

Fachhochschule Frankfurt – University of Applied Sciences
Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
Studiengang Soziale Arbeit (B.A.)

Bachelor-Thesis
Drogenmissbrauch als Kompensation von unsicherer
Bindung in der Kindheit

Erstprüferin: Prof. Dr. Patrizia Tolle
Zweitprüferin: Daniela Richter
Modul 24 : Bachelor-Thesis
Belegnummer: 5624010
Sommersemester 2019

Vorgelegt von:
Kim Freytag
6. Semester
Abgabetermin: 03.07.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Der Suchtbegriff.....	2
2.1. Substanzgebrauch versus Substanzmissbrauch.....	3
2.2. Sucht als Selbstheilungsversuch.....	4
3. Ursachen von Drogenmissbrauch.....	5
3.1. Familiäre und soziale Einflüsse.....	6
3.2. Risikofaktor – Kinder aus suchtblasteten Familien.....	8
4. Bindungserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in der Familie und Sucht.....	11
4.1. Bindungserfahrungen und Bindungsstörungen.....	13
4.2. Bindungserfahrungen als Risiko für die Entwicklung einer Sucht.....	19
5. Trauma-Bindung und Sucht bei Kindern und Jugendlichen.....	24
5.1. Posttraumatische Belastungsstörung und Drogenmissbrauch.....	29
5.2. Bindungstraumatisierungen aufgrund von emotionaler Gewalt.....	31
6. Schluss.....	34
Literaturverzeichnis.....	38
Eidesstattliche Erklärung.....	42

Drogenmissbrauch als Kompensation von unsicherer Bindung in der Kindheit

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit den Zusammenhängen von Bindungserfahrungen und Abhängigkeitserkrankungen. Im Speziellen wird untersucht, inwieweit eine unsichere Bindung in der Kindheit einen Risikofaktor für eine spätere Suchterkrankung darstellen kann. „Üblicherweise geht man davon aus, dass sich unsichere Bindungsmuster bereits in der frühen Kindheit herausbilden und dann einen Risikofaktor für späteren Substanzmissbrauch darstellen“ (Schindler 2013: 17). Dies bedeutet nicht, dass Drogenmissbrauch in jedem Fall auf eine unsichere Bindung in der Kindheit zurückzuführen ist, oder dass Kinder aus sicheren Bindungsverhältnissen in keinem Fall in eine Drogensucht verfallen können. Jedoch kann eine sichere Bindung protektiv in Bezug auf spätere Suchterkrankungen wirken (vgl. Schindler 2013: 14). An dieser Stelle sei erwähnt, dass Substanzmissbrauch und Drogenmissbrauch in dieser Arbeit als Begriffe Äquivalenz verwendet werden. Wenn die Bindung zwischen Bindungsfiguren und Kind unsicher ist kann es demnach sein, dass die Betroffenen versuchen die Bedürfnisse nach Liebe, Geborgenheit und Schutz im Drogenrausch zu kompensieren. „Die Gefahr, dass fehlende positive Bindungserfahrungen und somit fehlende soziale Verstärker durch Drogenkonsum ersetzt werden, ist groß“ (Fischer/Möller 2018: 15). Drogenkonsum wird demnach als Kompensation von unbefriedigten Gefühlen genutzt.

Zu Beginn dieser Bachelorarbeit wird der Suchtbegriff im Allgemeinen erläutert. Folgend wird der Unterschied zwischen einem Substanzmissbrauch und Substanzgebrauch skizziert. Im nächsten Schritt wird darauf eingegangen, inwieweit Sucht als Selbstheilungsversuch genutzt wird. Zudem werden die möglichen Ursachen von Drogenmissbrauch erläutert und dabei vor allem die familiären sowie die sozialen Einflüsse in den Mittelpunkt gestellt. Außerdem wird auf den Risikofaktor – “Kinder aus suchtblasteten Familien“ - eingegangen. Dieser Themenbereich beinhaltet eine Fülle eigener Untersuchungen und wird deshalb in dieser Bachelorarbeit nur angerissen.

Im Hauptteil der Arbeit wird der Fokus auf die Herausarbeitung der Forschungsbereiche „Sucht“ und „Bindung“ gelegt, dabei werden die Bereiche Bindungserfahrungen und

Bindungsstörungen in der Kindheit untersucht. Hierbei werden die Unterschiede zwischen sicheren und unsicheren Bindungsmustern erläutert. Des Weiteren wird der Zusammenhang zwischen erlebten Traumata, Bindungserfahrungen und Sucht aufgezeigt. Laut Morgenroth könne der Verlust wichtiger Bezugspersonen in der Kindheit einen traumatisierenden Faktor darstellen. (vgl. Morgenroth 2010: 16). Die Ursachen eines Traumas sind nicht zwangsläufig auf Unfälle oder körperliche Gewalt zurückzuführen. Bindungsstörungen oder der Verlust von Bezugspersonen kann von Kindern als Trauma erlebt werden. Traumata können ein Grund für Suchtaffinitäten sein. „Psychotrauma-Folgestörungen können dazu führen, dass Kinder und Jugendliche vermehrt im Sinne einer »Selbstbehandlung« Konsumerfahrungen machen“ (Krüger 2009: 92). Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die Auswirkungen von emotionaler Gewalt, in Bezug auf Suchterkrankungen erörtert. Emotionale sowie körperliche Gewalt kann zu Bindungsstörungen führen und als traumatische Erfahrung erlebt werden. Die Auswirkungen dessen scheinen eine wesentliche Rolle in der Entwicklung eines manifesten Drogenproblems darzustellen. „Es ist davon auszugehen, dass in den vielen Fällen, in denen in späteren Lebensabschnitten eine Abhängigkeitserkrankung auftritt, ein frühes interpersonelles Entwicklungs-trauma aus den allerersten Lebenszeiten vorliegt, das zumeist von nahen Bezugspersonen ausgeht“ (Morgenroth 2010: 16).

Im Schlussteil dieser Arbeit wird neben einem Ausblick auf die präventive Arbeit in der sozialarbeiterischen Praxis, ein Abriss der Kernaussagen dieser Arbeit, sowie das Thema; „Drogenmissbrauch als Kompensation von unsicherer Bindung in der Kindheit“ im gesellschaftlichen Kontext beleuchtet.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

2. Der Suchtbegriff

Der Begriff „Sucht“ entstand ab dem Zeitalter der Reformation ca. ab 1520 und wurde häufig gebraucht, um den exzessiven Alkoholkonsum der Menschen aus allen Schichten zu ächten (vgl. Klein 2008: 2). Suchtstörungen scheinen demnach nicht ausschließlich ein Phänomen in der heutigen Gesellschaft darzustellen, sondern tief verankert in der Geschichte der

Menschheit zu sein. „Als charakteristische Eigenschaften der Sucht waren schon seit dem 16. Jahrhundert die Maßlosigkeit und der Exzess benannt worden“ (Klein 2008: 3).

Suchtstörungen sind weiterhin weit verbreitet in der heutigen Gesellschaft und betreffen Menschen aus Mittel- und Oberschicht, so wie Menschen die am Rande der Gesellschaft leben. „Heutzutage sind Suchtstörungen sogar eine der häufigsten psychischen Störungen in Europa, Australien und Nordamerika“ (Klein 2008: 2).

In der Literatur werde zwischen dem Konsum von legalen Drogen wie Kaffee oder Nikotin und dem Konsum illegaler Drogen wie Kokain oder Heroin unterschieden. Weiterhin ist eine Stigmatisierung von Personen die illegale Drogen konsumieren in der Gesellschaft verankert und mit zahlreichen Vorurteilen untermauert. (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2018: 36). Gleichzeitig sind legale Drogen wie Kaffee, Nikotin und Alkohol gesellschaftlich akzeptiert und toleriert. Sie werden in den Medien und Werbungen sogar verherrlicht.

Drogenkonsum und Suchtstörungen haben verschiedene Ursachen und es bestehen unterschiedliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchterkrankung. Um den Suchtbegriff zu vertiefen, muss jedoch zunächst zwischen einem Substanzgebrauch und Substanzmissbrauch unterschieden werden. Dies wird im nächsten Kapitel dargestellt.

2.1. Substanzgebrauch versus Substanzmissbrauch

Der Begriff Substanzgebrauch bezeichnet das Experimentieren, das Ausprobieren von Substanzen mit Suchtpotential. Während des Gebrauchs dieser Substanzen entstehen keine festen Konsummuster und diese werden in unregelmäßigen Abständen eingenommen. Somit entstehen längerfristig wenig bis gar keine Suchtfolgen für den Konsumenten (vgl. Weichold 2008: 82).

Unter Substanzmissbrauch versteht sich die einschlägige Literatur den hohen kontinuierlichen sowie situationsunangemessenen Substanzkonsum, beispielsweise am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Im Gegensatz zum Substanzgebrauch entstehen bei den Konsumenten Entzugssymptome. Der Lebensinhalt der Betroffenen werde stark auf die Substanzen ausgerichtet, außerdem sind gesundheitliche als auch soziale Probleme zu beobachten (vgl. Weichold 2008: 82). Der Konsument scheint auf die Droge angewiesen zu sein und richtet sein Verhalten und seinen Tagesablauf auf den Drogenkonsum aus. Gleichzeitig bringt der Missbrauch von Substanzen längerfristige Folgen für den Konsumenten mit sich. „Auch psychische Probleme im Erwachsenenalter können aus langjährigem Konsum resultieren“ (Weichold 2008: 82).

Bei einem Substanzmissbrauch scheint die Droge eine Art Kompensation von fehlenden positiven Erfahrungen in familiären Kontexten zu sein. „Bekannt ist, dass die geringe Eltern-Kind-Bindung, häufige Konflikte oder geringe elterliche Investition in verhaltensauffällige Kinder mit höherer Wahrscheinlichkeit in den beschriebenen Familienkontexten vorkommen und selbst wiederum mit jugendlichem Substanzmissbrauch in Zusammenhang stehen“ (Weichold 2008: 85). Die einschlägige wissenschaftliche Literatur weist hier einen Zusammenhang zwischen einer geringen Eltern-Kind-Bindung und einem Substanzmissbrauch nach. Dieser wird in Kapitel 4 ausführlicher beleuchtet.

Ein weiterer Aspekt ist der Versuch des Konsumenten, Sucht als Selbstheilungsmittel zu nutzen. Diesem wird sich im folgenden Kapitel gewidmet.

2.2. Sucht als Selbstheilungsversuch

Ein Teil der von Substanzmissbrauch betroffenen Personen nutzen Drogen als Kompensation von unbefriedigten Gefühlen oder aufgrund von unsicherer Bindung in der Kindheit. Die Betroffenen versuchen durch den Konsum ihre inneren Gefühle zu befriedigen, zu unterdrücken, oder zu verdrängen und erreichen mit diesem Verhalten ein Funktionieren im Alltag. Rost beschreibt den Betroffenen wie folgt: „Vielmehr fühlt er sich aufgrund seiner Defizite erst unter der Wirkung des Suchtmittels „normal“ und kann so in Familie, Beruf und Gesellschaft funktionieren“ (Rost 2008: 43).

In vielen Fällen von Suchtverhalten liege eine Persönlichkeitsstörung vor, aus der eine Ich-schwache Persönlichkeit hervorgeht. Die ich-schwachen Personen können mit ihren Gefühlen nicht umgehen, haben eine verunsicherte Persönlichkeit und fühlen sich überfordert mit den Anforderungen der Gesellschaft. Die Droge hilft den Personen für eine kurze Dauer die defizitäre Ich-Struktur zu kompensieren. „Bei diesen Personen sind Affekttoleranz, die Affektdifferenzierung und die Frustrationstoleranz gestört; auch die Realitätsprüfung fällt schwer. Der Suchtstoff wird hier zum Selbstheilungsmittel des schwachen Ich, festigt die Grenzen nach außen, dämpft die Affekte, mildert Frustrationen, kurz: lässt die ganze Welt in einem rosigeren Licht erscheinen“ (Rost 2008: 43). Kinder lernen in ihrer Sozialisation einerseits durch Exploration - andererseits durch elterlichen Schutz, mit ihren Affekten umzugehen und sind so in der Lage eine angemessene Frustrationstoleranz zu entwickeln. Aufgrund mangelhafter elterlicher Bindung fallen diese wichtigen Entwicklungsschritte weg. Ein Erlernen des Auslebens und gleichzeitig des Kontrollierens der Affekte entfällt. Der Konsum von Substanzen erhält so eine Ersatzfunktion (vgl. Schindler 2013, S. 15ff.). In diesem Fall konsumieren die Betroffenen nicht aus Genuss und Freude, sondern aus einem

Mangel heraus, um negative und belastende Gefühle auszugleichen und positive Gefühle zu erleben. Die Droge wirke als Kompensation. Nach der positiv besetzten Rauscherfahrung treten die negativen Gefühle erneut in den Vordergrund, um diese zu verdrängen benötigen die Betroffenen den erneuten Konsum. Es ist ein Teufelskreis, in dem das wiederkehrende, suchtartige Verhaltensmuster nicht durchbrochen werden kann. „Frühe Entwicklungsfehlschläge bewirken bei manchen Individuen eine Verletzlichkeit, die suchtartige Verhaltensweisen fördert, und solche Verhaltensweisen sind irreführende Versuche der Selbstheilung“ (Flores 2013: 40). Zugleich könne Sucht aber auch als Selbstzerstörungsversuch genutzt werden (vgl. Rost 2008, 45). Rost beschreibt den Alkohol Missbrauch wie folgt: „Die Süchtigen versuchen mittels Alkohol sich selbst bzw. ein verinnerlichtes böses Objekt zu vergiften, wie dies Psychoanalytiker bereits seit den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts beschrieben haben“ (Rost 2008: 45).

