoiese* bedeutet „selbst-machend“ oder „Selbstproduktion“ (vgl. Dudenredaktion, 2013). Ein autopoietisches System stellt dabei ein Netzwerk von Prozessen dar, welche die Produktion von Elementen als Ziel verfolgen, die wiederum selbst durch Wechselwirkungen an der Verwirklichung des Netzwerkes mitwirken, u.a. der Erschaffung der räumlichen Grenzen des Systems. Außerdem wird gesagt „,das autopoietische System sei dynamisch (zustandsdeterminiert) und mechanistisch, es sei eine Maschine, und für den ganzen Ansatz würden keinerlei Kräfte oder Prinzipien herangezogen, die sich nicht im physikalischen Universum finden“ (vgl. Maturana, 2009, S. 91).

Somit ist es ein selbstorganisierendes- reproduzierendes System und beschreibt die Grundannahme des Konstruktivismus, dass durch Leben und Erkennen die Wirklichkeit kontinuierlich entspringt. Dies bedeutet, ein lebendes System kann die Elemente, aus denen es besteht und welche es für den eigenen Erhalt benötigt, selbst anfertigen und ist demnach autonom. Es benötigt zu keiner Zeit einen Input in Form von Informationen oder Ähnlichem und ist somit ein geschlossenes System.

Als Beispiel kann das autopoietische System der biologischen Zelle genannt werden. Sie hebt sich von anderen molekularen Strukturen durch ihre selbst definierten Grenzen ab. Die Schaffung dieser Grenzen wird erst durch bestimmte chemische Prozesse möglich. Die Grenzen wiederum bieten den nötigen abgeschlossenen Raum für solche Prozesse. Die Zelle ist also ein sich selbst erschaffendes und erhaltendes System, in dem sich

die Prozesse und Gegebenheiten gegenseitig bedingen, es besteht also eine so genannte *Zirkularität*¹ zwischen dem Produzenten und dem Produkt.

Das autopoietische System ist widerstandsfähig, d.h. es kann Perturbationen, also Störungen aus der Umwelt, so verwerten, dass die eigene Struktur erhalten bleibt. Erst bei der Öffnung des geschlossenes Systems geht es als eine Einheit zu Grunde. Perturbationen können bei wiederkehrendem Auftreten jedoch auch zu einer positiven Veränderung führen, beispielsweise kann zwischen zwei Organismen durch strukturelle Koppelung eine Symbiose entstehen, welche beide Systeme stützt (vgl. Maturana, 2009).

2.2 Die Kybernetik - Heinz von Foerster

Norbert Wiener entwickelte 1948 die Wissenschaft der *Kybernetik*, welche sich mit der Nachrichtenübertragung und Regelungszusammenhängen in Maschinen, Lebewesen und Sozialgefügen beschäftigt. Erweitert wurde dieses Konzept durch den Wissenschaftler Heinz von Foerster mit dem Begriff der *Kybernetik zweiter Ordnung*. Das grundlegende Prinzip der Kybernetik ist die *Zirkularität*. Dabei wird auf Ebene der Kybernetik erster Ordnung Objekt und Subjekt voneinander getrennt und deutet somit auf eine unabhängige Welt abseits des Individuums. Die Kybernetik zweiter Ordnung thematisiert hingegen Systeme, die selbst Beobachtungen durchführen, wodurch die Beobachterabhängigkeit allen Erkennens betrachtet werden kann. Somit ändert sich auch die Begrifflichkeit und jede Beschreibung wird zu einer Beschreibung der eigenen Person, z.B. Erkennen erkennen oder Verstehen verstehen.

¹ Zirkularität bezeichnet das Verhalten von Elementen eines Systems, bei denen das Verhalten zugleich Ursache und Wirkung von anderen Elementen dieses Systems ist.

Grundlage der Kybernetik zweiter Ordnung sind die Geschlossenheit und die Selbstreferenz.

Foerster versucht dies durch Nicht-Triviale Maschinen und Triviale Maschinen zu verdeutlichen (vgl. Foerster 2012).

Die Triviale Maschine ist analytisch und synthetisch festgelegt, ihre Handlungen sind voraussagbar. Sie erhält einen Input und verbindet diesen mit einem bestimmten Output auf eine fehlerfreie Weise. Wegen der Festlegung der Funktionen ist es ein synthetisch bestimmtes System. Eine beobachtende Person erkennt nach kurzer Zeit und einer geringen Anzahl an Versuchen das System nach dem die Maschine funktioniert, da bei gleichem Input immer derselbe Output erzeugt wird. Dies nennt man analytische Determination. Die Triviale Maschine ist also vorhersagbar und geschichts- bzw. situationsunabhängig.

Die Nicht - Trivialen Maschinen sind hingegen synthetisch festgelegt, unvorhersehbar, geschichtsabhängig und analytisch nicht bestimmt. Bei einer Nicht - Trivialen Maschine wird ebenfalls ein Output durch einen Input erzeugt. Wird der gleiche Input erneut eingegeben, ist nicht zwangsläufig der gleiche resultierende Output zu erwarten. Die Handlungen einer Nicht - Trivialen Maschine sind stark abhängig von ihrer bisherigen Geschichte, die nie vollständig für einen Beobachter erkennbar ist und die bereits vorangegangenen Operationen, weshalb ein Output nie für den Beobachter vorhersagbar sein wird. Der Input und der interne Zustand bilden zusammen die Funktion einer trivialen Maschine innerhalb einer Nicht - Trivialen Maschine. Die wiederum berechnet den Output und einen weiteren Input für eine weitere triviale Maschine im Bereich einer Nicht-Trivialen Maschine, die darauf folgend den internen Zustand einschätzt (vgl. Foerster, 2006). Deshalb ist eine Nicht-Trivialen Maschine synthetisch festgelegt. Durch diese rekursiven Berechnungen der Nicht - Trivialen Maschine, erzeugt sie dynamische Gleichgewichtszustände, die Foerster in Anlehnung an David Hilbert als Eigenwert bezeichnet. Die

Eigenwerte stellen einen Gleichgewichtszustand dar und sind selbstreferenziell, d.h. sie erzeugen sich selbst (vgl. Foerster, 2006).

Ein Organismus wird sein Verhalten zunächst rekursiv errechnen, bis das Verhalten stabil ausgebildet ist. Ein Verhalten kann erst dann stabil sein, wenn die Handlungen mit den beschränkenden Bedingungen der Umgebung vereinbar sind. Wissen kann ein Individuum ausschließlich durch seine kognitiven Prozesse und für sein eigenes Verhalten ableiten, also ist das Ergebnis von Beobachtungen nie eine objektive Realitätsabbildung, sondern wird vom Organismus selbst erzeugt.

Als Grundlage für diese Theorie der *Berechnung der Welt* dient Foerster das Prinzip der *undifferenzierten* Codierung (vgl. Schmidt, 2003). Dabei soll die Wahrnehmung ausschließlich im Gehirn des Individuums stattfinden, während Sinnesorgane lediglich die Reize aufnehmen und die Informationen für das Gehirn codieren, um sie so für dieses verwertbar zu machen. Nach Foerster handeln die kognitiven Systeme einzig in ihren kognitiven Bereichen. Die Umwelt wird nur als Perturbation wahrgenommen und durch Berechnungen werden interne Stabilitätszustände angestrebt (vgl. Foester, 2006).

Folgende Faktoren sind für diese Berechnung ausschlaggebend Störungen, welche von der Umwelt auf den Organismus wirken, die Sensormotorik, gesellschaftliches Wissen und Gedächtnisleistungen sowie interne Bewertungen der Operationen im Gehirn (Schmidt, 1998). Zusammenfassend verdeutlicht die Wissenschaft der Kybernetik einerseits den Einfluss der Beobachtung des Beobachters auf das System und andererseits, dass durch die Bildung von Eigenwerten die Wirklichkeit von jedem anders konstruiert wird.

2.3 Wie Wirklich ist die Wirklichkeit – Watzlawick

Paul Watzlawick betrachtet den Konstruktivismus in Bezug zu der menschlichen Kommunikation. Er nimmt an, dass sich die Wirklichkeit nicht zwischen einzelnen Menschen abspielt, sondern in den Köpfen dieser stattfindet. Dabei zeigt sich, dass jeder einzelne Mensch seine eigene Wirklichkeit konstruiert und deren Bedeutung selbst definiert.

Die Kommunikation zwischen Menschen ist demnach ein offenes System, d.h. zwei Individuen, die miteinander in Kommunikation treten, werden nicht als Einzelwesen betrachtet, sondern bilden gemeinsam eine Einheit. Dabei besteht eine sogenannte Rückkopplung. Die Art der Kommunikation einer Person hat nicht ausschließlich eine Wirkung auf die andere, sondern bestimmt zusätzlich deren Kommunikation.

Paul Watzlawick konnte seine Theorie durch die therapeutische Arbeit mit schizophrenen Patienten belegen. Die psychiatrischen Einrichtungen gingen bis zu diesem Zeitpunkt von der Annahme einer ontologischen Wirklichkeit² aus. Zudem nahm man in den 60er Jahren an, dass die ontologische Wirklichkeit bei nicht psychisch erkrankten Menschen bewusster sei als bei psychisch Erkrankten. Nach aktuellem Stand der Forschung geht man allerdings davon aus, dass Schizophrene über dieselbe Wirklichkeit erster Ordnung, wie nicht schizophrene Menschen verfügen, diese jedoch in eine andere Wirklichkeit zweiter Ordnung definieren. Dies bedeutet für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen, dass die Wirklichkeit der Patienten eine Wirklichkeit zweiter Ordnung ist und diese sich durch Zumessung von Bedeutung oder Wert durch die Betroffenen, an die erster Ordnung konstruiert (vgl. Watzlawick, 2012).

Grundsätzlich geht Watzlawick davon aus, dass die Welt an sich nur bestimmte Elemente erster Ordnung liefert. Diese Elemente haben eine allgemeine Gültigkeit, aber keinen festgelegten Sinn. Hierbei kann das Beispiel des Goldes als Verständnishilfe dienen. Die physikalischen

² Lehre vom Sein, vom Seienden

Eigenschaften von Gold sind bekannt und auch durch weitere Untersuchungen werden keine grundlegenden neuen Erkenntnisse gewonnen. Hätten zwei unterschiedliche Menschen jedoch verschiedene Meinungen zu den physikalischen Eigenschaften des Goldes, so wäre es leicht Recht und Unrecht zuzuweisen. Die Eigenschaften des Goldes werden als Wirklichkeit erster Ordnung genannt. Darüber hinaus existiert eine Wirklichkeit zweiter Ordnung des Goldes und beschreibt den Wert. Diese zweite Ordnung steht nicht in Zusammenhang mit den physikalischen Eigenschaften des Goldes, sondern ist eine Übertragung der Menschen. In dieser Wirklichkeit spielen andere Faktoren, wie Angebot und Nachfrage eine Rolle. Gemeinsam haben alle diese Faktoren, „*dass sie menschliche Konstrukte und nicht der Abglanz menschenunabhängiger Wahrheiten sind*“ (vgl. Watzlawick, 2012, S. 92)

Die Wirklichkeit erster Ordnung bezieht sich dabei auf die physikalischen Eigenschaften eines Objektes. In der Wirklichkeit zweiter Ordnung werden Sinn, Bedeutung oder Wert dem Objekt zugewiesen.

Ein weiteres Beispiel zum besseren Verständnis stellen der Optimist und der Pessimist dar. Der Optimist spricht von einer Flasche Wein, die halb voll ist, während der Pessimist die Flasche Wein als halb leer betrachtet. Beide nehmen dieselbe Wirklichkeit erster Ordnung wahr, konstruieren jedoch unterschiedliche Wirklichkeiten zweiter Ordnung (vgl. Watzlawick, 2012).

Die Wirklichkeit zweiter Ordnung ist das Resultat der informationsüberfluteten Welt, in der die Menschen die Menge der Informationen zwangsläufig auf ein praktisch verwertbares Minimum reduzieren. Dabei wird die Wirklichkeit zweiter Ordnung nicht bewusst oder rational empfunden, sondern entsteht durch eine Reihe von Zufallsereignissen im Laufe des Lebens und ist somit ein subjektiv empfundenes Konstrukt. Allerdings wird die Wirklichkeit zweiter Ordnung durch die sogenannte *Konvention* oft übereinstimmend von den Menschen

wahrgenommen. Dabei ist die Wirklichkeit entweder das Ergebnis selbstgetroffener, zwischenmenschlicher Einigungen oder entsteht durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesellschaftsschicht oder Gruppe. Die gemeinsam erschaffene Konstruktion wird aufrechterhalten, wenn die Sinnzusammenhänge auch subjektiv als wirklich und wahr angesehen werden. Eine Veränderung kommt nur zustande, wenn die Konstruktion mit der Realität nicht mehr vereinbar ist. In diesem Fall wird die reale Wirklichkeit jedoch nicht erkannt, sondern das Bewusstsein nimmt ausschließlich wahr, dass die eigene Annahme falsch war. Daher ist es nicht möglich zu divergieren, welche Wirklichkeit die wirkliche ist (vgl. Watzlawick, 2012).

2.4 Die Viabilität - Ernst von Glaserfeld

Ernst von Glaserfeld bezeichnet den Konstruktivismus als *Erkenntnistheorie*, die einen radikalen Bruch mit der traditionellen Epistemologie³ verursacht (vgl. Glaserfeld, 1999). Geht man allerdings von diesem Ansatz aus, so muss man feststellen, dass alles je Gedachte geändert werden muss.

Ein wichtiger Begriff in seiner Theorie vom Verständnis des Konstruktivismus, ist der der *Viabilität*. Sie ist ein zentraler Ausdruck vom radikalen Konstruktivismus und kann als gangbar oder brauchbar umschrieben werden. Glaserfeld geht davon aus, dass gesellschaftliche Konstruktionen keine Übereinstimmungen mit der äußeren Realität aufweisen. Er sieht das Kernproblem in der abendländischen Philosophie, die zeigt, was sich außerhalb der Erlebniswelt befindet. Das Problem kann mit dem radikalen Konstruktivismus nicht gelöst, sondern lediglich umlaufen werden. Da eine konstruierte Wahrheit zu keiner Zeit

3 Wissenschaftstheorie; Erkenntnistheorie

deckungsgleich mit der tatsächlichen Realität sein wird, beschreibt an Stelle des endgültigen Wahrheitsbegriffes, die Relevanz einer bestimmten konstruierten Wirklichkeit durch den Begriff der Viabilität. Handlungen oder Bezeichnungen sind viabel, wenn die Beschreibung zu der Handhabung passt. Auf diese Art und Weise kann die Fiktion überwunden werden, da durch den empirischen Beleg einer Annahme oder das positive Ergebnis einer Handlung das objektive Erkennen der Welt wahrgenommen werden kann.

Seine getroffenen Aussagen über den Konstruktivismus bezieht er hauptsächlich auf die *Kognitionstheorie* von Jean Piaget., welcher wichtige Erkenntnis im Forschungsgebiet der *kognitiven Anpassung* über die Prozesse von *Akkommodation*⁴ und *Assimilation*⁵ erbrachte (vgl. Glaserfeld, 2012).

2.5 Konstruktion der sozialen Konstruktion - Peter M. Hejl

In seiner konstruktivistischen Sozialtheorie bezieht sich Peter M. Hejl auf die Hypothesen von Maturana, Foerster sowie Glaserfeld. Demnach wählen lebende Systeme Verarbeitungsmechanismen, die nicht der ontologischen Realität entsprechen, sondern beziehen sich auf vorangegangene Situationen und Erfahrungen. Dementsprechend bewerten sie Situationen der Interaktion mit anderen Individuen und sozialen Systemen und wählen ihre Handlungen auf Grundlage dessen aus. Die beeinträchtigte Wahrnehmung stellt die Störung dar, welche eine Erfassung der ontologischen Wirklichkeit verhindert und stattdessen eine Konstruktion einer eigenen Realität bedingt.

4 Anpassung

5 Angleichung eines Einzelnen oder einer Gruppe an die Eigenart einer anderen Gruppe, eines anderen Volkes

Lebende Systeme sind nach Hejl Verbindungen selbsterzeugender oder selbstorganisierter Prozesse. Darauf aufbauend befasst er sich mit der Fragestellung, warum Gesellschaften entstehen und wie diese dargestellt werden können. Durch die, durch die Evolution verursachte Vergrößerung des Gehirns entstanden komplexe Nervensysteme, welche es lebendigen Systemen ermöglichen, Perturbationen zu verarbeiten und Wirklichkeiten zu erzeugen. Die Zunahme des Hirnvolumens und die dadurch resultierende steigende Kognition und deren Komplexität wurden bald aber selbst zur Perturbation, da nicht mehr entschieden werden konnte, welche Wirklichkeit die wirkliche und welche Handlung angemessen ist, somit das Überleben gefährdet ist. Andererseits wurde ein Mittel zur Selbsterhaltung geschaffen, indem ein lebendiges System neue Wirklichkeiten konstruiert, falls Veränderung auftreten, die von ihm nicht mehr kontrolliert werden können (vgl. Hejl, 2012).

Die lebenden Systeme haben die Gesellschaft erfunden, um diesen Vorteil zu nutzen und Gefahren einzuschränken. Durch Konzentration der zahlreichen kognitiven Möglichkeiten, ist es einerseits möglich gewesen Kunst, Religion und Wissenschaft zu erfinden, andererseits konnte durch die Gefahren eine Sinnhaftigkeit in Form von Zusammengehörigkeitsgefühlen gewonnen werden, sowie die Erkenntnis, dass gemeinsam die Gefahr gebannt werden kann (vgl. Hejl, 2012).

Durch die Symbiose von individuellen und sozial - gesellschaftlichen Wirklichkeiten wurde das Überleben gesichert. Außerdem schaffte dies die Möglichkeit der Innovation und Selbstverwirklichung, was ebenfalls die Chance auf ein Überleben potenzierte.

Ist ein System gefestigt und verändert es sich nicht mehr durch weitere Interaktion, so empfinden die einzelnen lebenden Systeme eine Objektivität, die die Möglichkeit der Angleichung der einzelnen Wahrheiten aneinander beinhaltet. Durch diese Angleichung können dann soziale

Bereiche, beispielsweise Beziehungen und Netzwerke entstehen. Als soziales Verhalten innerhalb dieser Gefüge wird jedes Verhalten bezeichnet, das selbst durch sozial erzeugte Wirklichkeitskonstruktionen gebildet wurde oder das auf deren Bildung oder Ist - Zustand Einfluss nimmt.

Das soziale System ist eine Gruppe lebender Systeme, die im Bereich einer gemeinsamen konstruierten Wirklichkeit, mit sinnvollem effektivem Handeln und Kommunizieren agieren. Soziale Systeme sind nach Hejl keine autopoietischen, da sie weder selbsterhaltend, selbstreferenziell, noch selbstorganisierend sind. Er bezeichnet sie als synreferenzielle Systeme. Selbsterhaltend sind sie nicht, da soziale Systeme selbst keine lebenden Systeme erzeugen, die für ein soziales System konstruiert werden müssen (vgl. Hejl, 2012). Selbstreferenziell sind sie nicht, da sie keinen systemrelevanten Zustand festlegen, der für alle Elemente ständig gültig ist. Selbstorganisierend sind sie nicht, da die Bildung eines definierten sozialen Systems nicht wiederholbar ist, wie es bei der Bildung von chemischen Prozessen wäre (vgl. Hejl, 2012).

Grundlage der Synreferenzialität sind die Zustände im sozialen System, die in ihm oder für es gebildet wurden. Sie bezieht sich auf selbstreferenzielle gedankliche Zustände, die jedes Individuum in einem Sozialgefüge erlebt und die es zu einem Teil des Gefüges machen.

Sozialer Wandel findet dann statt, wenn ein Individuum, welches sich gleichzeitig in mehreren sozialen Gefügen als Mitglied befinden kann, unterschiedlichen Wahrheitskonstruktionen und damit verbundenen kongruenten Handlungsanforderungen ausgesetzt ist. Das Individuum ist nun gezwungen entweder aus dem sozialen System auszutreten, seine Handlungen anzupassen, das soziale Gefüge aufzulösen, die Wirklichkeit erneut anzupassen oder zu variiieren (vgl. Schmidt, 1998).

3. Einführung in die Sucht

Der Missbrauch und die dadurch entstehende Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, dazu zählen Pharmazeutika, Alkohol und illegale Drogen, stellen in der Bevölkerung die größte Gruppe psychischer Störungen dar und verursachen einen erhöhten volkswirtschaftlichen Kostenfaktor. In Deutschland ermittelte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2005, dass zu diesem Zeitpunkt ungefähr 1,5 Millionen Menschen in Deutschland an einer Alkoholabhängigkeit und etwa 1.75 Mio. Menschen von anderen Suchtmitteln wie Kokain und Heroin abhängig sind. Zu den daraus resultierenden wirtschaftlichen Kosten ermittelte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, dass es jährlich zu einem finanziellen Schaden von ungefähr 20,2 Milliarden Euro kommt. Diese Statistiken sind ohne die Einbeziehung von nicht stoffgebundenen Süchten wie z.B. Spiel-, Arbeits-, oder Sportsucht (vgl. Poppelreuter & Gross, 2000). Die Abhängigkeitserkrankungen scheinen dabei nicht nur den Betroffenen selber zu schaden, sondern auch denjenigen, die sozial oder beruflich von ihnen abhängig sind (vgl. Grüsser & Thalemann, 2006).

3.1 Begriffsbestimmung Sucht

Der Begriff Sucht ist die deutsche Übersetzung für das lateinische Wort „*morbus*“. Etymologisch⁶ leitet sich der Begriff von „*siech*“ ab. Ab dem 16. Jahrhundert galt der Begriff der Sucht als Ersatz für die Begriffe Seuche, Krankheit und Siechtum. Die Form der Wortbildung *Sucht* zeichnet sich durch spezifische Krankheiten, wie Gelbsucht und Fehlverhaltensweisen von moralisch – religiöser Art, wie z.B. Streitsucht aus, aber auch durch

⁶ Wissenschaft von der Herkunft und Geschichte der Wörter und ihrer Bedeutungen

den Missbrauch von psychotropen Substanzen (vgl. Harten, 1991). Nach dem Erkennen von stoffgebundenen und nichtstoffgebundenen Suchterkrankungen, wurde diese am Ende des 19. Jahrhunderts in vier Suchtarten unterteilt, in Trunk-, Kokain-, Morphin- und Spielsucht (vgl. Kellermann, 1998). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert erstmals 1950 den Begriff Drogensucht mit psychischer und teilweise physischer Abhängigkeit von der Wirkung einer Droge (vgl. Grüsser & Thalemann, 2006). Mehrfach versuchte die WHO den Begriff *Sucht* für sozialpolitische Zwecke und für die Forschung brauchbar zu definieren. Um ein Fundament für internationale Kontrollgesetze gegen illegale Drogen zu definieren, erhob ein Expert Committee on Addiction – Producing Drugs die Definition und unterschied zwischen Sucht und Gewöhnung.

„Drug addiction is a state of periodic or chronic intoxication produced by the repeated consumption of a drug (natural or synthetic). Its characteristics include: (1) an overpowering desire or need (compulsion) to continue taking the drug and to obtain it by any means; (2) a tendency to increase the dose; (3) a psychic (psychological) and generally a physical dependence on the effects of the drug; (4) detrimental effect on the individual and on society“ (Jellinek, 1972, S. 115).

1964 ersetzte die WHO nach wachsender Kritik von Psychologen und Soziologen (vgl. Seite 59) diesen Begriff durch die Drogenabhängigkeit, „um einen bisher allgemeinen von der Verschiedenheit der suchterzeugenden Stoffe unabhängigen Krankheitszustand zu differenzieren“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 59).

„Drug dependence is a state of psychic or physical dependence, or both, on a drug, arising in a person following administration of that drug on a periodic or continuous basis. The characteristics of such a state will vary with the agent involved, and these characteristics must always be made

clear by designating the particular type of drug dependence in each specific case; for example, drug dependence of morphine type, of barbiturate type, of amphetamine type, etc" (Halbach, 1965, S. 722).