Weitere Ursachen des Drogenmissbrauchs stehen im engen Zusammenhang mit familiären und gesellschaftlichen Gegebenheiten. Diese werden im folgenden Kapitel behandelt.

3. Ursachen von Drogenmissbrauch

Die Ursachen einer Suchterkrankung sind vielfältig und können durch familiäre als auch durch soziale Faktoren geprägt sein. Auch gesellschaftliche Anforderungen, wie beispielsweise der Druck im Arbeitsleben können dazu führen, dass Menschen in eine Abhängigkeitserkrankung geraten. „Drogengebrauch und Drogenmissbrauch haben nicht nur persönlichkeitsbedingte, sondern auch gesellschaftliche Ursachen“ (Hurrelmann 1997: 87). Drogenabhängigkeit kann demnach nicht ausschließlich auf ein personales Problem zurückgeführt werden. Die gesellschaftlichen Strukturen und Anforderungen, wie der Zwang zur Lohnarbeit, eine gesellschaftlich gewollte ständige Optimierung des eigenen Selbst in allen Lebensbereichen, sowie das jederzeitige Versagen im privaten, beruflichen und familiären Kontext können dazu beitragen, dass Personen eine Suchtstörung entwickeln. Darüber hinaus verherrlicht die derzeitige Konsumgesellschaft legale Drogen, wie Bode treffend bemerkt: „Wir alle leben in einer extrem konsumorientierten Gesellschaft mit einer aggressiven Werbung und einer Freizeitideologie, die passiv-konsumatorisches Verhalten fördert, die vermittelt, daß alles zu kaufen sein, ja sogar das Glück. Sogar Ärzte verschreiben in Mengen Psychopharmaka, die auf Dauer keine Probleme beheben, anstatt sich Zeit für ein Gespräch zu nehmen“ (Bode 1984: 137).

Neben den gesellschaftlichen Faktoren kann ein Substanzmissbrauch auch als Folge von Grenzerfahrungen oder als Sensationssuche entstehen. Ferner spielen sexuelle oder

gewalttätige Traumatisierung eine wesentliche Rolle und können das Entstehen einer Suchterkrankung begünstigen (vgl. Lehmkuhl: 2008: 49). Drogenabhängige Eltern, sowie Erziehungsmaßnahmen oder verstrickte familiäre Konstellationen die durch häufige Verlusterfahrungen geprägt sind scheinen die Entwicklung einer Suchterkrankung zu fördern. Zudem haben die Betroffenen in vielen Fällen weitere komorbide psychische Störungen wie Angst, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Lehmkuhl 2008: 49). Diese Gefühle sollen durch die Droge unterdrückt oder ersetzt werden. Die genannten Faktoren können als Risikofaktoren gesehen werden und können in einigen Fällen zu einer Kompensation durch Drogenmissbrauch führen. „Die umfangreiche Literatur zu psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit Substanzmissbrauch verdeutlicht, dass diese sowohl im Vorfeld als ein wichtiger Risikofaktor vorhanden sein können als auch im Rahmen des Drogenkonsums als ein Folgesymptom auftreten und diesen dann verstärken können“ (Lehmkuhl 2008: 51).

Die Motive und Ursachen für einen Substanzmissbrauch sind wie beschrieben vielfältig und beinhalten verschiedene Indikatoren und Faktoren. Es geht von bewusstem Verletzen der elterlichen Kontrollvorstellung über Ausdrucksmittel eines sozialen Protests, Grenzüberschreitung sowie bewusstseinsweiternden Erfahrungen, Zugangsmöglichkeiten zu Peergruppen, bis hin zu einer Hilfe bei der Lösung von frustrierenden Erfahrungen sowie die Notfallreaktion auf psychische und soziale Entwicklungsstörungen (vgl. Lehmkuhl 2008: 51). Im nächsten Kapitel werden die familiären und sozialen Einflüsse auf die Entwicklung einer Suchtstörung ausführlich beschrieben.

3.1. Familiäre und soziale Einflüsse

Neben der familiären Sozialisation spielen, so Lehmkuhl, auch genetische und psychosoziale Dispositionen eine wichtige Rolle, bei der Entwicklung einer Suchterkrankung (vgl. Lehmkuhl 2008: 53). Dies bedeutet, dass Suchterkrankungen oder psychische Störungen auch vererbt werden können: „Auch Studien an Zwillingen drogenabhängiger Eltern zeigen eine genetische Veranlagung sowohl beim Alkohol als auch beim Drogenkonsum (Comings 1997)“ (Lehmkuhl 2008: 53). Eine genetische Veranlagung reiche jedoch nicht aus, damit Kinder suchtkranker Eltern süchtig werden. Es seien weitere Variablen, die sich gegenseitig bedingen, für die Entwicklung süchtigen Verhaltens notwendig (vgl. Lehmkuhl 2008: 53). Hier bezieht sich der Autor sowohl auf Studien, die eine genetische Veranlagung bei Kindern suchtkranker Eltern aufzeigen konnten, als auch auf Studien, die weitere psychosoziale

Variablen, welche sich gegenseitig für die Entwicklung einer Suchtkrankheit bedingen: „Negative elterliche Vorbilder sowie inkonsistente familiäre Aufsicht, niedriger Bildungsgrad, überharte Erziehung, negative Eltern Kind-Interaktionen und chronische Familienkonflikte wirken sich ebenfalls suchtbegünstigend aus (Gabel et al. 1998; Gilvarry 2000)“ (Lehmkuhl 2008: 53). In diesen Fällen scheint die Sucht eine Kompensation von unbefriedigten Sehnsüchten nach Liebe und Schutz zu sein. Die Kinder oder Jugendlichen versuchen etwas auszugleichen, das ihnen in ihrer Kindheit gefehlt hat. „Ungefähr zwei Drittel der von Schuler (1999) untersuchten Gruppen wiesen strukturelle Störungen in der Herkunftsfamilie auf“ (Lehmkuhl 2008: 53). Demnach scheinen Störungen innerhalb der Herkunftsfamilie einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung darzustellen. „Insbesondere wenig unterstützendes und warmherziges Umgehen von beiden Eltern erhöht das Risiko für spätere Angststörungen und depressive Symptome, die wiederum in einem Zusammenhang mit erhöhten Suchtverhalten stehen“ (Lehmkuhl 2008: 53). Es ist davon auszugehen, dass die Erziehungsstile der Eltern eine bedeutende Auswirkung auf die psychische Stabilität der Kinder haben, welche bei mangelnder Manifestation zu Suchtverhalten führen kann. Zudem stellt die Eltern-Kind-Bindung, die aus der Interaktion und dem Umgang zwischen Eltern und Kind resultiert, einen Schutz- oder Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung dar. „Nach Sibereisens Review (1995) stammen Jugendliche, die keinen dauerhaften Substanzmissbrauch entwickeln, aus Familien, die ihnen Geborgenheit sowie Zuwendung in Verbindung mit klaren Erwartungen vermitteln und dadurch die Entwicklung kognitiver und sozialer Kompetenzen fördern“ (Sack/Thomasius 2009: 149).

Unter den sozialen Einflüssen versteht die Literatur ein soziales Umfeld, welches sich durch Kriminalität, der schnellen, einfachen Verfügbarkeit von Drogen sowie deren Akzeptanz auszeichnet, als auch mit einem generellen Mangel an sozialer Unterstützung gekennzeichnet sei (vgl. Lehmkuhl 2008: 53). Die Peergroup, also die Gruppe von Gleichaltrigen birgt positive Affekte, wie Anerkennung und Verbundenheit, jedoch kann die Peergroup auch Risiken mit sich bringen. Vor allem für Kinder und Jugendliche, die mit schulischen Misserfolgen zu kämpfen und wenig soziale Kontakte haben, scheint die Anbindung an negative Peergroups verführerisch (vgl. Lehmkuhl 2008: 54). „Jugendliche suchen dort Bestätigung um ihre beeinträchtigte Selbstachtung zu stabilisieren, und geraten dadurch in Kontakt zu Gruppen, in denen Alkohol- und Drogenmissbrauch praktiziert wird (Silbereisen et al. 1989; Tossmann et al. 1993)“ (Lehmkuhl 2008: 54). Hierbei wird deutlich, dass verschiedene Faktoren dazu führen, dass Jugendliche in eine Sucht geraten. Negative

Familienstrukturen sowie schulischer Misserfolg und Ablehnung durch Gleichaltrige begünstigen, dass Kinder und Jugendliche Anschluss an deviante Gruppen suchen, in denen Substanzmissbrauch praktiziert wird. „Der Kontakt mit devianten und substanzabhängigen Gleichaltrigen ist ein starker Prädiktor sowohl für antisoziales Verhalten als auch für Drogenmissbrauch“ (Lehmkuhl 2008: 54). Jedoch stellt die Peergroup nicht ausschließlich negative Einflüsse dar. „Durch die Interaktion in der Gruppe werden soziale Fähigkeiten des Einzelnen verbessert, um z.B. Stresssituationen zu bewältigen“ (Sack/Thomasius 2009: 154). Der Einfluss der Peergroup scheint von mehreren Faktoren abzuhängen, die familiären sowie die persönlichen Ressourcen spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass ein einzelner Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung ausreicht. Zudem ist festzuhalten, dass Kinder oder Jugendliche ohne die Einflüsse von Risikofaktoren dennoch suchtartige Verhaltensweisen entwickeln können. „Die Abwesenheit von Risikofaktoren allein stellt damit noch keinen Protektivfaktor dar“ (Sack/Thomasius 2009: 149). Meist bedingen verschiedene Faktoren einander, schwierige Familienstrukturen, daraus resultierende psychische Störungen, Misserfolg in der Schule, wenig Anschluss an soziale Kontakte, Aufnahme zu devianten Gruppen. Ausschlaggebend scheint aber das geringe Selbstwertgefühl zu sein sowie die Unterdrückung von negativen Gefühlen der psychischen Vorerkrankungen wie Aggressionen, Depressionen, Angst oder Impulskontrollstörungen, sowie die Kompensation von innerlichen Sehnsüchten nach Liebe und Geborgenheit.

Im folgenden Kapitel wird der Risikofaktor, Kinder aus suchtbelasteten Familien thematisiert.

3.2. Risikofaktor – Kinder aus suchtbelasteten Familien

Schuler führte 1999 eine klinische Stichprobe zu familiären Risikofaktoren in Bezug auf Suchterkrankungen durch. Die Ergebnisse der Studie ergaben, dass bei 49% der drogenabhängigen Personen eine Suchtbelastung bei den Eltern vorlag (vgl. Lehmkuhl 2008: 53). Das Ergebnis zeigt deutlich, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien einer Risikogruppe für die Entwicklung von psychosozialen Störungen angehören. „Die Zahl der Kinder suchtkranker Eltern in Deutschland liegt deutlich über 2,5 Millionen. Mehr als ein Drittel von ihnen wird im Laufe ihres Lebens selbstsuchtkrank, insbesondere abhängig von Alkohol und Drogen. Viele von ihnen entwickeln schwer wiegende psychische Störungen“ (Klein 2009: 160). Kinder aus suchtbelasteten Familien scheinen einem sehr hohen Risiko ausgesetzt zu sein, selbst eine Suchtstörung oder andere psychische Störungen zu entwickeln. „Insgesamt

ist davon auszugehen, dass diese Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu 6-fach höheres Risiko haben, selbst abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen“ (Klein 2009: 160). Durch das Verhalten und den Erziehungsstil der suchtkranken Eltern können die Kinder Mangelbefahrungen an Liebe, Schutz und Geborgenheit sowie ambivalentes Verhalten erleben. „Zu den von betroffenen Kindern insgesamt am häufigsten genannten Erfahrungen gehört die Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens“ (Klein 2009: 162). Die Kinder können das Verhalten des Elternteils nicht einschätzen und leben in ständiger Sorge vor der nächsten extremen Reaktion seitens der Eltern. Zudem beziehen einige Kinder das Suchtverhalten der Eltern auf sich selbst. „In manchen Fällen wurde deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern auf sich selbst attribuierten, z.B. wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer bloßen Existenz“ (Klein 2009: 162). Daraus können Selbstzweifel und eine Ich-Schwache Persönlichkeit entstehen, welche wiederum als Risikofaktor für das Entwickeln einer Suchterkrankung stehen. „So wird immer wieder berichtet, dass Kinder aus Suchtfamilien im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne Alkoholprobleme ein geringeres Selbstwertgefühl, ein auffälligeres Sozialverhalten, eine größere Impulsivität und motorische Unruhe und mehr Schulprobleme haben“ (Suess/ Hantel-Quitmann 2008: 344).

Laut Klein seien die Kinder suchtkranker Eltern in vielen Fällen einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt; die Kinder erleben mehr Streit und konflikthafte Situationen als andere Kinder, die Betroffenen sind der elterlichen Verhaltensvolatilität ausgesetzt, da die Eltern ihre Versprechungen in vielen Fällen nicht halten können, werden sie häufiger in Loyalitätskonflikte der Eltern gebracht, zudem seien sie häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell) oder Vernachlässigungen (vgl. Klein 2009: 163). Die Kinder befinden sich somit in schwierigen Lebenssituationen, in denen sie weder Schutz noch Stärkung seitens der Eltern erfahren können. Dies kann dazu führen, dass Kinder psychische Störungen entwickeln, Misserfolge in der Schule haben und sich an deviante Gruppen anhaften. „Das schwierige soziale Umfeld sowie die individuellen Psychopathologie erschweren befriedigende soziale Kontakte, sodass soziale Kompetenzen und Problemlösungsfertigkeiten nur gering ausgebildet werden können“ (Lehmkuhl 2008: 55). Die Substanzen werden so als Problemlösestrategie genutzt, da die Kinder nie gelernt haben aus eigenen Fähigkeiten und mit der Unterstützung der Eltern ihre Probleme zu bearbeiten. Eine geringe Frustrationstoleranz begünstige den beschriebenen Verlauf in der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. „Der Substanzgebrauch führt dazu, dass die problematische, meist überfordernde Lebenssituation nicht wahrgenommen werden muss“ (Pönsch 2012: 80). Die Kompensation der jeweiligen Lebenssituation steht demnach im Mittelpunkt des

Drogenmissbrauchs. Jedoch können durch den Konsum keine neuen Erfahrungen mit Problemlösestrategien gemacht werden, da der Konsum die Bewältigung blockiert (vgl. Pönsch 2012: 80).