3.2 Definition und Klassifikation von Abhängigkeit/Verhaltenssucht

Die WHO klassifizierte 1965 die Suchtdefinition in verschiedene Formen der Abhängigkeit. Diese Form der Abhängigkeit unterscheiden sich in unterschiedliche Missbrauchstypen je nach psychoaffektivem Stoff, wie z.B. den Kokaintyp, Cannabistyp oder Alkoholtyp. Durch die Einnahme der genannten Stoffe entstehen körperliche und biochemische Veränderungen, die exzessive belohnende Verhaltensweisen verursachen. Allerdings lassen sich in der heutigen Zeit, durch den multiplen Missbrauch von Drogen bei Jugendlichen, diese nicht mehr in die Klassifikationsformen unterteilen. Vielmehr wird von einem polytoxikomanen Typen gesprochen, „d.h. er konsumiert in Mischformen nach Stimmungslage und Verfügbarkeit verschiedene psychoaktive Substanzen gleichzeitig oder in kurzen Abständen“ (vgl. Schmidbauer & vom Scheidt, 1998).

Dadurch entstehen verschiedene Kriterien, wie psychische und soziale Faktoren und die chemische Zusammensetzung der Droge, die in die Klassifikation mit einbezogen werden müssen. Somit nennt die ICD - 10 (Internationalen Klassifikation psychischer Störungen) die stoffgebundene Abhängigkeit, *Abhängigkeitssyndrom* und die DSM - IV - TR (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) *Substanzabhängigkeit* (vgl. Dilling, 2005 & Saß, 2003). Dabei werden Syndrome erläutert, die beim Konsum einer Droge von der Intoxikation bis zum Missbrauch führen. Ein Abhängigkeitssyndrom beschreibt die im Zusammenhang stehenden körperlichen, behavioralen, und kognitiven

Ereignisse. Der Missbrauch einer psychotropen Substanz dagegen beschreibt eine Negativfolge von sozialen und zwischenmenschlichen Ereignissen die dabei zu psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen führen. Die DSM - IV - TR beschreibt den Missbrauch einer psychotropen Substanz, wenn innerhalb eines 12 monatigen Zeitraums mindestens eins der folgenden Kriterien auftritt:

„Versagen beim Erfüllen wichtiger Verpflichtungen, zum Beispiel bezogen auf die Arbeit, Schule und Familie.“

„wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es deswegen zu körperlicher Gefährdung kommen kann.“

„wiederholte Gesetzeskonflikte wegen des Substanzkonsums.“

„fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch den Substanzkonsum verstärkt werden“ (vgl. Grüsser, 2006).

Die ICD - 10 (Internationalen Klassifikation psychischer Störungen) verwendet statt des Begriffes *Missbrauch* den Begriff *schädlicher Gebrauch*. Dabei handelt es sich bei der Beschreibung um eine psychische oder physische gesundheitliche Schädigung eines Konsumenten durch die Einnahme von psychotropen Substanzen. Außerdem wird das Verhalten des Konsumenten mit negativen Folgen einhergehend kritisiert und der zeitliche Rahmen außer Acht gelassen (vgl. Grüsser, 2006).

Bei einer nichtstoffgebundenen Sucht wird von einer Verhaltenssucht gesprochen. Hierbei werden keine psychotropen Substanzen eingenommen. Dennoch entsteht auch hierbei eine exzessive Ausführung von Verhaltensweisen die über ein normales Verhalten hinausgeht. Gebtsattel erläutert, dass „ jede Sucht der Vernunft widerspricht, da die Vernunft ein Vermögen des Maßhaltens ist. Das Maß ist aber der Feind der jeweiligen Sucht. Gerade die Maßlosigkeit wird in der Sucht getätigter,

und der sensationelle Verstoß gegen das Maß ist geradezu der Hauptanreiz des süchtigen Verhaltens...“ (vgl. Gebssattel, 1954, S. 224).

Momentan berücksichtigen die ICD - 10 und die DSM - IV - TR die Verhaltenssucht nicht in ihrer Definition von dem Begriff *Sucht*. Nur eine einzige Form der Verhaltenssucht, das pathologische Glücksspiel, ein Spielverhalten mit klinischer Relevanz, wird in der ICD - 10 in der Kategorie *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* als abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle klassifiziert (vgl. Dilling, 2005). Während die DSM - IV -- TR es ausschließlich als Störung der Impulskontrolle klassifiziert (vgl. Saß, 2003).

Die Merkmale für das pathologische Glücksspiel sind ein andauerndes, wiederholtes Spielen in einen Zeitraum von einem Jahr, sowie ein anhaltendes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie z.B. Verarmung oder gestörte Familienbeziehungen. Durch die Klassifikationen kann ein entscheidender Einfluss für die Anwendung von psychotherapeutischer und medikamentöser Intervention entstehen. Ein Entzugssyndrom, wie bei der stoffgebundenen Abhängigkeit, wird hierbei nicht benannt. Allerdings können Unruhe oder Gereiztheit, die beim *Nichtspielen* entstehen, als Entzugssyndrome durchaus in Erwägung gezogen werden (vgl Grüsser, 2006). Von Gebssattel äußert „die Ausübung des exzessiven Verhaltens steht somit an oberster Stelle“ (vgl. Grüsser, 2006. S.21). Daher stehen das Verlangen zu Spielen und die eingeschränkte Kontrolle des Suchtverhaltens trotz negativer Konsequenzen im Vordergrund (vgl. Grüsser, 2006).

3.3 Sucht als Krankheit

Die Sucht kann aus drei verschiedenen Perspektiven erläutert werden, aus der medizinischen, aus der psychopathologischen und der soziologischen.

3.3.1 Sucht im medizinischen Sinn

„Jedes Verhalten, das im Extrem betrieben wird, kann „süchtig entgleisen“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 51). Aus medizinischer Sicht wird ein Verhalten, das sich zur Gewohnheit entwickelt und Nachteile birgt, die zwischenmenschlichen Beziehungen zu schädigen und den Alltag zu beherrschen, als Sucht benannt. In der Medizin ist die Sucht eine übertriebene oder pathologische Ausdrucksweise eines natürlichen menschlichen Verhaltens. Deshalb befasst sich die Medizin nicht nur mit der Ursachenforschung der Einnahme von psychotropen Substanzen und deren Wirkung auf den menschlichen Organismus, sondern auch mit den auftretenden Störungen im Drogenentzug sowie den Folgeschäden eines Drogenmissbrauchs. Ein wichtiges Kriterium für den Missbrauch von Drogen ist die sogenannte Toleranz, die sich gegenüber den Substanzen entwickelt. (vgl. Kloppe, 2004). Köhler (2000) postuliert, „dass nach wiederholter Einnahme einer psychotropen Substanz bei gleicher Dosis die Wirkung geringer wird bzw. die eingenommene Menge gesteigert werden muss, um weitere Effekte zu erzielen“ (vgl. Köhler, 2000, S. 26).

Psychotrope Substanzen greifen bei der Kommunikation zwischen Nervenzellen ein. Die Medizin geht davon aus, dass sich für jede Droge ein passender Rezeptor im menschlichen Organismus befindet. Die Enzyme, welche sich in den Rezeptoren befinden, können chemische

Prozesse auslösen oder begünstigen (vgl. Kloppe, 2004). Dadurch bedingen sie die Ausschüttung von Transmittern und beeinflussen so die Schaltzentren im Gehirn. Dabei werden Prozesse entweder gehemmt oder beschleunigt, was der menschliche Organismus als Beruhigung oder Stimulation wahrnimmt. Dies kann zu Symptomen wie Wahnvorstellungen oder starken Ängsten führen (vgl. Kloppe, 2004).

3.3.2 Psychopathologie der Sucht

Aus der Sicht der Persönlichkeitspsychologie sind Drogen Genussmittel die mit einem „Zersetzungsprozess von funktionellen Störungen der Persönlichkeit“ (vgl. Kloppe, 2004, S.61) zusammenhängen. Die Ätiologie der Sucht befindet sich in der psychischen Struktur sowie in der Funktionsweisen des menschlichen Organismus. Demnach kann die Drogenabhängigkeit als eine bestimmte Funktionsweisen des Ichs gedeutet werden. Sigmund Freud beschrieb 1923 anhand eines Modells die Psyche des Menschen. Im „Drei - Instanzen - Modell“ unterscheidet Freud zwischen der Funktionsweise vom „Es“, „Ich“ und „Über - Ich“. Dabei befasst sich das „Es“ mit den primären Trieben und drängt auf Befriedigung von Bedürfnissen und dem eigenen Lustgefühl. Es ist unwillkürlich und toleriert dabei keine soziale Norm oder Moralität. Im direkten Gegensatz dazu dient das „Über - Ich“ der kulturellen Wertvorstellung. Als das *Gewissen* steht das „Über - Ich“ im ständigen Konflikt mit dem „Es“. Folglich steht der *Verstand*, die *Moral* ebenfalls in ständiger Kontroverse mit den individuellen *Gefühlen* und *Bedürfnissen*. Das „Ich“ vertritt einen realitätsorientierten Standpunkt der Persönlichkeit und versucht, eine Balance zwischen dem „Über – Ich“ und dem „Es“ zu erzielen. In diesem Zusammenhang kann die Drogenabhängigkeit eine Reaktion des „Ichs“ sein, ein Versuch der Anpassung an extreme

Außeneinflüsse mit dem vielleicht einzigen aktuell zur Verfügung stehenden Mittel. (vgl. Kloppe, 2004)

Der US – amerikanische Psychiater und Psychoanalytiker Leon Wurmser betrachtet die Drogensucht als schwere Neurose, die einen Widerstand gegen das „Über - Ich“ darstellt. „eine Art Aufbegehren gegen (...) einen Anteil einer so besonders erdrückenden und quälenden inneren Autorität, in der Hoffnung, auf diese Weise irgendein Fantasieidentität zu erlangen“ (vgl. Kloppe, 2004, S.63).

Laut Leon Wurmser sind folgende Ursachen von Bedeutung: „Wenn Regulationsstörungen durch den symbolischen Prozess verschlüsselt werden, nimmt die resultierende Konfliktkonfiguration symptomatische und charakterologische Formen an“ (vgl. Lichtenberg, 1991, S.199), „die man heute mit „Spaltung“ erklärt“ (vgl. Wurmser, 1997, S. 338). Wurmser nennt die entstehenden Konflikte „narzisstische Krise“, die auf „Über - Ich - Konflikte“ deuten. Damit ist die Struktur der Persönlichkeit der Betroffenen als Ursache für die Sucht zu sehen und nicht die konsumierte Substanz (vgl. Kloppe, 2004).

Immer wieder wird in der Literatur bei der Untersuchung von Sucht auf ein Ungleichgewicht zwischen Angst und Depression hingewiesen. Der Psychoanalytiker Fritz Riemann analysiert in einem seiner Bücher die vier seelischen Grundbedürfnisse des Menschen nach Zugehörigkeit, Individualität, Stabilität und Wandel. Für die menschliche Existenz müssen diese vier Bedürfnisse gleichermaßen vorhanden sein. Aus den genannten vier Bedürfnissen ergaben sich für Riemann vier Grundformen der Angst. Die Angst vor Ausgrenzung, Vereinnahmung, Unberechenbarkeit und Erstarrung. Dabei erforschte Riemann nicht nur das Vorhandensein der Ängste, sondern erkannte, dass einige dieser Merkmale beim Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Daraus folgert er, „ dass einzelne Grundbedürfnisse in der Seele als Struktur erscheinen, die bei

verschiedenen Menschen über das ganze Leben einigermaßen konstant und dominant bleiben“ (vgl. Kloppe, 2004, S.66).

Somit suchen Menschen, bei denen das Bedürfnis nach Beständigkeit in ihrer seelischen Grundstruktur besonders ausgeprägt ist, nach seelischer Sicherheit und Wohlbefinden. Liegt eine starke Ausprägung der Grundstruktur im Bereich des Zugehörigkeitsbedürfnisses vor, so begeht er das Gefühl von Nähe und Geschlossenheit. Menschen, die am Ehesten das Bedürfnis nach Individualität und Veränderung verspüren, sind für alles Neue offen (vgl. Kloppe, 2004).

Als suchtanfällig gelten selbstunsichere Menschen. Dabei suchen diese in der Einstiegsphase durch die Droge nach dem Gefühl von Wohlbefinden und einer Leistungssteigerung. Das Selbstwertgefühl soll gestärkt werden. Die psychotropen Substanzen verändern dabei die Wahrnehmung der Außenwelt, indem die Reizreaktion verändert wird (vgl. Kloppe, 2004).

So kann das Empfinden nach Einnahme der Droge bewusster sein oder ein Gefühl der Unsicherheit verstärkt werden. Die Wahrnehmung der Realität tritt immer weiter in den Hintergrund, während die Fantasiewelt realer wird. Freud nennt diesen Rückzug nach Innen „Regressions der seelischen Tätigkeit auf eine frühere Stufe“ (vgl. Freud, 1993, S. 79).

Friedrich H. Tenbruck schreibt in seinem Buch „Perspektiven der Kultursoziologie“, dass Bedürfnisse immer ein individuelles Problem sind. „Der Mensch hat keine wahren, ihm von der Natur fest mitgegebenen Bedürfnisse, aber als Handelnder kann er nicht umhin, solche für sich zu definieren. Vorstellungen von solchen ihm angemessenen Bedürfnissen sind für den Menschen unverzichtbar (...)“ (Tenbruck, 1996, S. 228).

„So handelt es sich zumeist um Konstrukte, die die Menschen mittels Interpretation, Zuordnung und Vergleich abstrahierend aus ihren Empfindungen und den Situationen heraus filtern“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 68).

Daraus lässt sich schließen, dass Bedürfnisse keinen objektiven Bezug zur Wirklichkeit haben, sondern von einander abhängen und situativ sind. Somit ist es nicht möglich Bedürfnisse zu schaffen, die menschliche Bedürfnisse befriedigen können. Das Bedürfniskonstrukt, die Realisierbarkeit und die tatsächliche Realisierung werden nie übereinstimmen, sodass sich aus einer Situation heraus ein neues Bedürfnis ergibt oder aus einem gestillten Bedürfnis ein weiteres oder eine verstärkte Version des Vorangegangenen ergeben wird. Demnach ist aus psychopathologischer Sicht, Sucht eine Verhaltensweise, die immer im gesellschaftlichen Zusammenhang entsteht und auch so interpretiert und betrachtet werden sollte (vgl. Kloppe, 2004).

3.3.3 Die soziologische Sucht

„Süchtig ist im psychopathologisch - soziologischen Sinne, wer sich in dem Bestreben aus einer unerträglich erscheinenden Realität in eine Betäubung zu flüchten versucht“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 72).

Aus der soziologischen Sicht der Sucht sind die makro- und die mikrosoziologischen Betrachtungsweisen entscheidend.

Bei mikrosoziologischen Untersuchungen wird die „Suche nach dem subjektiven Nutzen und den instrumentellen, sozialen und symbolischen Funktionen des Drogenkonsums“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 70) näher behandelt. Aus dieser Perspektive werden Drogen zur Bedürfnisbefriedigung genutzt. Der Drogenkonsum ist eine bestimmte

Form des menschlichen Verhaltens und ist das Resultat der Bewältigung der Ich - Umwelt - Beziehung. Durch die gesellschaftliche Anerkennung vom Konsum legaler und einiger illegaler Drogen, wie Alkohol, Nikotin oder Cannabis, entwickelte sich dieser zu einer normalen Strategie, die individuelle Realität mit allen positiven und negativen Aspekten zu verarbeiten. Sobald ein Mensch durch die Droge jedoch sein körperliches, psychisches oder soziales Befinden verändern will, kann der Drogenkonsum in kurzer Zeit zu einer körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit und Schädigung führen. Die Sozialisationsforschung kommt zu dem Ergebnis, dass das gesundheitsrelevante Verhalten des Menschen schon in seiner frühen Biografie geprägt wird (vgl. Kloppe, 2004).

Somit hängt auch die Auswahl von Reaktionsformen, wie Aggression, mit der Persönlichkeit und dem sozialen Umfeld zusammen.

Krista Stosberg spricht in ihrem medizinsoziologischen Modell unter Einbeziehung der genannten Aspekte von einem „Zusammenhang zwischen Drogenverhalten und den verschiedenen Ausprägungen von Störungen im Sozialisations- und Resozialisationsprozess“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 71). Dabei ist davon auszugehen, dass der Drogenkonsument durch erlebte Sozialstörungen im Bereich der Familie, der peer-group⁷ oder Schule, ein nicht soziales Verhalten zeigt. Bestimmte Merkmale im sozialen Milieu, wie der eigenen Familie, können bei Jugendlichen nach Stosberg die Entstehung und den Verlauf von Drogenkonsum maßgeblich beeinflussen (vgl. Kloppe, 2004).

Um der Realität zu entfliehen, versuchen abhängige Menschen ihren Körper und Geist zu betäuben. Dabei wird entweder ihr Bezug zur Außenwelt oder zu sich selbst gefährdet. Ihre unerträgliche Situation wird für eine bestimmte Zeit erträglich, ist aber nicht gelöst. Durch den Wunsch, diese Scheinsituation aufrecht zu erhalten, entwickelt sich das Gefühl,

⁷ Gruppe von etwa gleichaltrigen Kindern oder Jugendlichen, die als primäre soziale Bezugsgruppe neben das Elternhaus tritt

nicht mehr aufhören zu wollen oder zu können Maßlosigkeit ist die Folge und selbstzerstörerische Prozesse werden aktiv. Küppers (1999) nennt dieses Verhalten der Sucht „protrahierten Suizid“ und den Rausch „Antizipation des Todes“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 73).

Geht man von dem Drei - Faktoren - Modell der integrativen Ursachentheorie aus, so resultiert eine süchtige Bindung an die Droge aus der Wechselwirkung zwischen Drogenmerkmalen, der Persönlichkeit und der Umwelt.

Die Trias von W. Pöldiger (1981) deutet auf drei Entstehungsursachen einer Drogenabhängigkeit hin.

1. „Prämorbidität⁸, Heredität⁹, frühkindliches Milieu, (...) sind Faktoren, die seitens der Persönlichkeit als Voraussetzung dem Drogengebrauch entgegenkommen.“
2. „Beim sozialen Milieu zählen die familiäre Situation, der Beruf, (...), die eine Bereitschaft für Drogen bedingen könnten.“
3. In Bezug auf die Droge zählen die Art der Einnahme, die Dosis, die Dauer, (...) zu den Faktoren, die bei Analyse von Drogenabhängigkeit eine entscheidende Rolle spielen“ (vgl. Kloppe, 2004, S. 73 und 74).

⁸ Gesamtheit der Krankheitserscheinungen, die sich bereits vor dem eigentlichen Ausbruch einer Krankheit zeigen

⁹ Erblichkeit

3.4 Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit

3.4.1 Lerntheoretische Erklärungsansätze

Mit dem Modell der *klassischen Konditionierung* lassen sich die Drogenabhängigkeit und der Rückfall erläutern. Dabei werden vorab neutrale Reize mit dem Abhängigkeitsverhalten und der Wirkung verbunden. Der dadurch entstehende konditionierte Reiz löst eine konditionierte Reaktion aus. Dies verleitet den Abhängigen zur erneuten Drogeneinnahme. Die dabei erlernte Verhaltensweise ist positiv oder negativ.

O'Brien (1992) unterscheidet diese beiden Handlungsarten in die drogengegensätzlich und die drogengleichsinnig konditionierte Reaktion. Belegt wird diese These von Eikelboom und Stewart (1982) bei Tierexperimenten und Ludwig (1986) bei Humanuntersuchungen. Beide Forschungsergebnisse zeigen ähnliche Resultate. Unter anderem äußert O'Brien (1986), „dass konditionierte drogenähnliche Reaktionen mit Drogenverlangen einhergehen“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 30).

Wikler entwickelte 1948 die Theorie, „dass an den Drogenkonsum klassisch konditionierte Umweltstimuli zu konditionierten Entzugserscheinungen (...) führen“ (vgl. Grüsser, 2006).

Er nimmt grundsätzlich an, „dass diese konditionierten Entzugserscheinungen (...) zur erneuten Drogenaufnahme führen können (...), um den unangenehmen Gefühlszustand zu beseitigen“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 30).

Auch seine These wird von verschiedenen Forschern wie Eikelboom und Stewart belegt.

Robinson und Berridge (1993) gehen davon aus, dass erlernte Reaktionen durch Suchtmittel – assoziierte – Reize eine Motivation für die Reaktion (Drogeneinnahme) ist. Diese Motivation führt zum Verlangen nach

Suchtmitteln und dadurch zur Suchtmitteleinnahme. Es entsteht ein zentraler Zusammenhang zwischen der erlernten Stimulation, dem Verlangen und der Gefährdung eines Rückfalls zur Droge. Das Verlangen nach der Droge wird nicht immer bewusst wahrgenommen. Vielmehr ist das Verhalten verinnerlicht und das Verlangen der Droge wird zum Automatismus (vgl. Grüsser, 2006).

Ein weiteres Modell zur Erklärung einer Abhängigkeit ist die *operante Konditionierung*. Nachdem die eingenommene Droge ein positives Gefühl, wie z.B. Entspannung als Belohnung registriert, wird dieses Erleben positiv auf das Verhalten verstärkt. Entstehen bei einer Abstinenzphase Entzugserscheinungen, so werden diese durch eine negative Verstärkung vermieden. Die durch das Suchtverhalten vermiedenen Entzugserscheinungen oder andere unangenehme Situationen und Wahrnehmungen werden ebenso verstärkt. Dabei tragen die Verstärkungsmechanismen dazu bei, dass die Suchtmitteleinnahme wiederholt wird.

Neben der operanten Konditionierung sind *affektive und motivationale Zustände* weitere relevante Faktoren, während und nach dem Konsum einer Droge. „Dabei wird davon ausgegangen, dass der positive Verstärker proportional zur Chronizität¹⁰ des Suchtmittelkonsums seine Verstärkerwirkung verliert, während die Wirkung des negativen Verstärkers zunimmt und dieser zum zentralen Motivator für die Wiedereinnahme von Suchtmitteln wird“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 33).

Das heißt je weiter die Sucht fortschreitet, desto mehr muss die Dosis der Droge gesteigert werden, um einen ausreichend positiven Effekt zu erzielen, wodurch allerdings auch die negativen Gefühle durch Entzugserscheinungen verstärkt werden. Die Droge wird weiter und verstärkt konsumiert, um vor allem die negativen Gefühle zu vermeiden. Somit ist die Entstehung einer Abhängigkeit maßgeblich durch die positive

1 0 chronischer Verlauf einer Krankheit

Verstärkung, also die positive Wirkung bedingt, während die Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit stark durch die negative Verstärkung, also die Vermeidung von negativen Gefühle geprägt ist. Beobachtungen zeigen, dass Alkoholverlangen nur bei negativen Gefühlszuständen ausgelöst wird, wenn die Erwartung des Konsumierenden an das Suchtmittel eine angenehme und beruhigende Wirkung ist. Dies spricht für eine Entstehung des Suchtmittelverlangens auf kognitiver und motivationaler Ebene (vgl. Grüsser, 2006).

3.4.2 Integrativer Psychobiologischer Erklärungsansatz

Das süchtige Verhalten kann in den Strukturen des menschlichen Gehirns auf das Belohnungszentrum Einfluss nehmen und führt zu Lust- oder Unlustgefühlen. Dabei verbinden sich die Wirkstoffe der Droge mit den Botenstoffen Noradrenalin, Serotonin und Dopamin. Der Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum und den damit verbundenen Sinneseindrücken wird automatisch im Gehirn gespeichert. Dabei werden die entstandenen Reize mit der Droge assoziiert und ausgelöst. Ein Verlangen der Droge wird somit angeregt. Robinson und Berridge (1993) beschreiben diesen Vorgang so, „dass nach mehrfachem Drogenkonsum durch die Sensitivierung des dopaminergen Belohnungssystems drogenassoziierte Reize einen erhöhten Anreiz erfahren und durch diese Reize ein konditionierter motivationaler Zustand ausgelöst wird, der unabhängig von der emotionalen Komponente der konditionierten Reaktion (...) Drogenverlangen (...) auslöst“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 34 und 35).