In Bezug auf die Entwicklung von positiv besetzten Bindungserfahrungen, stellt sich die Frage, ob Kinder drogenabhängiger Eltern eine sichere Bindung zu ihren Bezugspersonen entwickeln können. Durch das ambivalente Verhalten der Eltern und den oben genannten Punkten können die Eltern in vielen Fällen nicht als »sichere Basis« fungieren. „Die hohen Werte für Ablehnung und Strafe in Verbindung mit einer emotional extrem unterkühlten Beziehung lassen auf ein unsicher-distanziertes Verhältnis schließen, nachdem das Kind gelernt hat, sein Bindungsverhalten zu unterdrücken, um Bestrafungen zu entgehen und die noch mögliche Nähe der Bindungsperson nicht weiter zu riskieren“ (Pönsch 2012: 60). Die Suchterkrankung der Eltern stellt einen Risikofaktor für die Kinder dar und kann zu einer unsicheren Bindung und vor allem dazu führen, dass die Kinder auch suchtkrank werden. Dies bedeute nicht, dass alle Kinder suchtkranker Eltern gefährdet seien, denn es spielen genetische, biochemische, soziale und persönliche Faktoren bei der Entwicklung einer Suchterkrankung eine Rolle (vgl. Lehmkuhl 2008: 54). Jedoch scheine es in vielen Fällen eine Störung innerhalb der Familie zu geben, da durch den Konsum der Eltern die Beziehung zum Kind auf verschiedenen Ebenen beeinträchtigt werden könne. Zudem fühlen sich viele der Betroffenen verantwortlich für ihre Eltern. „Generell werden sehr viele Ambivalenzerfahrungen und Loyalitätskonflikte berichtet (z.B. manchmal übermäßig verwöhnt werden und manchmal übermäßiges bestraft zu werden; den alkoholabhängigen Elternteil extrem zu verachten und zu hassen, ihn aber auch sehr zu mögen und zu umsorgen; den alkoholabhängigen Elternteil auch im Erwachsenenalter noch kontrollieren zu müssen)“ (Klein 2009: 162).

Festzuhalten sei, dass Kinder in suchtblasteten Familien einem Risikofaktor ausgesetzt sind und somit als Risikokinder gelten. Zudem scheine der Aufbau von Bindungen unter diesen Umständen schwierig und von Störungen geprägt zu sein. Kinder aus suchtblasteten Familien seien einer Vielzahl von psychosozialen Schwierigkeiten ausgesetzt. Jedoch können diese Schwierigkeiten auch als Chance gesehen werden, dass die betroffenen Kinder früh lernen mit belastenden Situationen umzugehen und somit Kompetenzen entwickeln. „Die meisten von ihnen finden Wege, mit der Sucht umzugehen und zu leben, und manche entwickeln sogar besondere Fähigkeiten und machen „aus der Not eine Tugend“. So zeigt sich häufig, dass Kinder aus Suchtfamilien lernen, für sich selbst oder auch für die

Geschwisterkinder Verantwortung zu übernehmen, allerdings lernen sie dies zu früh und aus einer Notsituation heraus und nicht dann, wenn es als Entwicklungsschritt ansteht.“ (Suess/Hantel-Quitmann 2008: 344).

Die betroffenen Kinder gelten weiterhin als Hochrisikogruppe, jedoch tragen weitere Risikofaktoren dazu bei, inwieweit sich die Sucht der Eltern negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirkt und ob sich das Suchtverhalten der Eltern auf die Kinder tradiert.

4. Bindungserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in der Familie und Sucht

Im folgenden Hauptteil dieser Bachelorarbeit wird zu Beginn allgemein auf Bindungserfahrungen eingegangen. Es wird beschrieben, wie sich Bindung definiert und wie sie entsteht. Im weiteren Verlauf werden Bindungserfahrungen und Bindungsstörungen beschrieben und dabei auf deren Auswirkungen eingegangen. Im Anschluss daran werden die Zusammenhänge von Bindungserfahrungen und Suchtstörungen untersucht und dabei die Kernthese der Bachelorarbeit, inwieweit eine unsichere Bindung einen Risikofaktor für eine spätere Suchterkrankung darstellen kann, bearbeitet.

„Bindung entwickelt sich mit der ersten Antwort einer sorgenden Person auf die kindlichen Bedürfnisse“ (Strauß 2014: 37). Die Bindung die sich zwischen Bezugsperson und Säugling entwickelt, wird als Primärbindung bezeichnet. Die Primärbindung ist in vielen Fällen ausschlaggebend für die psychische Entwicklung des Kindes. „Bindung ist ein komplexer sich entwickelnder Prozess, ähnlich dem, was wir Liebe nennen“ (Flores 2013: 56).

„Nach Bowlby stellt das Bindungssystem ein primäres, genetisch verankertes motivationales System dar, das zwischen der primären Bezugsperson und dem Säugling in gewisser biologischer Präformiertheit nach der Geburt aktiviert wird und überlebenssichernde Funktion hat“ (Brisch 2013: 36). Demnach entwickelt jedes Kind eine Bindung zu seiner Bezugsperson, jedoch unterscheidet sich die Art der Bindung anhand der jeweiligen Interaktion zwischen Mutter und Säugling. Inwieweit sich eine sichere oder unsichere Bindung entwickelt hänge davon ab, ob und wie die emotionalen Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden. Um eine sichere Bindung zu gewährleisten, komme es vor allem auf das Wechselspiel zwischen Schutz durch Nähe auf der einen Seite, sowie Distanz und Exploration der Umwelt auf der anderen Seite an (vgl. Schindler 2012: 165). Die Kinder sollen ihre Umwelt frei erkunden und-, sich bei drohender Gefahr auf den elterlichen Schutz verlassen können. Im Idealfall bestehe eine Wechselwirkung zwischen Bindungssystem und

Exploration, umso geborgener und beschützter sich das Kind fühlt, umso neugieriger agiert es in seiner Umwelt. Das Kind kann sich von seiner Mutter entfernen, ohne in emotionalen Stress zu geraten, sucht bei Angst aber gleichzeitig wieder die Nähe der Mutter (vgl. Brisch 2013: 39). Die Bezugsperson stellt somit die sicherste emotionale Basis für das Kind dar. „Initiative und Steuerung in Bezug auf Bindungs- und Explorationsverhalten gehen jeweils vom Kind aus“ (Brisch 2013: 39). Es sei von hoher Bedeutung für die Entwicklung einer sicheren Bindung, dass die Mutter bzw. die Bindungsfigur die Affekte des Kindes wahrnimmt und auf diese reagiert. Die Bindungsfigur solle dabei die Selbststeuerung des Kindes von Nähe und Distanz akzeptieren. Dabei spiele die Feinfühligkeit der Bindungsfigur eine wesentliche Rolle. „»Feinfühliges Verhalten« der Bezugsperson besteht darin, daß diese in der Lage ist, die Signale des Kindes wahrzunehmen (z.B. sein Weinen), sie richtig zu interpretieren (z.B. als Suche nach Nähe und Körperkontakt) und sie auch angemessen und prompt zu befriedigen“ (Brisch 2013: 36). Ein Feinfühliges Verhalten seitens der Bezugsperson könne jedoch nur gelingen, wenn die Bezugsperson aus der Sicht des Kindes handelt (vgl. Grossmann 2008: 30). „Unter diesen optimalen Bedingungen entwickelt ein Kind eine sichere emotionale Bindung an seine Eltern, die ihm als Schutzfaktor in seiner weiteren Entwicklung dient und es bei emotionaler Belastung durch ängstigende Ereignisse »widerstandsfähig« machen wird“ (Brisch 2015: 106).

Wenn die Bezugsperson nicht oder nur unzureichend auf die Signale des Kindes reagiert, kann dies zu einer unsicheren Bindung führen (vgl. Brisch 2012: 37). Laut Fischer/Möller kann die Rolle der Bindung gar nicht überschätzt werden, eine sichere Bindung, sei die emotionale Basis für die Entwicklung eines Kindes (vgl. Fischer/Möller 2018: 93).

Eine sichere Bindung hat somit auch eine schützende Funktion für den weiteren Verlauf des Lebens und die Entwicklung, beziehungsweise den Umgang mit möglich folgenden psychischen Erkrankungen. Laut Schindler, lasse sich heute eindeutig belegen, dass eine sichere Bindung einen Schutzfaktor gegen und eine unsichere Bindung einen Risikofaktor für einen späteren Substanzmissbrauch darstellt (vgl. Schindler 2013: 17). Wenn Kinder kein feinfühliges Verhalten seitens der Bindungsfigur erfahren konnten, ihnen wenig bis gar keine Liebe oder Geborgenheit im täglichen Umgang zuteilwurde, sei die Wahrscheinlichkeit höher, dass diese Kinder suchtartige Verhaltensweisen entwickeln. Die nicht befriedigten emotionalen Bedürfnisse werden durch die Bindung an andere (Liebes-) Objekte kompensiert (vgl. Brisch 2013: 108). Das Kind konnte nicht an der Erfahrung teilhaben, sich bei Stresssituationen auf das feinfühlige Verhalten der Bindungsfigur zu verlassen, welche seine Gefühle durch Nähe reguliert. Somit müsse sich das Kind auf die Suche nach einem anderen Objekt begeben, welches den Stress regulieren könne. „Das Sucht-Surrogat für die

sehnsüchtige Suche nach einer feinfühligem Bindungsperson, die den Streß des erregten Bindungssystem reguliert, ist austauschbar“ (Brisch 2013: 109). Das substanzgebundene Objekt kompensiere die Gefühle nach einem lebenden Objekt, darüber hinaus könne von den Betroffenen selbst kontrolliert werden, wann sie die Substanz konsumieren und somit das fehlende (Liebes-) Objekt kompensieren möchten. Die Substanz mache scheinbar unabhängig von einer Bindungsperson. Zudem betäube das substanzgebundene Objekt in der Regel schnell die Sehnsüchte. „Der Bindungssuchende hat eine pathologische Bindung an seinen Suchtstoff als Surrogat für eine echte Bindungsperson entwickelt“ (Brisch 2013: 109). Die Gefahr aus einer psychischen Konstitution heraus ein manifestes Suchtverhalten zu entwickeln ist groß. „Wenn die altersgemäßen Entwicklungsbedürfnisse nicht erfüllt wurden, suchen Drogenabhängige ständig »da draußen« nach etwas, das die Stelle dessen einnehmen könnte, was »hier drinnen« fehlt (Flores 2013: 40). Die Bindungserfahrung scheinen einen relevanten Faktor in der Entwicklung eine Suchterkrankung darzustellen.

4.1. Bindungserfahrungen und Bindungsstörungen

In diesem Kapitel wird auf Bindungserfahrungen und Bindungsstörungen eingegangen. Jede Bindung ist eine Bindungserfahrung. Von Bindungsstörungen werde gesprochen, wenn die Bindung der Betroffenen unsicher oder beeinträchtigt sei und die Auswirkung dessen, sich negativ auf das weitere Leben und die Psyche der Person auswirke. „Bowlby, der deren Wirkungen früher Verlufterfahrungen mit wissenschaftlicher Akribie nachging, stellte fest, dass Unterbrechungen der elterlichen Bindung weitreichende Folgen für die Entwicklung der Person und für deren spätere Bindung als Erwachsene haben“ (Flores 2013: 56). Umso bedeutender scheine es zu sein, sich mit den verschiedenen Bindungsmustern auseinander zu setzen, um das Verhalten der Personen im Hier und Jetzt deuten und durchbrechen zu können. „Aus der Beschäftigung mit den weitreichenden Wirkungen einer sicheren Bindung ergibt sich eine Vielzahl von Folgerungen nicht nur für die Kindesentwicklung, sondern auch für das Suchtverhalten und die Psychopathologie der Erwachsenen“ (Flores 2013: 57). Der Blick auf die Bindungsmuster von Drogenkonsumenten scheine ein wesentlicher Bestandteil für Erklärungsmuster des Suchtverhaltens zu sein. Zudem sei festzuhalten, dass eine Bindung immer besteht, selbst wenn sie unzureichend oder unsicher sei. „Eine versorgende Person wird – unabhängig von der Qualität ihrer Wahrnehmung, Interpretation und Befriedigung der Bedürfnisse des Kindes – im Laufe der Zeit von diesem als Bindungsperson angenommen“ (Strauß 2014: 37). Selbst Kinder, die von ihren Bindungspersonen missbraucht wurden,

entwickeln eine Bindung zu diesen. „Durch Studien zu Missbrauchserfahrungen in der frühen Kindheit wurde allerdings längst belegt, dass auch missbrauchte Kinder sehr wohl eine Bindung zu ihren Bezugspersonen entwickelten“ (Strauß 2014: 37). Die jeweiligen Bindungssysteme in welche Kinder hineingeboren werden, unterscheiden sich folglich in ihrer Qualität.