Die Reaktion auf einen Reiz kann dabei nicht nur durch den menschlichen Trieb bestärkt werden, sondern auch durch den bloßen Anblick der Droge,

den Geruch oder den Geschmack, vorausgesetzt es wird eine Belohnung assoziiert. Die Assoziation der Aktivität mit dem Reiz wird folglich konditioniert angenehm empfunden. Dieses Vorgehen wird von Robinson & Berridge (1993) als *incentive salience* bezeichnet.

Nach dem Modell der Anreizhervorhebung von Robinson & Berridge (1993) ist, „das süchtige Verhalten die Folge der persistierenden Neuroadaptation durch chronischen Drogenkonsum“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 36). Demnach sei die Grundlage für die Anreizhervorhebung „eine erhöhte Dopamintransmission im Nucleus accumbens und im Striatum“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 36).

Das heißt durch die Ausschüttung chemischer Stoffe wird ein positives Gefühl ausgelöst und das Interesse an der Droge gesteigert (vgl. Grüsser, 2006).

3.4.3 Kognitive Erklärungsansätze

Nach Marlatt (1985) sind „Selbstwirksamkeit, Wirkungserwartung, Kausalattributionen und Entscheidungsprozesse“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 39) kognitive Modelle, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit von Bedeutung sind. Als Selbstwirksamkeit werden individuelle Grundlagen zur angemessenen Bewältigung von Risikosituationen verstanden. Daraus schließt er, dass bei einer geringen Selbstwirksamkeit die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöht ist. Die Wirkungserwartung beschreibt die vorwegnehmende positive oder negative Empfindung der Droge. Dabei ist die Bereitschaft der Drogeneinnahme erhöht, wenn die positiven Empfindungen stärker als die negativen Empfindungen sind. Die Kausalattributionen beziehen den Drogenkonsum auf einen zurückliegenden Umstand. Diese drei Faktoren liegen entweder innerhalb oder außerhalb einer Person, sind stabil oder

instabil und beziehen sich entweder auf globale oder suchtspezifische Ursachen. Marlatt sieht den Entscheidungsprozess als ausschlaggebend für einen Suchtmittelkonsum oder einen Rückfall, d.h. jede Entscheidung kann zu einem Konsum führen, auch wenn sie nicht im direkten Zusammenhang mit der Droge steht (vgl. Grüsler, 2006).

Marlatt bezieht sich im „Modell der positiven Erwartungen“ (vgl. Grüsler, 2006, S. 40) auf die Wirkungserwartung, die der Süchtige beim Drogenverlangen erlebt. Diese Erwartung teilt sich in ein motivationales und kognitives Element. Das kognitive Element bezieht sich auf die Vermutung der Substanzwirkung, während das motivationale Element den Bedarf der positiven Drogenwirkung voraussetzt.

Der Autor sieht das Drogenverlangen verursacht durch die positive Erwartung der Drogenwirkung und der reduzierten Selbstwirksamkeiterwartung bezüglich des Umgangs mit schwierigen Situationen. Die Studie von Meyer und Stroebel (1983) deutet ebenfalls daraufhin, dass die vorweggenommenen Erwartungen an die Droge das Verlangen danach beeinflussen (vgl. Grüsler, 2006).

3.5 Das Konzept des Drogenverlangens

Das Drogenverlangen, auch *Craving* genannt, spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Instandhaltung einer Abhängigkeit. Allerdings gibt es in der Literatur kein einheitliches Konzept zu dieser These. Es sind jedoch unterschiedliche Ansätze zu finden. Nach dem ICD - 10 wird die Diagnose einer Abhängigkeit gestellt, wenn mindestens drei Merkmale zur Abhängigkeit vorliegen. In der Literatur existieren verschiedene Diskussionen und Hypothesen, welche neurobiologische Grundlagen in Verbindung mit der Abhängigkeit bringen. Abstufungen gibt es demnach

zwischen bewusstem und nicht - bewusstem Verlangen, sowie „dem Drogenverlangen auf Grund der angenehmen Drogenwirkungen und dem Verlangen nach Drogen, um Entzugssymptome oder andere negative Gefühlszustände zu vermeiden“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 50).

Körperliche Entzugserscheinungen, der Drogenkonsum und das Verlangen der Droge sind eng verbundene Voraussetzungen für das Konzept des Drogenverlangens. Tiffany (1990) differenziert automatisierte, nicht bewusste Abläufe von bewusstem Erleben des Drogenverlangens in Momenten, in denen keine automatisierte Drogeneinnahme besteht. Aus dieser Sicht ist das Drogenverlangen ein bewusster Prozess, „wenn die automatisierte Drogeneinnahme durch unvorhersehbare Ereignisse unterbrochen wird“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 50), d.h. wenn kein Suchtmittel verfügbar ist. Tiffany und Drobes (1991) unterteilen das Verlangen in vier Aspekte. „Verlangen allgemein (als Sehnsucht), Verlangen aufgrund der Erwartung einer positiven Wirkung, Verlangen aufgrund der Vermeidung von Entzugssymptomen und Verlangen als Absicht, die Droge einzunehmen“ (vgl. Grüsser, 2006, S. 51). Dagegen gehen Marlatt und Gordon (1985) davon aus, dass kognitive Kriterien, wie die Erwartung der Wirkung der Droge und die Grundannahme zum Verlangen, das Verlangen auslösen und dadurch der Rückfall zur Folge haben.

Das *kybernetische Modell* von Tretter (2000) sieht das Drogenverlangen als Antriebszustand, welcher sich auf die Ist – Soll – Wert – Diskrepanz bezieht und der dem Erreichen der Droge nützt. Trotz der verschiedenen Ansätze kann keiner die Fragen abschließend klären, ob Drogenverlangen immer oder nur manchmal bewusst erlebt wird und ob Drogen wegen des positiven Effekts oder wegen der Vermeidung unerträglicher Entzugserscheinungen konsumiert werden (vgl. Grüsser, 2006).

4. Studie

4.1 Einleitung

In dieser Untersuchung geht es um die Wirklichkeitsempfindung von suchtkranken Patienten in einer geschützten stationären Einrichtung und des dort arbeitenden multiprofessionellen Teams. Aufgenommen werden Patienten unabhängig vom Geschlecht und ab einem Alter von mindestens 16 Jahren. Der Schwerpunkt dieser Einrichtung bzw. Station ist die Entgiftungsbehandlung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Sekundär werden allerdings auch Patienten behandelt, die eine Abhängigkeit von anderen Substanzen wie z.B. Medikamenten aufweisen. Die Entgiftungsbehandlung dauert in der Regel bis zu 14 Tage an, kann jedoch erweitert oder auch verkürzt werden. Die Behandlung im stationären Rahmen erfolgt entweder auf freiwilliger Basis, nach PsychKG¹¹ oder Betreuungsrecht.

Die Unterbringung nach PsychKG ist die Unterbringung von Personen, bei denen Vorzeichen einer psychischen Krankheit vorhanden sein müssen.

Laut dem Gesetz sind psychische Krankheiten Abhängigkeitserkrankungen, behandlungsbedürftige Psychosen und psychische Störungen. Das PsychKG dient als Schutzmaßnahme, wenn die Person durch ihre psychische Erkrankung selbst gefährdet ist oder eine Gefährdung anderer besteht. Für die Unterbringung muss ein Antrag der örtlichen Behörden und dem sozialpsychiatrischen Dienst vom Amtsgericht eingereicht werden.

Damit ein PsychKG angeordnet werden kann, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden. Zum einen muss die betroffene Person

1 1 Psychisch - Kranken - Gesetz

psychisch krank sein und daraus folgend eine Eigen- oder Fremdgefährdung bestehen. Zum anderen muss ein ärztliches Attest zu dem oben genannten Punkt vorliegen. Das Gesetz erlaubt die Zwangsmedikation bei akuter Gefährdung. Allerdings darf diese Medikation nicht auf Dauer verabreicht werden.

Die anschließende richterliche Anhörung muss innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Wenn der Beschluss rechtskräftig ist, ist er sechs Wochen lang gültig und kann um weitere sechs Wochen vom Gutachter verlängert werden (vgl. Großkopf, 2010).

Alternativ zum PsychKG kann die Unterbringung nach Betreuungsrecht erfolgen. Wie das PsychKG ist die Unterbringung nach Betreuungsrecht eine freiheitsentziehende Maßnahme, die im stationären Rahmen erfolgt. Ein Betreuer wird für volljährige Personen, denen es nicht mehr möglich ist, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln, von einem Betreuungsgericht gestellt. Um nach dem Betreuungsrecht untergebracht zu werden, muss ein gesetzlicher Betreuer vorhanden sein. Die weiteren Voraussetzungen für eine Unterbringung sind die gleichen wie für das PsychKG. Im Unterschied zum PsychKG jedoch, erfolgt die Behandlung der Person ohne Zwangsmedikation. Auch hierbei muss die Anhörung innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Ist diese rechtskräftig, gilt auch sie sechs Wochen und kann ebenso um weitere sechs Wochen verlängert werden (vgl. Großkopf, 2010).

4.2 Problembeschreibung

Im Laufe der Bachelorarbeit die zunächst eine reine Literaturarbeit sein sollte, drängte sich mir die Frage auf, ob nicht durch ein unterschiedliches Verständnis von Sucht und Abhängigkeit vom Patienten und dem multiprofessionellen Team auch eine unterschiedliche Vorstellung der

Zielsetzung, des Therapieerfolges und allgemein des Aufenthaltes in der stationären Einrichtung entsteht. Ein weiterer Faktor, der die Wahrnehmung der einzelnen Individuen beeinflusst ist, dass für die einen das Thema Sucht und Abhängigkeit relativ rational als Arbeitsplatz bzw. „Job“ betrachtet wird. Für die Anderen aber bedeutet es Krankheit und ist ihr Lebensthema. Durch unter anderem diese beiden gegensätzlichen Einstellungen kann es zu Desensibilisierung beim Personal führen. Der Patient wird nicht mehr als Mensch betrachtet in seiner komplexen Lebenssituation, sondern der Fokus liegt auf der Kreislaufstabilisierung und der Substitutionstherapie. Es findet nicht ausreichend Biographiearbeit seitens des Pflegepersonals statt. Durch die erhöhte Fluktuation der Patientenklientels ist man hauptsächlich mit den Neuaufnahmen, Entlassungen und der Begleitung von Patienten in der akuten Entgiftungsphase beschäftigt, sodass allen weiteren Patienten wenig Aufmerksamkeit zukommt. Gerade in dieser Phase benötigen die Patienten besonders viel Aufmerksamkeit, da sie sich jetzt mit der Realität, sich selbst und ihren Problemen auseinandersetzen müssen und dies im bewussten Zustand ohne die Verschleierung durch das Suchtmittel. Oft werden die Patienten jetzt unruhig und äußern dies gegenüber dem Pflegepersonal. Im vermeintlichen Zeitmangel wird die für solche Situation vorgesehene Bedarfsmedikation ausgegeben ohne weiter zu differenzieren, ob die Unruhe durch den weiteren körperlichen Entzug oder eine andere Ursache begründet ist. Das jetzige Verhalten, das Einnehmen einer Substanz, in einer emotional oder körperlich angespannten Situation, ist der Einnahme des Suchtmittels sehr ähnlich, somit wird dieses Verhaltensmuster zur Entlastung der Situation gefördert und keine Gesprächssituation zugelassen, in der eine neue sinnvollere Copingstrategie mit dem Patienten entwickelt werden kann.

4.3 Fragestellung und Zielsetzung

Durch die in meiner Einleitung empfundenen und beschriebenen Problematiken sowie der Auseinandersetzung mit der Thematik des Konstruktivismus und Sucht auf literarischer Basis, kam ich zu der konkreten Fragestellung, *inwiefern unterscheidet sich die Wirklichkeitsempfindung der Patienten im Vergleich zu der des multiprofessionellen Teams?*

Mit Beginn meiner qualitativen Studie erhoffe ich mir eine Resensibilisierung des multiprofessionellen Teams im Umgang mit den Patienten, der Thematik Sucht und des Bewusstwerdens des eigenen Stellenwerts im Therapieverlauf der Patienten. Schon durch die Auseinandersetzung mit dem Fragebogen werden die einzelnen Personen der verschiedenen Professionen dazu bewegt, sich über ihre persönlichen Einstellungen und Einschätzungen gegenüber den Patienten, deren Verhalten, die Sinnhaftigkeit ihres eigenen beruflichen Daseins und der Komplexität des Themas Sucht bewusst zu werden. Durch die Ergebnisse sollen mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Verständnis herausgearbeitet werden, die dann ebenfalls zu einem Umdenken oder auch zu einem Bestärken des eigenen Verhaltens und Bewertens führen soll. Auch den Patienten soll die Möglichkeit gegeben werden, sich in einer wertungsfreien Umgebung mit ihrem Krankheitsverlauf, ihrem Aufenthalt auf der Station und der Akzeptanzfrage in ihrem sozialen Umfeld auseinander zu setzen.

Da es zu dieser Thematik in unserer Klinik bisher noch keine Erhebungen existieren, sehe ich das Potenzial, durch meine qualitative Studie, eine Basis für eine quantitative zu schaffen, die dann repräsentative Resultate erzielt, durch die einzelne Arbeitsabläufe und Therapieerfolge optimiert werden. Zudem möchte ich durch sich abzeichnende Tendenzen nach Auswertung aller Daten klären, ob sich meine Annahme, die sich im

Verlauf meiner beruflichen Entwicklung und den damit verbundenen Erfahrungen sowie der Auseinandersetzung mit meiner Bachelorthesis manifestiert hat, annähernd bestätigt oder widerlegt wird.

4.4 Methodisches Vorgehen

Bei der Überlegung zur Art und Weise der Datenerhebung waren entscheidende Faktoren der begrenzte Zeitraum, keine zur Verfügung stehenden Hilfskräfte, keine praktischen Vorerfahrungen in der Durchführung einer wissenschaftlichen Studie und die Erforderlichkeit ein komplexes Thema so zu komprimieren, dass verwertbare Daten daraus resultieren. Somit erschien mir die

Erhebung mittels Fragebogen mit personenbezogenen Daten (*Patientenfragebogen: Alter, Geschlecht, Konsum von, Aufnahmedatum, Aufnahmediagnose, Entzug, Aufenthalt, bzw. Personalfragebogen: Alter, Geschlecht und Berufsbezeichnung*) und spezifischen, aus meinen persönlichen Interessen resultierenden Fragen (*Patientenfragebogen: 1. Nennen Sie die ersten 3 Begriffe, die Sie mit „Sucht“ assoziieren! 2. Was glauben Sie, warum Sie süchtig geworden sind? 3. Was glauben Sie, wie Ihr soziales Umfeld mit ihrer Suchterkrankung umgeht? 4. Haben Sie Motivationsgründe abstinenz zu leben? Wenn ja, nennen Sie mir bitte ihren wichtigsten Grund! 5. Empfinden Sie die Station Agatha als Chance zur Abstinenz? Und wollen Sie diese wirklich nutzen? bzw. Personalfragebogen: 1. Nennen Sie die ersten 3 Begriffe, die Sie mit „Sucht“ assoziieren! 2. Was glauben Sie, wie das soziale Umfeld eines „Süchtigen“ mit der Suchterkrankung umgeht? Nehmen Sie Bezug auf Ihre Beobachtung auf Station! 3. Welche Motivationsgründe empfinden Sie beim Patienten für ein abstinences Leben? (max. 3) 4. Empfinden Sie die Station Agatha als Chance für den Patienten abstinenz leben zu*

können?) sinnvoll. Durch den begrenzten zeitlichen Rahmen und die eingeschränkte Patienten- und Mitarbeiteranzahl im Bereich der Suchtstation erschien mir eine quantitative Studie nicht möglich. Außerdem handelt es sich in meiner Thesis um das *Erleben* und *Wahrnehmen* von Menschen aus dem ich in meiner Erhebung wissenschaftlich verwertbare Daten und Muster ableiten will, somit ist eine qualitative Forschungsmethode aussagekräftiger. Dennoch musste der Fragebogen übersichtlich und kurz gehalten sein, die Fragen nicht zu offen gestellt werden und die Antworten relativ eindeutig ausfallen. Deshalb entschied ich mich, die Fragebögen der Patienten mit ihnen gemeinsam in einer Art Interview auszufüllen. So kann ich ihnen Fragestellungen näher erklären, falls Unklarheiten auftreten und mir sicher sein, dass die Schrift bei der Auswertung lesbar sein würde. Da mein Schwerpunkt nach der Auswertung der Fragebögen im Vergleich zwischen den Antworten der Patienten und denen des multiprofessionellen Teams liegen sollte, habe ich mich für identische und symmetrische Fragen entschieden. Der geplante Zeitraum umfasste eine Woche sowie 22 ausgehändigte Fragebögen an das Personal des multiprofessionellen Teams von denen 10 Fragebögen ausgefüllt wurden und 15 Patientenfragebögen die im Interview mit mir gemeinsam bearbeitet wurden.

Bei der Auswertung fiel es mir anfangs schwer die Teils sehr unterschiedlichen Antworten in ein vergleichbares Muster zu übersetzen. Zunächst wurden alle Antworten zu der jeweiligen Frage aufgelistet. Im Anschluss daran versuchte ich, Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Antworten zu finden und diese dann unter Oberbegriffe zu gruppieren.

4.5 Auswertung

Bei der Auswertung meiner gesammelten Daten habe ich mich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring orientiert. Daher paraphrasierte und generalisierte ich zunächst alle Aussagen und ordnete sie Kategorien bzw. Überbegriffen zu. Begriffe, die ich nicht eindeutig zuordnen konnte, fasste ich in der Rubrik „andere“ zusammen.

Setting: Alle befragten Patienten befanden sich zu der Zeit meiner Datenerhebung in einer stationären Behandlung auf der geschützten Station Agatha. Die Interviews fanden in ruhiger ungestörter Atmosphäre statt.

Die Fragebögen des Personals wurden den jeweiligen Personen ausgehändigt, sie füllten sie in selbst gewählter Umgebung aus und gaben sie dann zurück.

Von den insgesamt 15 befragten Patienten waren 9 weiblich, 6 männlich. Die jüngste befragte Person war 30, die älteste 72 Jahre alt. 14 Patienten befanden sich in freiwilliger Behandlung, nur eine Person war nach dem PsychKG untergebracht und wurde im Zeitraum von Mai bis Juni aufgenommen. 13 von Ihnen zeigten keine körperlichen Entzugserscheinungen mehr, zwei befanden sich noch im akuten Entzug. Der Konsum von 10 Patienten belief sich ausschließlich auf das Suchtmittel Alkohol, zwei von ihnen konsumierten illegale Drogen und drei Medikamente. Von den fünf zuletzt Genannten konsumierten drei zusätzlich Alkohol.

Die offiziellen relevanten Aufnahmediagnosen nach ICD - 10 lauteten 14 mal F10.2, 5 mal F10.0 und 2 mal F10.3 .

Von den insgesamt 10 beantworteten Personal - Fragebögen waren 2 Teilnehmer männlich und 8 weiblich. Befragt wurden Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Die jüngste befragte Person war 31 und die älteste 59 Jahre alt.

47% der befragten Patienten assoziierten den Begriff Sucht mit Emotionen und Gefühlen (z.B. Trauer, Einsamkeit, Unsicherheit), 38% mit Suchtmitteln (z.B. Alkohol, Medikamente, Tabak) und 15% mit anderen Assoziationen (z.B. verschwommenes Sehen, Krankheit, Probleme).

Im Vergleich dazu assoziierten 50% des multiprofessionellen Teams mit dem Begriff Sucht Emotionen und Gefühle (z.B. Verzweiflung, Schamgefühl, Abhängigkeit), 17% mit Suchtmitteln (z.B. Alkohol, Schmerzmittel, Zigaretten) und 43% mit anderen Assoziationen (z.B. Krankheit, Entzug, Vorgeschichte).

Auffällig ist hier vor allem, dass ein Großteil der Assoziationen des Personals im Bereich der *anderen Assoziationen* liegt. Diese Assoziationen sind häufig Krankheitsbegriffe und beziehen sich auf Ursachen oder Folgen. Daran kann man ableiten, dass Fachpersonal, das im Bereich der Sucht arbeitet, nicht die selben Vorurteile wie ein Großteil der Gesellschaft hat, sondern die Abhängigkeit als eine Krankheit betrachtet, die wie jede andere auch Ursachen und Folgen mit sich bringt. Diese setzten sie zudem zum größten Teil, genau so wie die Patienten mit Gefühlen und Emotionen in Verbindung. Dies zeigt zudem, dass die Patienten in erster Linie mit ihrer Suchterkrankung Gefühle und Emotionen, die fast ausschließlich negative und bedrückende sind, verbinden.

Zu der Frage, was Ursachen für die eigene Sucht sein könnte, wurden ausschließlich Patienten befragt.

47% nannten Ursachen die in den Bereich des sozialen Umfeldes einzuordnen sind (z.B. Tod von Angehörigen, Familie, Einsamkeit).

Ebenfalls 47% nannten Gründe die im Bereich von gesundheitlichen Faktoren liegen (z.B. Depressionen, Unfälle, Erkrankungen). Nur eine Antwort konnte keinem dieser beiden Bereiche zugeordnet werden (Selbstüberschätzung).

Es ist auffällig, aber war zuvor auch absehbar, dass das soziale Umfeld und die gesundheitliche Verfassung den größten Einfluss auf eine Suchtentwicklung haben. So bezogen sich die Patienten häufig auf Elternteile, die ebenfalls süchtig waren oder auf einschneidende Erlebnisse, die mit existentiellen Erfahrungen des Lebens nach Krohwinkel vergleichbar sind (vgl. Krohwinkel, 2013).

Bei der folgenden Frage nach der Reaktion des sozialen Umfeldes, konnten sowohl Personal als auch die Patienten eine unbeschränkte Anzahl an Antworten geben.

78% der Patientenantworten deuteten auf ein nicht akzeptierendes Umfeld hin (z.B. Vorwürfe, Kontaktabbruch, Verzweiflung), während nur 22% auf eine Akzeptanz im Umfeld weisen (z.B. Fürsorge, Akzeptanz, Nicht als Sucht wahrnehmen).

Bei dem Personal, das Bezug auf seine Beobachtungen auf Station nehmen sollte, beschrieben 88%

ein Umfeld, welches die Suchterkrankung nicht akzeptiert (Schulduweisung, Ablehnung, Unverständnis), die Patienten aber bei ihrer Entzugstherapie unterstützen (8% der Antworten deuten auf eine Akzeptanz durch Co-Abhängigkeit im Umfeld der Betroffenen hin. Nur eine Antwort bezog sich auf die Beschreibung eines Umfeldes, welches isoliert ist, fast ausschließlich Kontakte zu anderen Betroffenen hat und war somit weder dem Überpunkt Akzeptanz oder Nicht Akzeptanz zuzuordnen).

Es ist zu erkennen, dass sowohl Patienten, als auch das Fachpersonal das Umfeld eines Betroffenen als eher nicht akzeptierend empfinden und nehmen auch die Manifestation dieser Nicht – Akzeptanz in Form von Ablehnung, Hass etc. ähnlich wahr.

Bei der Nennung der Motivationsgründe für Patienten abstinenz zu leben, sollten die Patienten, falls es Gründe gibt, nur ihren wichtigsten nennen, während das Personal maximal drei Angaben machen sollte. Dieses Vorgehen habe ich gewählt, da ich erfahren wollte, was Patienten, die nur Bezug auf sich selbst nehmen, wirklich zu einem abstinenz Leben bewegen kann und wie das multiprofessionelle Team mit den vielen Erfahrungen eines jeden Einzelnen dies einschätzt.

Von den befragten Patienten gab nur eine Person an, keinen Motivationsgrund zu haben, obwohl er sich auf freiwilliger Basis in Behandlung befand. 57% gaben soziale Faktoren an, die sie zu einem abstinenz Leben motivieren (z.B. Familie, Integration in die Gesellschaft) und 43% gesundheitliche Faktoren (z.B. weiter leben und Tod vermeiden, gesundes Leben).

68% der Antworten des Personals konnten dem Bereich soziale Faktoren zugeordnet werden (z.B. Familie, Beruf, gesichertes Leben) und 32% den gesundheitlichen (z.B. Gesundheit, Lebensqualität, Angst vor gesundheitlichen Folgen und Tod).