Im Folgenden wird das sichere Bindungsmuster und vier unsichere Bindungsmuster aufgezeigt; a.) die sichere Bindung, b.) die unsicher-vermeidende Bindung, c.) die unsicher-ambivalente Bindung, d.) die desorganisierte-vermeidende Bindung, e.) ängstlich-vermeidende Bindung.

a.) Sichere Bindung

Eine sichere Bindung bestehe dann, wenn Nähe, Liebe und Fürsorglichkeit seitens der Eltern gegeben seien und sich die Kinder aber gleichzeitig in der Umwelt explorieren können. Bei der Trennung von der Bindungsperson zeige das Kind eine deutliche Reaktion, es weine oder rufe nach der Mutter, das Kind zeige somit ein sicher ausgeprägtes Bindungsverhalten (vgl. Pönsch 20120: 30). „Bei den sicher gebundenen Kindern wird davon ausgegangen, dass sie aufgrund einer empathischen Mutter-Kind-Beziehung eine Vorstellung verinnerlicht haben, nach der sie in Not- und Stresssituationen getröstet werden“ (vgl. Pönsch 2012: 30). Zudem konnten sicher gebundene Kinder erlernen, mit ihren Gefühlen umzugehen, diese auszuleben und verbal zu äußern. Das feinfühliges Verhalten der Eltern, habe die Kinder befähigt ihren Stress durch Mithilfe des Kontaktes zur Mutter/Vater abzubauen und somit erlebte negative Gefühle zu regulieren. „Sicher gebundene Kinder können ihre Wut oder ihre Angst äußern, können sich aber auch schnell wieder regulieren, die Erregung im Kontakt mit der Mutter abreagieren“ (Fischer/Möller 2018: 107). Gleichzeitig spiele die Objektpermanenz bei einer sicheren Bindung eine wesentliche Rolle. „Die Bindung bezieht sich auf ein Objekt (die Mutter), das imaginiert auch zur Verfügung steht, wenn das Objekt nicht real anwesend ist. Das Kind lernt im ersten Jahr, die Abwesenheit der Mutter durch ein inneres Bild von ihr zu kompensieren“ (Fischer/Möller 2018: 111). Das bedeute, das Kind ist sich bewusst, dass die Mutter wiederkommt, auch wenn sie für kurze Zeit den Raum verlassen habe, da es das Bild der Mutter verinnerlichen konnte. Diese Erfahrung gebe dem Kind Sicherheit – es konnte eine sichere Bindungserfahrung erleben, verinnerlichen und auf diese vertrauen. „Je sicherer und stabiler die frühe Bindung desto besser gelingt und die Selbstregulation. Fehlt es an einer sicheren Bindung, dann sind wir anfälliger für Störungen und für die affektive Destabilisierung“ (Flores 2013: 51). Eine sichere Bindung scheine demnach eine protektive

Wirkung zu haben. „Eine sichere Bindung geht einher mit einem positiven, realistischen Selbstbild, und sichere Bindungsbeziehungen liefern eine sichere Basis für den Umgang mit starken Emotionen und belastenden Situationen“ (Zweyer 2008: 96). Somit fällt es sichergebundenen Kindern leichter, in belastenden Lebenssituationen nicht zu psychoaktiven Substanzen zu greifen, um mit ihren Emotionen und ambivalenten Gefühle umzugehen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sicher gebundene Kinder nicht zu psychoaktiven Substanzen greifen könnte, jedoch sind sie geschützter, als Kinder aus unsicheren Bindungsmustern. „Peter Zimmermann (2001) fand hinsichtlich der Problembewältigung bei sicher gebundenen Jugendlichen »signifikant mehr aktive und weniger vermeidende oder problemlugnende Bewältigungsstrategien« als bei unsicher gebundenen“ (Strauß 2014: 57).

b.) Unsicher-vermeidende Bindung

Beim Typus der unsicheren-vermeidenden Bindung hingegen, bekommt das Kind wenig emotionale Unterstützung seitens der Eltern, es sei wenig bis gar kein Rückhalt oder Nähe gegeben, welches dazu führen kann, dass die Kinder ihre Bedürfnisse nach Nähe und sozialen Kontakten unterdrücken (vgl. Pönsch 2012: 31). Die Eltern bzw. die Mutter reagieren nicht auf die Affekte des Kindes und agieren in Not- und Stresssituationen des Kindes nicht als Schutzobjekt. Somit lernt das Kind nicht mit Hilfe der Bindungsfigur, seine negativen Gefühle abzubauen und zu regulieren. „Eine unsichere Bindung entsteht oft aus einem Mangel an sicherer Bindungserfahrung in den Primärbindungen mit den Eltern“ (Fischer/Möller 2018: 110). Bei Trennung von den Eltern reagiert das Kind kaum bis gar nicht und zeigt auch bei dem Wiedersehen keine Reaktion - kein Bindungsverhalten. „Das Kind reagiert nur zögerlich auf die Abwesenheit der Mutter, es bleibt eher desinteressiert. Bei Rückkehr der Mutter lässt es sich nicht auf den Arm nehmen, ignoriert und vermeidet die Mutter und zeigt kein Interesse“ (Fischer/Möller 2018: 108). Aufgrund der fehlenden Gefühlsregulation ignorieren vermeidend gebundene Kinder ihre Wünsche und richten ihre Bedürfnisse nach den Bedingungen der Umgebung. Sie neigen dazu, sich nach außen angepasst zu verhalten, sind nicht in der Lage Reaktionen zu zeigen, wie sie sich innerlich wirklich fühlen. Darüber hinaus weisen sie Schwierigkeiten auf, ihre Gefühle zu beschreiben und wissen nicht wer sie wirklich sind (vgl. Fischer/Möller 2018: 108). Ferner fällt es ihnen schwer Freundschaften zu entwickeln.

„Aus einem Mangel an Empathie, Feinfühligkeit und Sicherheit in der Primärbindung des ersten Jahres entsteht im Laufe der Entwicklung nicht selten eine emotionale Fixierung eines kindlichen Ich-Anteils, der keine sichere Bindungserfahrung erleben konnte und sich noch

immer eine emotionale Ernährung des inneren Kindes wünscht“ (Fischer/Möller 2018: 110). Die Auswirkungen einer unsicheren Bindung scheinen demnach verheerend für die emotionale und psychische Gesundheit der Betroffenen. „Die Häufigkeiten unsicher- vermeidend gebundener Personen sind bei bestimmten Störungen, zum Beispiel Anorexia nervosa, antisozialer Persönlichkeitsstörung, Sucht, somatoformen Störungen und schweren psychiatrischen Erkrankungen wie der Schizophrenie, deutlich erhöht“ (Strauß 2014: 80). Die Betroffenen scheinen in vielen Fällen auf der Suche nach der Befriedigung von Gefühlen zu sein, welche ihnen als Kinder zu Teil wurde. Eine Kompensation der unerfüllten inneren Sehnsüchte durch Drogen scheint für viele Personen der einzige Ausweg zu sein. Der Zusammenhang zwischen einem unsicheren Bindungsmuster und einem Suchtverhalten stehe in vielen Fällen eng beieinander. „Sobald es aber nicht mehr um Probierkonsum, sondern um Substanzmissbrauch und Abhängigkeit geht, ist der Zusammenhang der unsicheren Bindung wieder eindeutig“ (vgl. Schindler 2013: 17).

c.) Unsicher-ambivalente Bindung

Der Typus der unsicher-ambivalenten Bindung gehe durch ein ambivalentes Verhalten seitens der Bindungsfigur aus, die zweitweise auf die Signale des Kindes reagiert und dann wieder wenig bis gar keine Reaktion auf die Signale zeigt. „Bei den Hausbesuchen fanden Ainsworth et al. (1978), dass die Mütter der unsicher-ambivalent gebundenen Kinder in vorhersagbarer Weise auf die Signale sowie das Bindungs- und Erkundungsverhalten ihrer Kinder reagierten. Während sie zeitweilig feinfühlig auf deren Signale eingingen, beachteten sie zu anderen Zeiten die Signale kaum oder ließen den Kindern wenig Möglichkeit, ihre eigene Autonomie zu erkunden“ (Zweyer 2008: 92). Das ambivalente Verhalten seitens der Mutter scheine sich auf das Bindungsverhalten des Kindes auszuwirken. Das Kind lerne, dass ambivalent auf Bedürfnisse eingegangen wird und entwickelt somit kein sicheres Bindungsverhalten. Dieses Bindungsmuster kann auch einen Risikofaktor für eine Suchtstörungen darstellen, da durch den ambivalenten Umgang der Bindungsfigur, das Kind gelernt habe, dass Bindungen nicht beständig, sondern ambivalent seien. Dies könne dazu führen, dass sie im späteren Alter die Bindung an Substanzen bevorzugen, da diese als beständiger erscheinen. Zudem scheinen unsicher-ambivalent gebundene Kinder Schwierigkeiten mit Problembewältigung zu haben. „Unsicher-ambivalent gebundene Kinder hingegen scheinen aufgrund einer sensibleren Wahrnehmung ein Übermaß an Problemen zu registrieren und infolge einer Überforderungssituation weniger konstruktive Lösungen entwickeln zu können.“ (Strauß 2014: 58). Umso deutlicher wird, wie anfällig ambivalent-gebundene Kinder für den

Missbrauch von Substanzen sein können. Aufgrund der Überforderungssituation bei Problemen und der fehlenden Lösungsstrategie, kann die Substanz eine Ersatzfunktion der Stressregulation erhalten. Im Gegensatz zu den verinnerlichten ambivalenten Bindungserfahrungen liefert die Droge Stabilität und Verfügbarkeit.

d.) Desorganisiert-vermeidende Bindung

Der Typus der desorganisierten Bindung zeige sich häufig bei traumatisierten Kindern. „Kinder mit desorganisierter Bindung haben oftmals traumatisierende Erfahrungen gemacht. 80% der traumatisierten Kinder zeigen ein desorganisiertes Bindungsverhalten (Carlson et al. 1989, 1998)“ (Fischer/Möller 2018: 109). Das desorganisierte Bindungsmuster sei chaotisch und ambivalent. Bei Trennung von der Bindungsperson scheinen die Kinder nervös zu sein, sie schreien und lassen sich auf den Boden fallen. Bei der Rückkehr der Bindungsperson drehen sich die Kinder im Kreis oder bleiben auf der Hälfte des Weges zu dieser stehen. Letzteres werde als Freezing bezeichnet (vgl. Fischer/Möller 2018: 109). „Einen kurzen Augenblick wirkt das verharrende Kind wie »eingefroren«, als befände sich das Kind im Freezing-Modus der traumatischen Zange und erlebe (flashbackartig) einen Zustand der Ohnmacht“ (Fischer/Möller 2018: 109). Auf den ersten Blick scheine das desorganisierte Bindungsmuster dem ambivalenten Bindungsmuster zu ähneln. Das Kind verhält sich ambivalent in Bezug auf die Bindungsfigur. „Die primäre Bindungsperson ist Notanker und bedrohlich zugleich“ (Fischer/Möller 2018: 109). Die Auswirkungen eines solchen Bindungsstils auf die psychische Entwicklung des Kindes können in vielen Fällen verheerend zu sein. Zum einen existiere keine sichere Basis zur Bindungsfigur. Zum anderen gelte die Bindungsfigur gleichzeitig für das Kind als bedrohlich, dennoch ist das Kind auf seine Bindungsfigur angewiesen. Diese erlebte Bindungssituation könne zu einem enormen emotionalen Druck und Stresserleben der Kinder führen. „In der »fremden Situation« (Ainsworth 1987) wird ein Verhalten sichtbar, das später auf Suchtstationen oder in der ambulanten Sprechstunde wiederholt und reinszeniert wird: plötzlicher Kontaktabbruch bei Nichterfüllung von Wünschen (»ich brauche Valium, sonst breche ich ab«) Abwehr des Kontakts bei Trost oder Verständnis (paradoxe Reaktion auf Kontaktangebote), Bagatellisierung bei Abbruch der Therapie (Vermeidung von Zuwendung) oder Distanzlosigkeit und sexuelle Promiskuität (enthemmtes regressives Kontaktverhalten) (Fischer/Möller 2018: 109). Hierbei wird deutlich, wie der Bindungsstil erlernt, verinnerlicht und in Kontakt mit außenstehenden Personen reproduziert werde. Die Droge kann hier eine

Ersatzfunktion erhalten, sie gleiche die Ambivalenz und das Chaos aus und dämpfe die negativen Gefühle.

e.) Ängstlich-vermeidende Bindung

Bei dem Typus der ängstlich-vermeidenden Bindung, bestehe eine grundsätzliche negative Sicht auf sich selbst und auf die Bindungsfigur. Diese könne durch emotionale als auch physische Gewalt oder Vernachlässigung seitens der Bindungsfigur entstehen. Erhalte ein Kind statt Lob und Wertschätzung eher Kritik und Demütigung, entwickle sich kein gesundes Selbstwertgefühl. Ein Kind, welches mit ständiger Kritik und Demütigung seitens seiner Bezugsperson konfrontiert sei, sei nicht in der Lage dazu eine grundsätzliche positive Einstellung zu entwickeln. Ein solches negatives Verhalten der Bezugsperson, führe dazu, dass das Kind seinem Umfeld misstrauisch gegenüber tritt. Es hat nicht gelernt außenstehenden Personen zu Vertrauen, da es mit ständigen negativen Reaktionen rechnet. Ein mit diesen Bindungen sozialisiertes Kind befinde sich im ständigen Gefühl der Unsicherheit (vgl. Schindler 2009: 166). Zudem isolieren sich diese Kinder aus Angst und Schutz vor der erwarteten Zurückweisung. In einer Studie (Schindler et al. 2005), mit 71 heroinabhängigen Personen im Alter von 14-25 zeigte sich, dass diese vorwiegend ein ängstlich-vermeidendes Bindungsmuster vorwiesen. Die drogenfreie Kontrollgruppe, aus 37 Personen, waren vorwiegend sicher gebunden (vgl. Fischer/Möller 2018: 119). „Nach dieser Studie wurde argumentiert, dass Menschen »mit ängstlich-vermeidender Bindung nicht über bindungsbezogene Bewältigungsstrategien« verfügen (Schindler et al. 2005, Brisch 2013, S. 20). Es wurde auf eine Ersatzfunktion des Heroins für fehlende Bindungsstrategien geschlossen“ (Fischer/Möller 2018: 119). Außerdem kann es im Erwachsenenalter Probleme bei dem Eingehen neuer Bindungen geben, da sie oftmals mit dem gleichen Bindungsstil fortgeführt werden. „Ängstlich gebundene Erwachsene sind aufgrund ihrer negativen Selbst- und Fremdbilder unter Umständen besonders anfällig für hochgradige konflikthafte und missbräuchliche Partnerbeziehungen. Sie interpretieren Konflikte nur zu leicht als bedrohlich für die Beziehung und reagieren dann mit extremen Formen des Bindungsverhaltens, etwa mit starkem Zorn oder mit der Drohung sich selbst oder anderen einen Schaden zuzufügen“ (Riggs 2017: 78).