Auch bei dieser Fragestellung ist es deutlich und war zuvor absehbar, dass die Motivationsgründe ausschließlich den Bereichen Gesundheit und soziales Umfeld zuzuordnen sind. Auch hier stimmen die Mehrheiten, die stärker zu dem sozialen Bereich tendieren, zwischen Personal und Patienten überein, wobei die Verteilung der Prozente beim Personal noch etwas deutlicher ist. Die Nennungen der Einzelnen Personen sind ebenfalls sehr ähnlich und beziehen sich meist auf Familie oder Beruf und die damit verbundene gesicherte gesellschaftliche Stellung.

In der letzten Frage bin ich noch einmal speziell auf die Station Agatha eingegangen und wollte erfahren, ob sowohl Patienten als auch das Personal die Einrichtung als wirkliche Chance für ein abstinenz Leben sehen und ob die Patienten diese auch wirklich nutzen wollen. Auch wenn ich hier auf eine spezifische Station eingehe, so kann man die Ergebnisse

auf ähnlich konzipierte Einrichtungen übertragen. 80% der befragten Patienten sehen die Agatha Station als Chance abstinenz zu werden, 13% sehen darin keine Chance und eine Person war sich unsicher. Von den Befragten, die die Station Agatha als Chance sehen und die Person die sich unsicher war, wollen alle die ihnen gebotene Chance wirklich nutzen. 60% der Befragten des multiprofessionellen Teams bezeichneten die Station Agatha als ersten Auffangpunkt und Beginn des langen Weges bis zum abstinenz Leben. 20% sehen die Station als direkte Chance abstinenz zu leben und ebenfalls 20 % verneinen dies.

Obwohl die Mehrzahl der Patienten die Station als Chance erkennen und auch wahrnehmen will, gibt es zahlreiche Rückfälle und viele Patienten werden immer wieder in kurzen zeitlichen Abständen aufgenommen. Eine weitere Auffälligkeit ist, dass es sowohl Patienten gibt, die die Station nicht als Chance sehen und dennoch aufgenommen werden oder sich aufnehmen lassen, als auch Personal, welches die gleiche Ansicht hat und dennoch auf dieser Station arbeitet.

4.6 Diskussion

Während der Sichtung und Auswertung meiner gesammelten Daten ergaben sich weitere interessante Fragen, mir fielen aber auch Schwierigkeiten auf, die durch eine Überarbeitung des Fragebogens ausgeräumt werden könnten.

Schon bei der zweiten Frage, „*Was glauben Sie warum sie süchtig geworden sind?*“, hätte man eine Gegenfrage für das Personal anbieten können. Diese Frage hatte ich bei meiner Überarbeitung vor der Befragung heraus genommen, da ich nicht wollte, dass die Antworten zu umfangreich ausfallen und, dass Fachwissen und die dem Personal

bekannten Theorien die Antworten beeinflussen bzw. verfälschen würden. Rückblickend jedoch wäre es interessant gewesen, ob die Antworten ähnlich oder sehr verschieden ausgefallen wären, dies auch nochmal besonders im Vergleich der einzelnen ausgeübten Berufe, wobei eine größere Teilnehmerzahl dann nötig wäre, um aussagekräftige Resultate zu erzielen. Außerdem ist die Ursache der Sucht der Beginn des komplexen Krankheitsverlaufs mit Entzug, Therapie etc. und für den Aufenthalt auf der Station Agatha und somit auch für das Benötigen von Fachkräften, Grundvoraussetzung, also auch eine berufliche Identitätsfrage.

Bei der Frage nach dem Motivationsgrund gab ein Patient an, dass er keinen habe, er war aber auf freiwilliger Basis in der Behandlung. Es wäre hier interessant gewesen zu erfahren, warum er dann in stationärer Behandlung ist. Was sind seine Beweggründe? Irgendetwas muss ihn zu dem Schritt der stationären Aufnahme bewogen haben. Demnach könnte man die Hypothese aufstellen, dass *jeder Patient, der sich freiwillig in stationäre Behandlung begibt, einen Motivationsgrund für ein abstinences Leben hat*, eventuell der grundsätzliche Wunsch zu leben bzw. der Wunsch einer Zukunft. Dazu könnte man eine weitere Studie durchführen. Ich fragte mich außerdem bei der Auswertung dazu, ob es möglich ist einen Motivationsgrund bei der Angabe keinen, einen zu schaffen und ob sich die Patienten dies vorstellen können. Je nach Antwort könnte man erkennen, ob der Patient in diesem Fall noch Hoffnung hat und die Möglichkeit für sich generell sieht, abstinenz zu leben oder nicht.

Man hätte zusätzlich die Motivationsgründe in positiv und negativ formulierte Ziele oder Wünsche einteilen können. Dies wäre bei einer Teilnehmerzahl von 15 allerdings nicht aussagekräftig genug. Außerdem ist der zeitliche Rahmen so eng gehalten, dass derartige Auswertungen zu weit reichen würden. Für eine weitere Studie wäre dieser Punkt jedoch interessant.

Bei den Antworten zu der letzten Frage hatte ich nicht damit gerechnet, dass Mitglieder des multiprofessionellen Teams die Station Agatha als

nicht wirkliche Chance für die Patienten auf ein abstinentes Leben sehen. Hier wäre es zum einen interessant gewesen, warum diese das so sehen bzw. wie genau sie das Nein definieren und warum sie trotzdem ihren Beruf in diesem Bereich ausüben. Ebenfalls überraschend war, dass ebenfalls nur zwei Personen sich für ein klares Ja entschieden, der Großteil die Station als Beginn, als Anfangspunkt auf dem Weg zu einem abstinenten Leben sehen. Hätte ich diese Frage als geschlossene formuliert, wäre die Auswertung wesentlich leichter und schneller verlaufen, ich wäre aber nicht auf diesen interessanten Aspekt gestoßen. Auch zwei Patienten sehen in dem stationären Aufenthalt keine wirkliche Chance, ihr Leben anschließend abstinent zu führen. Hier hätte man weitere Fragen einbauen können, die darauf eingehen, warum die Patienten dann in stationärer Behandlung sind. Je nach Antwort, wäre ebenfalls interessant gewesen zu wissen, der wievielte Aufenthalt es für den Patienten schon ist, da es trotz der Mehrheit positiver Antworten zahlreiche Rückfälle und Wiedereinlieferungen gibt.

Während der Arbeit sind mir nicht nur Erweiterungen für die Studie, sondern immer wieder auch deren Grenzen bewusst geworden. Der enge Zeitrahmen sowie die fehlende Unterstützung durch Hilfskräfte vor allem bei der Auswertung der gesammelten Daten oder den Interviews, ermöglichte nur eine geringe Teilnehmerzahl. Zudem war es enttäuschend zu sehen, dass von 22 ausgeteilten Bögen im Bereich des multiprofessionellen Teams nur 10 ausgefüllt zurückgegeben wurden. Hier hätte ich mir mehr Interesse und Unterstützung gewünscht, da solche Studien die Erkenntnisse und Arbeitsabläufe helfen zu optimieren und zu erweitern und dies ausschlaggebend für den eigenen Beruf und die Zufriedenheit in diesem sein kann. Ich könnte mir aber durchaus vorstellen eine weiterführende Studie über einen breiteren Zeitraum und mit einer größeren Stichprobe durchzuführen, um dann auch beispielsweise für die Wissenschaft oder Hausinterne Standards verwertbare Resultate zu

gewinnen. Dazu könnte man einen Arbeitskreis bilden, den Fragebogen überarbeiten, um vor allem die Vergleichbarkeit zu steigern, weitere interessante Aspekte, die im Austausch mit anderen erkannt werden, einfließen lassen und die Befragungen durch mehr Interviewer durchführen. Dabei würde ich vermehrt auf die gleichen Bedingungen für Patienten und Personal achten, da ich in der jetzt durchgeföhrten Studie dem Personal mehr zugetraut habe als den Patienten und diese nicht als gleichwertig behandelt habe. Dies ist mir erst im Nachhinein aufgefallen und kann die Ergebnisse verfälscht haben. Für beide sollte die Form des Interviews gewählt werden.

5. Fazit

Bei der Literaturrecherche zum *Konstruktivismus* und der *Sucht* stellte ich schnell fest, dass umfangreiche Erklärungsansätze und Definitionen sowie Verständnistheorien existieren und diese sich teilweise widersprechen. Ich habe mich in meiner Bachelor Thesis auf die wesentlichen konzentriert. Die Kernaussage des Konstruktivismus bezieht sich vor allem auf eine Wirklichkeit, die von jedem, unabhängig von einer psychischen Erkrankung, gleich wahrgenommen wird, die jedoch bedingt durch Erfahrung, Interpretation und Empfindung, anders bewertet und konstruiert wird. Ebenfalls ausschlaggebend sind die vier Grundbedürfnisse des Menschen nach Zugehörigkeit, Individualität, Stabilität und Wandel. Das Grundbedürfnis, welches am stärksten ausgeprägt ist, wird ebenfalls die Wahrnehmung und damit die Konstruktion der eigenen Wahrheit beeinflussen. Somit ist eine Wahrheit nicht wahr, während die andere falsch ist, sondern mehr oder weniger viabel. Unterschiedliche Wahrheiten können in der Interaktion zwischen

zwei Individuen oder innerhalb eines Sozialgefüges zu Störungen führen, die positive oder negative Folgen für die einzelnen Operatoren haben können. Auf diese Art und Weise gleichen sich Wahrheiten an und *soziale Gemeinschaften* sowie *Gesellschaft* konnten entstehen und das Überleben und den Fortschritt sichern. Ein Individuum ist meist gleichzeitig in mehreren Sozialgefügen ein Operator und kann unterschiedlichen Wahrheiten und damit verbundenen Handlungsanforderungen ausgesetzt sein. Entwickeln sich diese gegensätzlich, so muss das Individuum seine Handlungen an einem gewissen Zeitpunkt überdenken, da die Anforderungen an diese gegensätzlich sind.

Dies bedeutet, dass ein Mensch niemals eine objektive allumfassende Wahrheit wahrnehmen wird, stattdessen seine Wahrheit von Erlebnissen und Erfahrungen geprägt sein wird und somit in der Biographie Voraussetzungen geschaffen werden können, die eine Suchtentwicklung begünstigen. Wird eine Erfahrung im Zusammenhang mit einem Suchtmittelkonsum als positiv empfunden, prägt dies die Einstellung dazu. In einer späteren Situation wird diese Erfahrung die Wahrnehmung und die Konstruktion einer Wahrheit beeinflussen und damit die folgende Handlung des Individuums. Gerät ein Mensch in die Situation, dass gegensätzliche Handlungsanforderungen an ihn gestellt werden, so muss er entweder aus einem der Sozialgefüge austreten, eines auflösen, seine Handlungsweise anpassen oder Wahrheiten variieren. Dies kann meiner Meinung nach für einen Menschen, der diese Situation nicht positiv lösen kann bedeuten, dass er zu Suchtmitteln greift, um dieser Situation bzw. Wahrheit zu entfliehen oder um so seine Wahrheit leichter variieren und die Situation ertragen zu können. Dies ist allerdings die Konstruktion meiner Wahrheit, die durch Erlebtes und Erfahrenes geprägt und somit keine absolute Wahrheit ist. Für die den Süchtigen wahrnehmenden Menschen, zählt zum eigenen auch das gesellschaftliche Wissen. Die Wahrheit der Gesellschaft wird im Laufe eines Lebens immer mehr mit der eigenen kombiniert. So nehmen wir einen Süchtigen auch immer mit dem

Blick auf die gesellschaftlichen Werte, Normen und auch Vorurteile wahr, weshalb das Bild eines Menschen zweiter Klasse, der nicht mehr regenerierungsfähig ist und der das System und den Sozialstaat ausnutzt, entsteht. Jedoch hat sich das Verständnis der Sucht im Laufe der Jahre stark verändert. Durch die WHO und ähnliche Instanzen hat sich das Bild von einer Charakterschwäche und einem negativ belegten verfallen Sein zu einer anerkannten Krankheit entwickelt. Abhängigen Menschen wird mehr Akzeptanz und Verständnis entgegen gebracht, dennoch bleibt ihre gesellschaftliche Stellung schlecht. Durch die gewachsene Toleranz steigt allerdings auch die Akzeptanz gegenüber illegalen und vor allem so genannten Partydrogen. Besonders Jugendliche konsumieren diese und empfinden den Konsum in bestimmten Sozialgefügen, z.B. im Freundeskreis als normal oder gleichwertig mit dem legaler Drogen, z.B. Alkohol.