Bei den Definitionen der Bindungsmuster wird deutlich, welche Relevanz die Bindung in der Kindheit für den weiteren Verlauf des Lebens hat. In Bezug auf Suchterkrankungen scheint die Bindung in der Kindheit eine wesentliche Rolle zu spielen. „Vielmehr kann eine

sichere/unsichere Bindung als Schutz- bzw. Risikofaktor für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen betrachtet werden: Eine sichere Bindung erhöht vermutlich die psychische Vulnerabilitätsschwelle für Belastungen, eine unsichere setzt sie herab“ (Brisch 2013: 95). Umso niedriger die Vulnerabilitätsschwelle ausfällt, desto anfälliger sei die Person für psychische Störungen und Erkrankungen. „Ambivalent und ängstlich-vermeidend gebundene Menschen dürften auch besonders sensibel sein für Hinweise auf Ablehnung und Verlassenwerden durch andere und häufige und stark ausgeprägte Gefühle von Bedrohung, Hilflosigkeit und geringem Selbstwert erleben“ (Strauß 2014: 78). Kinder die aus sicher-gebundenen Bindungsverhältnissen stammen, scheinen eine Resilienz entwickelt zu haben, die ihnen hilft, mit belastenden Situationen umzugehen und diese auf der Emotionsebene selbst zu regulieren. „Die unsicheren Bindungsmuster sind eher ein Risikofaktor in belastenden Situationen, weil die Bewältigungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und solche Kinder sich nur zögerlich Hilfe holen können oder aber andere Personen in hoher Ambivalenz und Autonomie-Abhängigkeits-Konflikte verstricken“ (Brisch 2015: 107). Inwieweit eine Bindungserfahrung als Risiko für die Entwicklung einer Sucht gesehen werden kann, wird im folgenden Kapitel genauer untersucht und mit signifikanten Zusammenhängen belegt.

4.2. Bindungserfahrungen als Risiko für die Entwicklung einer Sucht

Wie bereits beschrieben und anhand einschlägiger Literatur belegt, besteht ein Zusammenhang zwischen einer unsicheren Bindung und einem späteren Substanzkonsum. Dieser übernehme bei vielen Betroffenen die Kompensation innerer Sehnsüchte. Der Substanzkonsum übernehme eine Ersatzfunktion, der nicht bearbeiteten Bindungsstörungen der Kindheit und werde als Selbstmedikation genutzt. „Er könnte als »Selbstmedikation«, als »chemische Affektregulation« von Menschen mit unsicherer Bindung eingesetzt werden“ (Schindler 2013: 16). Sobald die Substanz die Rolle einer Kompensation erhält, werde es zum Missbrauch. Der Substanzkonsum werde zum stoffgebundenen Objekt, das die inneren Sehnsüchte stille. „Süchtige, sind vor allem emotional und in ihrem Selbstwert gestörte Menschen, die immer wieder das Suchtmittel brauchen, um die bedrohliche Realität nicht zu spüren und sich damit gleichzeitig narzisstisch für kurze Zeit aufwerten zu können“ (Suess/Hante-Quitmann 2008: 345). Zudem wird die Bindungsfähigkeit durch den Konsum weiter beeinträchtigt. „Erstens wird die Exploration der Umwelt unterbrochen, verzerrt, oder aber es werden Risiken eingegangen, die in nüchternen Zustand nicht in Kauf genommen wären. Zweitens wird die Mentalisierung, die Exploration der eigenen Innenwelt (und der

anderer Menschen), unterdrückt. Oftmals entsteht der Eindruck, dass dieses Nicht-Wahrnehmen, dieses »Dichtmachen« gerade das Ziel des Konsums ist. Und drittens werden Beziehungserfahrungen verhindert, die sonst altersentsprechend hätten gemacht werden können und sollen“ (Schindler 2013: 16). Der Kontakt zu Menschen außerhalb der Peergroup in welcher Substanzkonsum alltäglich sei, werde erschwert, zudem werden keine neuen Bindungen aufgebaut und der Betroffene lernt nicht, die Konfrontation mit neuen Bindungen einzugehen. Die Bindungsstörung werde reproduziert, da keine neuen positiven Bindungserfahrungen erlebt werden können. „Mit fortgesetztem Konsum werden Beziehungserfahrungen vermieden, ersetzt und behindert“ (Schindler 2013: 17). Die Gefahr, dass sich die Betroffenen immer mehr zurückziehen und die Substanz als einzigen positiven Verstärker nutzen scheine groß zu sein, da sie im nüchternen Zustand nicht auf die positiven Verstärker zurück greifen können. „Für den Zusammenhang von Bindungsstörung und Sucht liegt folgende dynamische Objekt-Theorie (z.B. Kernberg 1987, 1999) nahe: Das Suchtmittel bietet sich als Ersatz-Erfahrungsträger für fehlende soziale Belohnungserfahrungen an, es wird zur Bindungsfigur“ (Fischer/Möller 2018: 104). Die positiven Gefühle die von der Bindungsfigur vermittelt werden sollten, wie Nähe, Liebe und Sicherheit werden durch die Wirkung der Substanz kompensiert. Das Belohnungszentrum im Gehirn wird aktiviert und die Substanz als Bindungsangebot vermittelt.

Die frühen Bindungsstörungen in den Blick zu nehmen scheine von hoher Bedeutung für die Ursachenforschung in Bezug auf Suchterkrankungen. Jedoch verliert auch die Phase der Adoleszenz in der Literatur, als einen wesentlichen Zeitraum für das Entwickeln eines manifesten Konsumverhaltens, nicht an Relevanz. „Zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr liegt die Zeit des höchsten Substanzkonsums und vor allem der kritische Zeitraum für eine Abhängigkeitsentwicklung“ (Schindler 2013: 23). In der Phase der Adoleszenz ist eine Abwendung vom Elternhaus sowie ein Infrage stellen der dort erlernten Werte und Normen, Teil des Entwicklungsprozesses. Diese Zeit stelle einen Trennungsprozess dar, wobei die Bindung einen wesentlichen Faktor zugeschrieben bekommt. Wenn die Eltern weiterhin als sichere Basis fungieren können, habe es der Jugendliche einfacher zu explorieren und darauf zu vertrauen, dass er bei Problemen auf die Unterstützung und den Schutz seiner Bindungsfiguren zurückgreifen kann. „Dieser Übergang zu mehr Autonomie gelingt umso besser, je mehr die Eltern bei Bedarf noch als sichere Basis und auch als Reibungsfläche zur Verfügung stehen“ (Schindler 2013: 23). Entfällt diese Aufgabe seitens der Bindungsfiguren, sei der Jugendliche emotional auf sich allein gestellt und empfinde eine innere Leere, die mit realen sozialen Verstärkern nicht gefüllt werden könne. „In der Aufstellung ist die Droge dann das stumme Symbol, über den die Beziehungslosigkeit eine reale, greifbare Faktizität

erreicht“ (Fischer/Möller 2018: 105). Jedoch haben die jeweiligen konsumierten Substanzen in dieser Entwicklungsphase nicht nur die Funktion der Betäubung. In vielen Fällen gehe es auch um die Steigerung der Leistung, ob im Sport oder in der Schule. Laut Fischer/Möller sei die innere Leere sowie die Beziehungslosigkeit in gut situierten Familien und hoch angepassten Systemen keine Seltenheit. Die Kinder und Jugendlichen werden ausschließlich an ihrer Leistung gemessen und erhalten ansonsten keinerlei Wertschätzung, deshalb sei der Konsum von leistungssteigernden Drogen wie Kokain und Amphetamin kein Wunder (vgl. Fischer/Möller 2018: 105). Gleichzeitig haben die betäubenden Substanzen nach der erbrachten Leistung die Funktion der Entlastung und der Entspannung. Diese Funktion der Entspannung die im Idealfall durch die positiven Gefühle einer vertrauensvollen und sicheren Bindung vermittelt werden sollten, übernehmen die Substanzen (vgl. Fischer/Möller 2018: 106). Die Kompensation herrscht somit auf verschiedenen Ebenen, zum einen um aktiv zu sein und den Anforderungen von außen gerecht zu werden. Zum anderen um die inneren Gefühle nach Geborgenheit und Sicherheit zu dämpfen und die gewünschte Entspannung selbst zu kontrollieren. Hieran werde wieder deutlich, welch wesentlichen Faktor die Bindung darstellt. Die Auswirkungen einer unsicheren Bindung oder Bindungsstörungen, können sich auf das gesamte Leben auswirken. Jugendliche die wenig bis gar keine emotionale Unterstützung und Wertschätzung seitens der Bindungsfigur erhalten haben, werden in vielen Fällen ein Leben lang daran zweifeln, sich selbst zu schätzen und zu lieben. Umso verführerischer der Griff zu psychoaktiven Substanzen, welche die fehlenden positiven Gefühle scheinbar schnell ersetzen können. „Jeder Mensch hat ein evolutionär bedingtes, angeborenes Bedürfnis nach emotionalen Beziehungen und nach sozialer Gemeinschaft“ (Strauß 2014: 37). Menschen sind soziale Wesen, die auf die positive Resonanz anderer angewiesen sind. Entfalle diese, werde es den Betroffenen schwerfallen, die innere Zufriedenheit sowie Sicherheit in sich selbst zu finden. „Für die Therapie der Sucht ist die Arbeit mit dem Bindungsverhalten des Patienten von großer Bedeutung, wird aber meistens nicht fokussiert, da Bindungsstörungen nach dem 12. Lebensjahr kaum mehr diagnostiziert werden. Plötzlich sind die Bindungsmuster verschwunden, obwohl die Forschung längst gezeigt hat, dass es sich um ein lebenslanges Schicksal handelt (Grossmann 2002). Wir wiederholen Bindungsmuster ein Leben lang, wenn wir nicht aktiv nach neuen Bindungserfahrungen suchen“ (Fischer/Möller 2018: 106). Deutlicher werde an dieser Stelle, wie verhängnisvoll die Kompensation der erlebten Bindungsstörungen durch psychoaktive Substanzen sei, da keine neuen realen Beziehungserfahrungen gemacht werden können und somit das Bindungsmuster bestehen bleibt. Jedoch scheint es wesentlich, alte Verhaltensmuster abzulegen und diese durch neue Erfahrungen zu ersetzen. Hier stellt sich

allerdings die Frage, ob dies ohne professionelle Hilfe oder Unterstützung von außen überhaupt möglich ist. Denn oftmals fehlt das Bewusstsein darüber, inwieweit alte und belastende Verhaltensmuster, die in der Sozialisation weitergegeben wurden, weiterhin gelebt werden. „Bei Bindungstraumatisierungen entstehen regressive Ego-States, die sich weiterhin nach emotionaler Fürsorge und Geborgenheit sehnen und sich nicht weiterentwickeln, weil sie diese Fürsorge nicht bekommen“ (Fischer/Möller 2018: 110). Die Substanz habe zwar die Ersatzfunktion für den Moment, sie ändere jedoch längerfristig nicht die erlebte (belastende) Situation. Im Gegenteil: Die Substanz verschlimmere die negativen Gefühle und hinterlässt nach der Wirkung zudem ein Entzugssyndrom. Die Betroffenen geraten in einen Teufelskreis, in welchem sie immer wieder konsumieren müssen, um die gewünschten Gefühle zu erreichen. Unabhängig von den negativen Einflüssen der Substanzen für den Aufbau neuer Bindungen, hemmen auch die negativen Bindungserfahrungen aus der Vergangenheit viele Jugendliche, neue Bindungen einzugehen. Einerseits möchten sie Bindungen eingehen, in denen sie Aufmerksamkeit, Liebe, Geborgenheit sowie Verbundenheit vermittelt bekommen, andererseits haben sie Angst vor neuen wiederholten Verusterlebnissen. Zudem können viele der Jugendlichen mit der ihnen geschenkten Nähe nicht umgehen. So scheine die Suche nach Bindung oftmals ambivalent. „Verlustängste treiben die Abwehr von Bindungsangeboten voran. Die Droge ist hier oft die regulierende dritte Macht, mit deren Hilfe Nähe aushaltbarer erscheint und Verlustängste gedämpft werden können“ (Fischer/Möller 2018: 110). Die Betroffenen werden auch weiterhin in einer Abhängigkeit zur Droge stehen, wenn sie die Angst vor dem Verlassenwerden nicht selbstständig zu regulieren lernen (vgl. Fischer/Möller 2018: 111). Die Betroffenen müssen demnach lernen, mit ihren Gefühlen und Sorgen selbstwirksam umzugehen, ohne diese durch Substanzen zu kompensieren. Laut Fischer/Möller sei es ein Teufelskreis, aus dem es ohne korrigierende Bindungserfahrung kaum ein Entrinnen gäbe“ (vgl. Fischer/Möller 2018: 111). Hier stellt sich die Frage, inwieweit das Eingehen neuer Bindungen zu einer Milderung der Verlustängste führt. Denn im Falle eines Abbruchs der neueingegangenen Bindung, kann der Jugendliche sich wiederholt bestätigt fühlen, dass Bindung nicht beständig sei. „So wichtig Bindung allerdings ist – ebenso wichtig ist es, sich ein Gefühl der Eigenständigkeit zu bewahren. Mit der Polrarität zwischen Bindung und Autonomie muss sorgfältig umgegangen werden. Eine sichere Bindung kann nur zustande kommen, wenn unsichere und ambivalente Bindungsmuster aufgegeben worden sind“ (Flores 2013: 49). Es bedarf an Autonomie- und Selbstwertentwicklung seitens der Betroffenen, sie müssen erlernen mit ihren Ängsten und Verlusten umzugehen. Es bestehe die Aufgabe, die erlebten Bindungsstörungen und

Bindungsmuster zu durchbrechen und vorherige Verhaltensmuster mit neu erlernten abzulegen, damit korrigierende Bindungserfahrungen eingegangen werden können.

„Drogenkonsumenten sind und bleiben anfällig für den Rückfall in ihr Suchtverhalten, solange sie es nicht fertigbringen, wechselseitige befriedigende Beziehungen zu entwickeln“ (Flores 2013: 32).

Die Substanz dient den Betroffenen als Ersatzfunktion und Lösungsstrategie um Bewältigungsaufgaben entgegenzutreten. Sie sind eine Bindung zu ihrer Substanz eingegangen und nutzen diese um mit interpersonellen Problemen fertig zu werden.

„Um die Bedeutung der ersten Prämisse der Bindungstheorie im Auge zu behalten, müssen wir uns daran erinnern, dass Drogenmissbrauch nach dieser Theorie sowohl »Lösung« als auch Konsequenz einer Beeinträchtigung der Fähigkeit ist, gesunde Beziehungen einzugehen“ (Flores 2013: 32). Es scheint ein Wechselspiel zwischen Suchtverhalten und Bindungsstörung zu bestehen, dass eine bedingt das andere. Aus einem Mangel an Liebe und Verbundenheit, entstehe die Kompensation durch psychoaktive Substanzen, diese beeinträchtigen längerfristig jedoch die Bindungsfähigkeiten und hemmen davor, neue Bindungen außerhalb der Konsumszene einzugehen. „Wenn eine drogen- oder alkoholranke Person also zu Abstinenz und Nüchternheit gelangen soll, muss sie zunächst Abstand von ihrer zerstörerischen primären Bindung an die Droge nehmen und dann die Fähigkeit zu gegliederten interpersonalen Bindungen entwickeln“ (Flores 2013: 32). Das Arbeiten an der Sucht und das Erlangen der Abstinenz scheinen demnach die Voraussetzungen für das Eingehen korrigierender Bindungserfahrungen zu sein. „Ihre siebenjährige Erfahrung hat die Organisation der Anonymen Alkoholiker gelehrt, dass eine Bindung an die Behandlung unmöglich ist, solange die alkoholranke Person dem Alkohol zugetan bleibt“ (Flores 2013: 32). Suchtverhalten und Bindungsstörungen scheinen nahe beieinander zu liegen, wenn die Drogen als Ersatzfunktion dienen und zur Kompensation genutzt werden. Es werde eine Bindung an die Substanz entwickelt, die für die Betroffenen kurzfristig als Lösung gilt, längerfristig jedoch zerstörerische dauerhafte Konsequenzen mit sich bringt. „Während die den Drogenmissbrauch aus der Perspektive der Bindungstheorie betrachtet, sieht im Suchtverhalten einen Ersatz, den das Individuum sich zu eigen gemacht hat, um mit den frühen Trauma fertigzuwerden, dass frühe Bedürfnisse unerfüllt geblieben sind“ (Flores 2013: 46).

Die Frage, inwieweit eine unsichere Bindung in der Kindheit einen Risikofaktor für eine spätere Suchterkrankung darstellt, lässt sich mit der einschlägigen Literatur eindeutig belegen.

„Drogenmissbrauch ist die Folge von Bindungsstörungen und von Reaktionen auf Verletzung des Selbst“ (Flores 2013: 50). Die fehlende Kontrolle über die eigenen Emotionen und der

Mangel an einem positiven Selbstwertgefühl machen die Betroffenen anfällig für süchtiges Verhalten. „Auf den Zusammenhang von Bindung und Sucht bezogen, kann man also vereinfacht sagen: Fehlt eine sichere Bindung, kann der soziale Verstärker aufgrund mangelnder biologischer Regulation (Selbstkontrolle) und aufgrund fehlenden Vertrauens in die Unterstützung durch andere als Belohnungssystem nicht so gut erreichen: Die fehlende soziale Kompetenz führt nicht zur Belohnung und nicht zum Erfolg. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Droge als Ersatzmittel zur Stimulation des Belohnungssystems gesucht wird, ist erhöht“ (Fischer/Möller 2018: 99). Bindungsstörungen können in einigen Fällen als Ursache für eine Vielzahl von psychischen Erkrankungen gesehen werden. „Allerdings steht heute auch fest, dass ein unsicheres Bindungsmuster als Risikofaktor für psychosoziale Probleme und für die Entwicklung psychischer Störungen zu sehen ist, unter anderen weil unsicher gebundene Personen über wenig flexible bzw. weniger geeignete Mechanismen der Emotionsregulation verfügen, zu eher problematischen Verhaltensweisen in nahen Beziehungen neigen und daher oft nur auf ein reduziertes soziales Netzwerk zurückgreifen können“ (Strauß 2014: 76). Ein unsicheres Bindungsmuster kann bei einigen Betroffenen den Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen enorm erschweren. Sie seien nicht in der Lage befriedigende Beziehungen zu leben, trotz dessen bleibe die Sehnsucht nach einer sicheren Bindung und Geborgenheit. An dieser Stelle sei die Gefahr erhöht, dass die Droge zur Bindungsfigur gemacht werde. „Kein Mensch kann jemals aus seinem Bedürfnis nach befriedigenden Beziehungen »aussteigen«; je weniger wir aber imstande sind, eine gesunde Vertrautheit mit anderen aufzubauen, desto größer ist die Gefahr, dass wir Drogen an die Stelle vertrauter Beziehungen setzen“ (Flores 2013: 50).

Im Folgenden Kapitel werden die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erlebnissen, Bindungserfahrungen und Suchtstörungen untersucht.

5. Trauma - Bindung - Sucht bei Kindern und Jugendlichen

Negative Bindungserfahrungen sowie das Erleben traumatischer Situationen können Hand in Hand mit der Entwicklung einer Sucht einhergehen. „Es gibt in der Anamnese von süchtigen Jugendlichen oftmals Lebensumstände mit subtiler Gewalt, mangelhafter Versorgung, Deprivation, unsicheren Beziehungsangeboten durch Erwachsenen und fehlender Förderung. Die Folge sind »Bindungstraumatisierungen«, die im ICD noch keine eigene Klassifizierung haben, von denen aber aus neurobiologischer Sicht klar ist, dass sie unabhängig von sexueller oder körperlicher Gewalt großen Anteil daran haben, dass es später zu Sucht- und anderen komorbiden Folgestörungen kommt (Kaplan & Klinetob 2000, Simeon et al. 2001)“

(Fischer/Möller 2018: 29). Bindungsstörungen, sowie Verlusterfahrungen oder unzureichende Versorgung können nach Fischer/Möller dazu führen, dass Kinder traumatische Erfahrungen erleben, ohne dass sie Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt geworden sind. Andauernde Zustände von fehlender Fürsorge oder wechselnden Beziehungsangeboten kann bereits einen traumatisierenden Faktor darstellen: „Es gibt in einem solchen Fall keine typischen Life-Events, sondern chronisch gewordene Mangel- Deprivationserfahrungen, die von den betroffenen Kindern fast schon als Normalität empfunden werden. Später werden sie sich an ihre Kindheit nicht mehr erinnern können und eine Traumalandkarte bleibt anamnestisch »vernebelt«: Es gibt keine direkte erinnerbare Gewalterfahrung, aber es fällt auf, dass die Kindheit blass, gleichgültig, leer und überhaupt ohne Erinnerung bleibt“ (Fischer/Möller 2018: 29). Dieser Zustand kann als eine unbewusste Bewältigungsstrategie interpretiert werden, in der die negativen Erfahrungen ausgeblendet und verdrängt werden. Die psychischen Auswirkungen des Traumas bleiben dennoch bestehen. „Mit Riedesser und Fischer (2003) kann man Trauma beschreiben als »vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Schutzlosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt«“ (Fischer/Möller 2018: 30). Laut Fischer/Möller mache diese Definition deutlich, welche hohe Bedeutung der Bindungskontext für den Grad der Traumatisierung darstelle. Ein unsicheres Bindungsmuster mache vulnerabel für die traumatische Erfahrung und das Gefühl der Schutzlosigkeit (vgl. Fischer/Möller 2018: 30). Kinder können das gleiche Trauma unterschiedlich erleben, umso sicherer gebunden sie sind, desto stabiler können sie mit traumatischen Erfahrungen umgehen, da sie auf eine sichere Basis zurückgreifen können. Bei einer destruktiven Bindung, werden sich die Folgen eines Traumas belastender auf die psychische Verfassung des Kindes auswirken. Eine traumatische Erfahrung für Kinder sei es nun das Wegfallen einer Bezugsperson aus dem Familiensystem, zerstört die Sicherheit in die bekannte Bindung zu den primären Bezugspersonen. Dies habe auf mehreren Ebenen Auswirkungen: Es lasse sich zum einen von einem Auflösen der bekannten, vertrauten, andauernden emotionalen Basis zwischen den Personen eines Familiensystems ausgehen sowie zum anderen von einer grundsätzlichen Erschütterung des Verständnisses von sich selbst und der bekannten Umwelt der betroffenen Kinder (vgl. Fischer/Möller 2018: 30). „Auf der Bindungsebene ist sozusagen ein Schlachtfeld entstanden, eine Verwüstung, deren Lebensunfreundlichkeit sich auf das ganze weitere Leben und auf Folgestörungen auswirkt (Fischer/Möller 2018: 30). Erlebte Traumata und Bindungsstörungen bedingen sich gegenseitig. Beispiele für traumatisierende Faktoren für Kinder seien unzureichende Beziehungsangebote, Beziehungsabbrüche oder

wechselnde Partnerschaften der Eltern. Das Erleben eines Traumas kann das Bindungsverhalten der betroffenen Person dahingehend beeinflussen, dass sie nicht in der Lage sei neuen Bindungen einzugehen. Die unbewusste Angst vor einer Retraumatisierung nehme betroffenen Personen hier die Möglichkeit neue, positive Bindungserfahrungen zu erleben. Suchtstörungen können als eine der Folgen dieser frühen Traumatisierung angesehen werden. Sie übernehmen die Funktion der Emotionsregulierung und des Bindungsangebots. „Die Sucht spielt hier die Rolle einer Symptome reduzierenden Selbstmedikation, aber auch als Bindungsfigur. Das Suchtmittel erzeugt als Bindemittel im sozialen Kontext dort gute Gefühle, wo aufgrund fehlender Bindungssicherheit keine soziale Verstärkung (Lob, Anerkennung, Fürsorge, Liebe, Freundschaft) mehr stattfinden kann. Das Vertrauen in diese Möglichkeiten der sozialen Belohnung ist aufgrund traumatischer Erfahrungen zerstört“ (Fischer/Möller 2018: 30).

Festzuhalten sei, dass eine Bindungsstörung oftmals als Trauma erlebt werden kann, genauso wie ein Trauma zu einer Bindungsstörungen führen kann. Traumafolgestörungen können dazu führen, dass Menschen Substanzen konsumieren, um die Geschehnisse zu verarbeiten und ihre Gefühle zu dämpfen. „Gerade bei der Anamnese schwer und früh drogenabhängiger Jugendlicher sind traumatische Bindungserfahrungen, Verluste, Gewalt und Sucht in der Familie, Erziehung in Institutionen und Missbrauch typische und fast schon zu erwartende Eckdaten“ (Fischer/Möller 2018: 25). Die Substanz verhilft den Betroffenen für den Moment ihre traumatischen Erfahrungen zu vergessen und ihre innere Leere zu füllen. „In vielen Studien zeigte sich ein Zusammenhang von affektiven Störungen, Angsterkrankungen, Essstörungen und Suchterkrankungen mit traumatischen Erfahrungen in frühen Lebensabschnitten. Bei Suchterkrankungen ist der Zusammenhang mit am besten belegt“ (Fischer/Möller 2018: 26).

Einen weiteren wesentlichen Faktor in der Entwicklung eines Traumas sowie einer daraus folgenden Suchterkrankung, stellen psychische sowie physische Gewalt seitens der Bindungsfiguren dar. „Hier zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen sexuellen Missbrauch und substanzbedingten Störungen“ (Fischer/Möller 2018: 27). Nach Brisch sei bei sexuellem Missbrauch, die Traumatisierung besonders schwerwiegend: „Wenn etwa der Vater oder ein nahestehender männlicher Verwandter das Kind sexualisierter Gewalt aussetzt, so führt dies nachweislich zu einer schwerwiegenden Traumatisierung. Geschieht dies in den ersten Lebensjahren, so ist die Entwicklung einer Bindungsstörung wahrscheinlich“ (Brisch 2015: 111). Die Bindung zu der missbrauchenden Bezugsperson bleibt weiterhin bestehen,

jedoch verändert sich die Qualität der Bindung und das Kind entwickelt eine Ambivalenz in Bezug auf den Täter. Hier bleibt anzumerken, dass betroffene Kinder oftmals keinerlei Möglichkeiten besitzen der missbrauchenden Bezugsperson aus dem Weg zu gehen. „Diese bedeutet, daß das Kind durchaus etwa den Vater als Bindungsperson für sich selbst und seine Geschwister erleben kann, während es in der Mißhandlungssituation den Vater als jemanden erlebt, der seine Position als Vertrauensperson für die eigenen Bedürfnisse ausnutzt und für die Signale der Abwehr und des Widerstandes von Seiten des Kindes nicht empfänglich ist“ (Bisch 2015: 111). Bindungsstörungen seien die Folge dieser schweren Traumatisierung. „Während außerhalb der Mißbrauchssituation etwa der Vater als hilfreich, unterstützend und in Gefahrensituation auch als sichere Basis erlebt wird oder sich als solche anbietet, wird er in der Mißbrauchsituation als unfeinfühlig, gewalttätig und bedrohlich erlebt“ (Brisch 2015: 111). Diese Kinder entwickeln ein Bindungsmuster, das sie hemmt Bindungswünsche zu äußern, sie haben Angst vor Nähe und Übergriffen und verlieren das Vertrauen in ihre Bindungsperson als sichere Basis. „Typischerweise zeigen diese Kinder gegenüber fremden Personen eher Bindungsverhalten als zur elterlichen Bindungsperson“ (Brisch 2015: 111). Daraus kann ein ängstlich-vermeidendes sowie ambivalent-vermeidendes Bindungsmuster entstehen.