Nach der Theorie der Kybernetik zweiter Ordnung errechnet ein Individuum sein Verhalten zunächst, um es stabil erzeugen zu können. Für diese Berechnungen sind Faktoren, wie die Wahrnehmung von Störungen aus der Umwelt, die Sensormotorik, gesellschaftliches Wissen und Gedächtnisleistungen sowie interne Bewertungen der Operationen im Gehirn ausschlaggebend. Bei der Einnahme von Suchtmitteln werden diese Fähigkeiten jedoch gestört und auf Dauer geschädigt, weshalb ein Verhalten eines suchtmittelkonsumierenden Menschen nie stabil sein wird und eine Eigengefährdung oder Gefährdung anderer nicht auszuschließen ist. Da Menschen nach einem nicht trivialen System funktionieren, können ihre Reaktionen und Handlungen nicht vorhergesagt werden. So können zwei Menschen unter ähnlichen Voraussetzungen dasselbe Suchtmittel konsumieren, jedoch wird jeder der beiden eine andere Reaktion zeigen, genauso wie der eine der Beiden nach dem Erstkonsum abhängig sein kann und der andere nicht. Bezieht man diesen Theorieansatz jedoch auf Verhaltenssüchte, so handeln Betroffene in bestimmten Situationen nach dem System von Trivialen – Maschinen. So kann ein Spielsüchtiger in

einer Spielhalle nicht anders, als zu spielen. Die Ausübung des exzessiven Verhaltens steht, wie bei anderen Süchten auch, an oberster Stelle. Er empfängt den Input über visuelle oder akustische Reize und wird spielen. An dieser Stelle kann man ebenfalls die Idee der Konditionierung einbringen. Durch immer wieder gleiche Reize über einen bestimmten Zeitraum wird ein bestimmtes Verhalten ausgelöst. Daran ist zu erkennen, dass die Sucht kognitive Prozesse grundlegend verändert und ganze Systematiken ausschalten kann. Die Frage ist, sind diese Veränderungen durch Therapien reversibel? Oder lernt ein Patient den Prozess, „auf die Wahrnehmung erfolgt die gleiche Handlung“, nur zu umgehen oder den Drang durch Coping - Strategien zu dämpfen?

Sucht wird zunehmend ein gesellschaftliches und wirtschaftliches Problem, durch die zunehmende Zahl Betroffener. Daher ist es aktuell dringend nötig, über neue Verständnis- und Therapieansätze oder nur neue Kombinationen nachzudenken. Der Konstruktivismus ist ein Modell, welches schon lange existiert und im Laufe der Jahrzehnte immer wieder weiterentwickelt und erweitert wurde. Im Zusammenhang mit der Sucht jedoch ist mir keine Studie oder Forschungsarbeit bekannt. Dieser Ansatz bietet aber die Möglichkeiten im Bereich der Sucht Diagnostik-, Therapie-, Verständnisverfahren und sogar ganze Diagnosen, nicht nur zu verbessern, sondern völlig zu überdenken. Schon alleine durch Fortbildungen oder Seminare in diesem Themenbereich, könnte man Hintergrundwissen schaffen, das in den aktuellen Verfahren nützlich sein kann.

Ziel im Bereich der Therapie könnte z.B. sein, Erfahrungen und Erlebnisse, die bei der Bewertung der Realität unterbewusst herangezogen werden und mit zu einer Suchtentwicklung beigetragen haben, nicht zu entfernen oder ausschließlich zu verarbeiten, sondern neue zu schaffen und zu verankern, die dann den Weg aus der Sucht, durch eine veränderte Wahrnehmung, erleichtern.

Durch meine intensive Auseinandersetzung mit den Themen *Sucht* und *Konstruktivismus* konnte ich mir nicht nur einiges mehr an Fachwissen aneignen, sondern auch meine persönlichen Kompetenzen erweitern. Ich kann nun nachvollziehen, wie die Wahrheiten von Menschen und eben auch den abhängigen Patienten in meinem Arbeitsumfeld entstehen und kann diese akzeptieren, auch wenn ich sie selbst nicht so wahrnehme. So kann ich berufliche Alltagssituationen jetzt aus einem neuen Blickwinkel betrachten und kann den Patienten mit mehr Verständnis entgegen kommen, da ich Zusammenhänge besser bewerten und erkennen kann. Durch das gewonnene Wissen, entsteht weniger Frustration, ich kann meine eigenen Emotionen besser kontrollieren und somit professioneller arbeiten. Ich kann mir vorstellen, die Ergebnisse einer ausgedehnteren Studie in Form von Fortbildungen oder Seminaren an Kollegen weiter zu geben und so auch eine Resensibilisierung bei diesen zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Degele, N. (1997). Zur Steuerung komplexer Systeme - eine soziokybernetische Reflexion, 3(1), 81–99.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. *Alkohol*, from <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>.
- Dilling, H. (Ed.) (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien* (5., durchges. und erg. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2004/2005). Bern: Huber.
- Drug Dependence its Significance and Characteristics: Bulletin of the World Health Organization* (1956).
- Dudenredaktion (Ed.) (2013). *Der Duden: : in zwölf Bänden; das Standardwerk zur deutschen Sprache* (26., völlig neu bearb. und erw. Aufl.). Mannheim: Dudenverl.
- Foerster, H. von (Ed.) (2012). *Veröffentlichungen der Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung: Vol. 5. Einführung in den Konstruktivismus: Entdecken oder Erfinden Wie lässt sich Verstehen verstehen?* (13. Aufl., ungekürzte Taschenbuchausg.). München: Piper.
- Foerster, H. von, Schmidt, S. J., & Köck, W. K. (Eds.) (2006). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 876. Wissen und Gewissen: Über selbst-organisierende Systeme und ihre Umwelten* (1. Aufl., [Nachdr.]). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foerster, H. von, Schmidt, S. J., & Köck, W. K. (Eds.) (2006). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 876. Wissen und Gewissen: Versuch einer Brücke* (1. Aufl., [Nachdr.]). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freud, S. (1993). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Gebssattel, V. E. (1954). *Prolegomena Einer Medizinischen Anthropologie*: Springer.
- Glaserfeld, E. von (Ed.) (1997). *Wege des Wissens: Konstruktivistische Erkundungen durch unser Denken* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verl. und Verl.-Buchh.
- Glaserfeld, E. von (Ed.) (1999). *Kurzzeittherapie und Wirklichkeit: Radikaler Konstruktivismus oder Die Konstruktion des Wissens*. München: Piper.
- Glaserfeld, E. von (Ed.) (2012). *Veröffentlichungen der Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung: Vol. 5. Einführung in den Konstruktivismus: Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität* (13. Aufl., ungekürzte Taschenbuchausg.). München: Piper.
- Großkopf, V. (2010). *Vorschriften und Gesetze für das Gesundheitswesen* (2., überarb. und erw. Aufl.). Balingen: Spitta-Verl.
- Grüsser, S. M., & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung* (1. Aufl.). s.l.: Verlag Hans Huber.

- Halbach, H. (1956). Drug Dependence its Significance and Characteristics. *Bulletin of the World Health Organization*, (32), 721–733.
- Harten, R. (1991). *SUCHT - BEGIERDE - LEIDENSCHAFT - Annäherung an ein Phänomen. Mit dem Lexikon der 121 Süchte*. München: Ehrenwirth.
- Jellinek, E. M. (1972). *The Disease Concept of Alcoholism* (5. Auflage). New Haven.
- Kellermann, B. (1998). *Pathologisches Glücksspielen als typische Suchtform: Sehnsucht nach dem Glück - Adoleszenz und Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland.
- Kloppe, S. (2004). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Suchtkrankheit: Soziologische und philosophische Aspekte der Genese vom traditionellen Drogengebrauch in der Vormoderne bis zum Konstrukt des krankhaften Drogenmissbrauchs in der Moderne*. Univ., Diss.--München, 2003. *Forum Sozialwissenschaften: Vol. 1*. München: m press.
- Köhler, T. (2000). *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen: Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krohwinkel, M. (Ed.) (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis* (1. Aufl.). s.l.: Verlag Hans Huber.
- Krollner, B. & med.Krollner, D. M, from <http://www.icd-code.de/icd/code/F10.0.html>.
- Lichtenberg, J. D. (1991). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- M.Hejl, P. (Ed.) (2012). *Veröffentlichungen der Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung: Vol. 5. Einführung in den Konstruktivismus: Konstruktion der sozialen Konstruktion Grundlinien einer konstruktivistischen Sozialtheorie* (13. Aufl., ungekürzte Taschenbuchausg.). München: Piper.
- Maturana, H. R., Riegas, V., & Vetter, C. (2009). *Zur Biologie der Kognition: Ein Gespräch mit Humberto R. Maturana und Beiträge zur Diskussion seines Werkes* (4. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 850*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Poppelreuter, S., Gross, W., & Poppelreuter-Gross (2000). *Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Pschyrembel, W., & Arnold, U. (Eds.) (2013). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2014: [1 Monat online gratis]* (265., überarb. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Rusch, G., & Schmidt, S. J. (Eds.) (2000). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 1503. Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie* (1. Aufl., Orig.-Ausz). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Saß, H. (Ed.) (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision ; DSM-IV-TR ; übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe.

- Schmidbauer, W., & Vom Scheidt, J. (1998). *Handbuch der Rauschdrogen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Schmidt, S. J. (1998). *Kognition und Gesellschaft* (1. Aufl., [Nachdr.]). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 950*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schmidt, S. J. (Ed.) (1998). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 950. Kognition und Gesellschaft: Medien, Kultur: Medienkultur. Ein konstruktivistisches Gesprächsangebot* (1. Aufl., [Nachdr.]). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schmidt, S. J. (2003). *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus: Erkenntnistheorien und Selbstorganisation* (1. Aufl., [Nachdr.]). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Vol. 636*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Tenbruck, K. *Perspektiven der Kulturoziologie*. Opladen.
- Watzlawick, Paul (Ed.) (2012). *Veröffentlichungen der Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung: Vol. 5. Einführung in den Konstruktivismus: Wirklichkeitsanpassung oder angepaßte >>Wirklichkeit<<? Konstruktivismus und Psychotherapie* (13. Aufl., ungekürzte Taschenbuchausg.). München: Piper.
- Wurmser, L., & Boldt, U. (1997). *Die verborgene Dimension: Psychodynamik des Drogenzwangs*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Anhang

Alter:	Geschlecht:	Konsum von:
Aufnahmedatum:	Aufnahmediagnose:	Entzug:
Aufenthalt:		

Nennen Sie die ersten 3 Begriffe, die Sie mit „Sucht“ assoziieren!

Was glauben Sie ,warum Sie süchtig geworden sind?

Was glauben Sie, wie Ihr soziales Umfeld mit Ihrer Suchterkrankung umgeht?

**Haben Sie Motivationsgründe abstinenz zu leben?
Wenn ja, nennen Sie bitte Ihren wichtigsten Grund!**

**Empfinden Sie die Station Agatha als Chance zur Abstinenz?
Und wollen Sie diese wirklich nutzen?**

Bitte Antworten Sie *knapp, konkret* und *leserlich*

Alter:	Geschlecht:
Berufsbezeichnung:	

Nennen Sie die ersten 3 Begriffe, die Sie mit Sucht assoziieren!

Was glauben Sie, wie das soziale Umfeld eines „Süchtigen“ mit der Suchterkrankung umgeht?

Nehmen Sie Bezug auf Ihre Beobachtung auf Station!

Welche Motivationsgründe empfinden Sie beim Patienten für ein abstinenteres Leben? (max. 3)

Empfinden Sie die Station Agatha als Chance für den Patienten abstinenter leben zu können?

Bitte den ausgefüllten Fragebogen bei Patrick Pelka ins Fach legen. Danke!

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: "Betrachtung von Suchtverhalten aus konstruktivistischer Sicht" selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Neuss, den 30.06. 2014, P. Pelka