„Traumatische Erfahrungen zerstören die Bindungssicherheit und wirken sich besonders zerstörerisch auf die gesunde psychische Entwicklung aus, wenn das Trauma durch Bindungspersonen ausgeübt wird“ (Brisch 2015: 114). Die Folgen dieser schweren Bindungstraumatisierung scheinen verheerend für die Betroffenen zu sein, sie werden in vielen Fällen lebenslang mit den Auswirkungen dessen zu kämpfen haben. „Zerstört eine Traumatisierung das Vertrauen in Bindung überhaupt, steigt das Risiko einer Suchtstörung erneut, weil zusätzlich noch Symptome einer Traumafolgestörung hinzukommen. Es entstehen Ängste, Zwänge, Übererregbarkeit, Vertrauensverlust, Rückzug, Isolation und kognitive Irritationen. Als Teufelskreis beschrieben heißt das: Das frühkindliche Trauma bewirkt neben Stress-Symptomen eine unsichere Bindung und sogar eine Bindungsstörung“ (Fischer/Möller 2018: 99). Die Auswirkungen strahlen sich auf jede weitere neu eingegangene Beziehung aus und haben neben den psychischen Folgen auch mit somatischen Beschwerden zu kämpfen. „Bei Kindern sehen wir schwere emotionale Entwicklungsstörungen, die sich auf die kognitive und somatische Entwicklung negativ auswirken können und sowohl zu Wachstumsretardierungen als auch zu Schulversagen mit Zeichen einer Pseudodemenz führen können. Somit sind traumatische Erfahrungen die gravierende Ursache für psychopathologische und psychosomatische Entwicklungen, die in den Symptomen von

Bindungsstörungen die schwerwiegendste Form der emotionalen Störung widerspiegeln“ (Brisch 2015: 114).

In Bezug auf Suchterkrankungen, stelle die Substanz in vielen Fällen eine Kompensation der traumatisierenden Erfahrungen dar. Die Betroffenen greifen zu psychoaktiven Substanzen um das Erlebte zu verdrängen und mit den negativen Gefühlen umzugehen. In Vielen Fällen entfällt jedoch das Bewusstsein der Betroffenen, dass sie aufgrund der traumatischen Erfahrungen eine Suchtstörung entwickelt haben. „Zwar werden von den Süchtigen während der Aufnahmeuntersuchungen häufig frühere Gewalterfahrungen, familiäre Vernachlässigung in der Kindheit und sexueller Missbrauch berichtet – doch ein Zusammenhang zwischen den belastenden Kindheitserinnerungen und dem aktuellen Störungsbild wird von den Suchtkranken oft nicht gesehen“ (Lüdecke/Faure/Sachsse 2010: 7). Dieses Phänomen sei in vielen Fällen damit zu erklären, dass die Substanz die Funktion einer Bindungsfigur angenommen habe, in welcher die negativen Auswirkungen der Substanz vom Konsumenten nicht mehr gesehen werden. Die Substanz ersetzt die Befriedigung der Gefühle, die aufgrund traumatischer Erfahrungen im Kontext negativer Bindungserfahrungen, gemacht wurden. Der Konsum bzw. die konsumierte Substanz als Ersatz für fehlende (Liebes-, Bindungs-) Objekte werde nicht mehr reflektiert oder problematisiert. „Demnach haben durchschnittlich 70 bis 90 % der Suchtkranken schwere Traumatisierungen erlitten. Auch die Rate sexueller oder körperlicher Gewalterfahrungen in der Kindheit ist hoch. Opiat-Abhängige Frauen gaben in 40 bis 60 % sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit an (Schäfer et al. 2000; Schmidt 2000; Krausz u. Briken 2002). Insgesamt ist die Traumatisierungsrate bei Alkohol- und Drogen-Abhängigen entgegen der Allgemeinbevölkerung um das 5- bis 15-Fache erhöht“ (Lüdecke 2010: 12).

Die kritische Aufarbeitung wissenschaftlicher Literatur zeige auf, dass Suchtstörungen in vielen Fällen als Folge von Traumatisierungen und Bindungsstörungen gesehen werden. Bindungsstörungen können einen traumatisierenden Faktor darstellen, gleichzeitig können erlebte Traumata zu Bindungsstörungen führen. Die Folge dessen kann das Entwickeln eines manifesten Drogenproblems sein. Die Droge werde meist als Art Selbstmedikation eingesetzt. „Mit Alkohol und Drogen lassen sich Flashbacks traumatischer Ereignisse vorübergehend verringern, und Vermeidungsstrategien können kurzfristig aufgelockert werden“ (Lüdecke 2010: 19). Es muss jedoch nicht immer ein bestimmtes Ereignis vorgefallen sein, dass zu einem Trauma führt. „Zusätzlich gibt es noch eine große Anzahl von Suchtkranken, bei denen kein Trauma als auslösendes Ereignis gefunden werden kann, aber die ganze bisherige Lebenssituation multipel traumatisierend war“ (Lüdecke 2010: 13). Als Beispiel sei ein unsicheres Bindungsmuster genannt, welches im Verlauf der frühen Kindheit sowie der

Adoleszenz erfahren wurde und somit Bindungstraumata für die Betroffenen darstellt. Der Betroffene habe nie die Erfahrung einer sicheren Basis seitens der Bindungsfiguren erleben können, aus diesem Grunde werde die gesamte Lebensspanne als traumatisierend erlebt. „Psychopathologisch und diagnostisch spielt die Bindungsstörung eine wesentliche und zugleich »stille« Rolle als Komorbidität frühkindlicher Traumatisierungen und früh beginnender Sucht“ (Fischer/Möller 2018: 93).

Im folgenden Kapitel wird auf das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung eingegangen. Es wird in Kürze definiert und der Bezug zum Drogenmissbrauch dargestellt. Es wird die Abkürzung PTBS verwendet.

5.1. Posttraumatische Belastungsstörung und Drogenmissbrauch

Die Zusammenhänge zwischen einer PTBS und Drogenmissbrauch wurden wissenschaftlich belegt. „An erster Stelle steht in der Literatur die Selbstmedikationshypothese nach Khantzian (1985), die in vielen Studien bestätigt wird“ (Lüdecke 2010: 19). Hiernach benutzen Patienten psychoaktive Substanzen, um Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu kontrollieren und zu mildern“ (Lüdecke 2010: 19). Aus der anfänglichen Selbstmedikation im Zuge einer unbearbeiteten PTBS könne eine manifeste Sucht entstehen. Zudem stellt das Bindungsverhalten des Betroffenen einen nicht unwesentlichen Faktor bei einer PTBS dar. Umso sicherer gebunden der Betroffene ist, desto resilienter wird er in der Verarbeitung eines Traumas sein. Eine unsichere Bindung stellt wiederum einen Risikofaktor für das Verarbeiten eines Traumas dar. Zudem beeinflusst der Konsum von psychoaktiven Substanzen die Auswirkungen einer PTBS negativ. „In den Anamnesen von Patienten mit der Doppeldiagnose „Sucht und Posttraumatischer Belastungsstörung“ werden die Zusammenhänge beider Störungen sichtbar und halten sich gegenseitig nicht nur aufrecht, sondern führen im Sinne einer Abwärtsspirale zu Verschlechterungen beider Störungen und als Folge zu einer Verschlechterung der gesamten psychosozialen Situation“ (Lüdecke 2010: 22).

Eine PTBS kann nach einem erlebten Trauma auftreten. „Die Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt sich aus einem Zustand, der nach einer akuten Traumaerfahrung eine gewisse Zeit andauert“ (Fischer/Möller 2018: 63). Eine PTBS kann auch als Verarbeitungsprozess eines Traumas angesehen werden. „In dieser Zeit entscheidet sich, ob das Trauma verarbeitet werden kann oder nicht“ (Fischer/Möller 2018:63). Ob und wie das Trauma verarbeitet werden kann, hängt in vielen Fällen von der Widerstandsfähigkeit der Betroffenen und der Schwere des Traumas ab. „In dieser Phase schwanken Menschen

innerseelisch zwischen zwei Zuständen: Einerseits gibt es den Zustand der Intrusion (darüber reden, reflektieren), in dem auf narrative Weise versucht wird, die Situation zu verarbeiten. Andererseits gibt es den Zustand der Konstriktion, des »Numbings«, des Abgeschaltetseins (van der Kolk 2016). Die Gefühle sind wie betäubt, die Welt erscheint dumpf, abgedunkelt und leblos“ (Fischer/Möller 2018; 63). Laut Fischer/Möller kann das Pendeln zwischen Intrusion und Konstriktion ein Vierteljahr oder länger andauernd, zudem ähnelt eine Traumaverarbeitung einem Trauerprozess (vgl. Fischer/Möller 2018: 63). In einigen Fällen schaffen es die Betroffenen nach eines Monotraumas die Geschehnisse zu verarbeiten, anderen Personen fällt es wiederum schwer, mit dem Trauma umzugehen und sie seien psychisch äußerst vulnerabel. „Ein solcher Mensch gerät in eine gefährliche Welt, weil jeder Außenreiz, der ihnen an die traumatische Situation erinnert (Trigger), Intrusionen oder Flashbacks auslöst“ (Fischer/Möller 2018: 64). Es findet also eine ständige Retraumatisierung statt, die den Betroffenen das Trauma immer wieder erleben lässt. Dieser Zustand ist kaum aushaltbar für viele Personen, das Trauma rückt in die Gegenwart und wird als real erlebt. „Menschen, die wahrnehmen, dass sie den Schrecken nicht loswerden, dass der Schrecken kein Ende nimmt, suchen irgendwann fast zwangsläufig nach einem »Medikament«. Sie machen die Erfahrung, dass Alkohol, Benzodiazepin-Tabletten (Tavor, Valium), Cannabis oder andere Drogen wie ein Vorhang sind, den man vor die Intrusion schieben kann, weshalb man auch von »Selbstmedikation« (Khantzian 1975) und im Zusammenhang mit Trauma spezifischer auch von »chemischer Dissoziation« spricht“ (Fischer/Möller 2018: 64). Die Substanzen nehmen auch an dieser Stelle erneut die Funktion der Emotionsregulierung ein. Sie verhelfen den Betroffenen traumatisierende Erlebnisse zu verdrängen und helfen den psychisch oder/und physisch erlebten Schmerz zu betäuben. Die Betroffenen erleben den Rausch als Schutz vor jeglicher Retraumatisierung und erleben die Substanz als selbstschützende Eigenmedikation.

„Diagnostisch sind neben den Symptomen auch zeitliche Kriterien von Bedeutung: Dauern Symptome wie Betäubtsein, Derealisation Depersonalisation, dissoziative Amnesie (Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern), wiederkehrende Bilder und Gedanken, Intrusionen, Angst, Vermeidung, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit höchstens vier Wochen an und beginnen sie innerhalb der ersten vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis, spricht man von einer **Akuten Posttraumatischen Belastungsreaktion**“ (Fischer/Möller 2018: 65). Dies werde als normale Reaktion auf traumatische Erfahrungen angesehen (vgl. Fischer/Möller 2018: 65). Eine akute PTBS muss nicht zu einer Belastungsstörung werden, jedoch kann es unter verschiedenen Faktoren und Bedingungen zu einer Chronifizierung kommen. „Man weiß, dass Menschen mit sicherer

Bindung eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, eine posttraumatische Störung zu entwickeln“ (Fischer/Möller 2018: 65). Es hängt von psychosozialen Faktoren ab, inwieweit es zu einer Belastungsstörung kommt. Das Bindungsmuster der Betroffenen scheint einen hohen Einfluss auf die Entwicklung zu haben.

Im Folgenden Kapitel werden Bindungstraumatisierungen aufgrund von emotionaler Gewalt thematisiert. Die Folgen emotionaler Gewalt können zu Bindungsstörungen und/oder Bindungstraumatisierungen führen, welche suchtartige Verhaltensweisen fördern können.

5.2. Bindungstraumatisierungen aufgrund von emotionaler Gewalt

Emotionale Gewalt geschieht oft unbewusst, als Teil der Umgangssprache und wird in einigen gesellschaftlichen Kontexten als Mittel zur Machtausübung genutzt „Wenn Eltern oder andere Bindungspersonen, wie etwa Lehrerinnen und Lehrer, Kinder emotional bedrohen, sie ignorieren, herabwürdigen, ja ihnen gar mit dem Tode drohen, wird dies zwar meist als nicht sehr gelungener Erziehungsstil eingeschätzt, dass es sich hierbei aber um eine Form von emotionaler Gewalt handelt, die im Extremfall genauso verheerende Auswirkungen auf die Entwicklung hat wie körperliche und sexuelle Gewalt wird allgemein nicht einmal als Form von Gewalt anerkannt“ (Brisch 2017: 16). Emotionale Gewalt im Kindesalter kann einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter darstellen. „Menschen, die als Kinder emotional missbraucht wurden, sind in Gefahr, als Erwachsene die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entwickeln. Sie zeigen in stärkerem Maße Angst, Depression und Hoffnungslosigkeit und haben vergleichsweise mehr psychische Probleme“ (Zurbriggen/Ben Hagai 2017: 227). In Bezug auf Suchterkrankungen, wurde die Kompensation der besagten Gefühle durch psychoaktive Substanzen bereits im oberen Abschnitt beschrieben und belegt.

Eine sichere Bindung zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die Bindungsfigur die emotionalen Bedürfnisse wahrnimmt und auf diese reagiert. Geschieht dies nicht oder nur unzureichend, kann dies zu einer unsicheren Bindung führen. „Zu frühen Stresserfahrungen gehören neben körperlicher oder sexueller Gewalt auch das Erleben von emotionaler Vernachlässigung oder emotionaler Gewalt durch primäre Bezugspersonen. Wiederkehrende Erfahrungen dieser Art übersteigen häufig die Bewältigungskompetenzen eines Kindes und führen somit zu einem überandauernden Stresserleben, das sich bis ins Erwachsenenalter ungünstig auf die gesundheitliche Entwicklung auswirken kann“ (Aust 2017: 123). Es lasse sich ein Zusammenhang zwischen erlebter emotionaler Gewalt und erfahrener Bindungsstörung herstellen. Die Folgen emotionaler Gewalt können sich auf die gesamte

Lebensspanne der Betroffenen auswirken. „Aus Längsschnittstudien wissen wir, dass sich die Folgen von emotionaler Gewalt extrem negativ auf die Psyche des Kindes, seine Gehirnentwicklung und etwa die Stressregulation und das Immunsystem auswirken können; langfristig können sie zu einer traumatischen Folgeerkrankung führen, die das Kind in seiner gesamten Entwicklung schädigen kann“ (Brisch 2017: 17). In Bezug auf Stressregulation wurde im oberen Abschnitt bereits erwähnt, dass Personen Substanzen als Ersatzfunktion für die Stressregulation nutzen, sowie die traumatischen Folgeerkrankungen mit wahrnehmungsveränderten Substanzen dämpfen und kompensieren wollen. „Kinder, die emotional missbraucht und deren emotionale Bedürfnisse nicht befriedigt werden, haben ein vergleichsweise größeres Risiko, Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu entwickeln, etwa Unkonzentriertheit und Impulsivität. Sie sind auch vergleichsweise weniger gut imstande, Freundschaften zu schließen, und eher in Gefahr, ein geringeres Selbstwertgefühl zu entwickeln, depressive und suizidale Symptome auszubilden und dürftige schulische Leistungen zu erbringen “ (Zurbriggen/Ben Hagai 2017: 227). Die Symptome emotionaler Gewalt, ähneln den Symptomen einer Traumatisierung und vor allem den Symptomen einer Bindungsstörung. Die Folgen emotionaler Gewalt scheinen sich negativ auf den Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen, sowie einem positiven Selbstwertgefühl und den Umgang mit den eigenen Emotionen auszuwirken. Eine Bindungsstörung oder Bindungstraumatisierung kann aufgrund von emotionaler Gewalt entstehen, zum Beispiel durch Vernachlässigung oder Ignorieren der emotionalen Bedürfnisse des Kindes. Suchtstörungen können eine der Folgen von emotionalem Missbrauch sein. „Früher emotionaler Missbrauch korreliert nachweislich mit Drogenmissbrauch und Suchtverhalten im Erwachsenenalter (Hyman et al. 2006)“ (Zurbriggen/Ben Hagai 2017: 228). Emotionaler Gewalt im Kindesalter können negative Folgen für die Entwicklung von psychischen als auch für eine Vielzahl von physischen Erkrankungen sein. (vgl. Zurbriggen/Ben Hagai 2017: 227). Psychosomatische Erkrankungen können als Folge von emotionalem Missbrauch gehäuft auftreten. Darüber hinaus seien die sozialen Auswirkungen nicht außer Acht zu lassen: „Der früh erlittene emotionale Missbrauch hat insofern auch soziale Auswirkungen, als er die zwischenmenschlichen Beziehungen beeinflusst. Die Betroffenen haben vergleichsweise geringere Aussichten, Zufriedenheit in ihrer Ehe zu finden (Perry et al. 2007), und berichten von mehr zwischenmenschlichen Problemen in ihren Partnerbeziehungen, etwa davon, dass sie kalt, distanziert oder dominant seien (Paradis & Boucher 2010)“ (Zurbriggen/Ben Hagai 2017: 228). Emotionale Gewalt in der Kindheit wirke sich also nachhaltig negativ auf die späteren sozialen Beziehungen im Erwachsenenalter der Betroffenen aus. Emotionale Gewalt wirke in den Lebensläufen der Betroffenen negativ nach,

da es andauernd in allen sozialen Kontexten reproduziert werde, wie ein tradiertes Bindungsmuster. „Studien haben ergeben, dass Menschen, die als Kinder emotional missbraucht wurden, in der späteren Adoleszenz eher als andere sexuell aggressiv handelten (Zurbriggen et al. 2010) und Erwachsene eher dazu neigten, den Liebespartner physisch zu missbrauchen (Bell & Higgins 2015; Gay et al. 2013). Interessanterweise laufen Menschen, die in der Kindheit emotional missbraucht wurden, auch eher Gefahr Opfer von Partnergewalt (Gay et al. 2013) oder von sexueller Aggressivität (Zurbriggen et al. 2010) zu werden“ (Zurbriggen/Ben Hagai 2017: 228). An dieser Darstellung von Zurbriggen / Ben Hagai werde deutlich, dass der erlernte von emotionaler Gewalt geprägte Bindungsstil, von den Betroffenen im weiteren Lebensverlauf reproduziert werde. Die Betroffenen gehen in vielen Fällen Beziehungen ein, die sich durch emotionale, sexuelle oder physische Gewalt charakterisieren. Die Betroffenen leiden unter diesen erneuten negativen Bindungserfahrungen. Jedoch sind sie ein gewalttätiges Miteinander seit frühester Kindheit an gewöhnt, in einem solch geprägten System kennen sie sich gut aus. Sie wurden von Kind an darauf konditioniert, dass emotionaler Missbrauch ein Teil des Bindungsverhaltens ist und suchen genau diese zerstörerische Bindung in ihrem Erwachsenenalter. Um dieses System, zu verlassen, sie brauchen sie korrigierende Bindungserfahrungen, damit um Verhaltensmuster unterbrochen werden und neue Erfahrungen gemacht werden können.

„Emotionaler Missbrauch, in der Kindheit erfahren, beeinflusst die individuelle Funktionsfähigkeit auch im Erwachsenenalter. »Nicht-klinische« Erwachsene, die nach eigenen Angaben als Kinder psychisch misshandelt wurden, berichten eher von unsicheren Bindungen (Varia & Abidin 1999) und geringer Selbstachtung, von Empfindlichkeit in zwischenmenschlichen Situationen, von Feindseligkeit und Aggressivität, zugleich auch von Symptomen der Depression, der Dissoziation, der Suizidalität und der Somatisierung (Bifulco et al. 2002; Briere & Runtz 1988, 1990; Ferguson & Dacey 1997; Gross & Keller 1992; Morimoto & Sharma 2004; Mullen et al. 1996; Nicholas & Bieber 1996; Spertus et al. 2003; Stone 1993)“ (Riggs 2017: 70). Emotionale Gewalt kann demnach in vielen Fällen zu schwerwiegenden psychischen als auch physischen Problemen im Erwachsenenalter führen, die in vielen Fällen mit Drogenmissbrauch kompensiert werden. Außerdem scheinen sich die Folgen dessen in vielen Fällen massiv auf die Beziehungsmuster im Erwachsenenalter auswirken. „Eine unsichere Bindung birgt schon in sich das Risiko von Beziehungsschwierigkeiten; frühe Misshandlungen sorgt aber dafür, dass die Betroffenen ein Verständnis enger Beziehungen entwickeln, das Grausamkeiten und massiven Konflikt einschließt und sie damit auch dazu prädestiniert, selbst wohlwollende oder neutrale Bemerkungen aus dem Umfeld als bedrohlich zu interpretieren“ (Riggs 2017: 77). Die

Betroffenen scheinen Schwierigkeiten zu haben, ihre Emotionen selbstständig zu regulieren und tendieren dazu in Beziehungen das tradierte Verhaltensmuster fortzuführen. Gewalt wird als Normalität in Beziehungen verstanden und nicht hinterfragt.

Die Auswirkungen sowie das Ausüben von emotionaler Gewalt bleiben oftmals unsichtbar, da sie sich in erster Linie auf die Psyche der Betroffenen auswirken und sie nach Brisch weniger als Form von Gewalt gesehen werden (vgl. Brisch 2017: 16). Laut Brisch seien die Folgen von emotionalem Missbrauch jedoch vergleichbar mit den Auswirkungen von körperlicher oder sexueller Gewalt, bei der ebenso emotionaler Missbrauch stattfindet (vgl. Brisch 2017: 16). Das Bindungsverhalten der Betroffenen sowie die psychische Vulnerabilität kann bei emotionalem Missbrauch immens beeinflusst werden und die weitreichenden Folgen entscheiden über die emotionale Stabilität im Erwachsenenalter. Neben der Psyche wird das soziale Leben stark beeinflusst und eingeschränkt. Es ist davon auszugehen, dass emotionale Gewalt einen Risikofaktor für spätere Suchtstörungen gesehen werden kann. Zudem stellt emotionale Gewalt einen Risikofaktor für Bindungsstörungen dar.

6. Schluss

Bevor in diesem Kapitel die Kernaussagen dieser Arbeit erneut zusammengefasst werden, folgt nun ein kurzer Ausblick in die gängige sozialarbeiterische Praxis.

In Bezug auf Suchterkrankungen, gibt es eine Vielzahl von Präventionsmaßnahmen und Therapieangeboten. Bei Substanzkonsum, spiele die Früherkennung eine große Bedeutung, damit interveniert werden kann, bevor ein manifestes Konsumverhalten entsteht. „Die Früherkennung verfolgt das Ziel, Störungen durch Substanzkonsum in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken, um ggf. rechtzeitig geeignete Maßnahmen in die Wege leiten zu können“ (Laging 2009: 345). Umso früher ein Suchtverhalten aufgedeckt und daran gearbeitet werde, desto eher bestehe die Chance, ohne langfristige Folgen aus dem Suchtverhalten auszusteigen (vgl. Weichold 2008: 82). Jedoch werden viele drogenabhängige Personen immer wieder rückfällig, denn sobald die Substanz nicht mehr da ist, werden die ungewünschten Gefühle spürbar und real. „Der Weg aus der Sucht ist nicht schmerzfrei zu haben und die Konfrontation mit den tiefer liegenden Konflikten birgt emotionale Strapazen, denen viele sich erst nach einigen Rückschlägen gewachsen fühlen“ (Morgenroth 2010: 217). Eine Sucherkrankung kann demnach nicht von heute auf morgen geheilt werden. Es muss Raum für Rückfälle geben, auch wenn dies nicht der Sinn einer Entwöhnung ist. Es gehöre jedoch zum grundlegenden Verständnis einer Sucht, dass eine Person die Drogen konsumiert, nicht einfach mit dem Konsum aufhören kann. Die Aufarbeitung frühkindlicher Traumata

steht in der sozialarbeiterischen und therapeutischen Praxis im Vordergrund, da es für einen gelungenen, endgültigen Ausstieg aus der Sucht nicht ausreicht, den Fokus auf rein medizinische Fakten (Substanzentzug, Entgiftung) einzuschränken. Sobald Abstand zur Substanz genommen wird, müssen die Ursachen der Suchterkrankung bearbeitet werden.

Als gelungenes, ganzheitliches Praxisbeispiel sei hier das Präventionskonzept „Lebensweltkompetenz“ genannt, welches an den personenbezogenen Ursachen für den Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen ansetzt, mit dem Ziel die individuellen Schutzfaktoren zu stärken (vgl. Leppin 2009: 383). Bei diesem Konzept geht es nicht um die Symptombekämpfung, sondern um das Erkennen und Bearbeiten der Ursachen. Ferner werden die individuellen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen gestärkt, es entsteht ein Perspektivwechsel im Blick auf sich selbst und die anderen so dass die Betroffenen mit jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben zurechtkommen (vgl. Leppin 2009). „Starke Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten – so das Modell – machen Drogenkonsum bei Jugendlichen obsolet, sodass konsequenterweise darum gehen muss, präventive Bemühungen nicht nur auf den Konsum selbst, sondern auch oder sogar primär auf die Stärkung dieser Bewältigungsfähigkeiten auszurichten“ (Lepping 2009: 383). Der Fokus innerhalb dieses Präventionskonzeptes auf positive Eigenschaften der Jugendlichen, das Wiederentdecken und neu erkennen von Fähigkeiten und der Aufbau von Vertrauen in das eigene, neu gewonnene substanzfreie Ich innerhalb einer Gruppe, ermöglicht auf vielen Ebenen das Durchbrechen von negativen Bindungsmustern mit dem Erlernen neuer Verhaltensweisen. Darüber hinaus verweist Lepping darauf, dass neben den individuellen Schutzfaktoren noch weitere Faktoren existieren, die einen problematischen Substanzkonsum fördern können. „Andere Einflüsse wie die schulische und die häusliche Umwelt oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen spielen ebenso eine Rolle. Prävention sollte daher nicht allein auf das Individuum, sondern auch auf dessen Umwelt gerichtet sein“ (Lepping 2009: 385). Es muss also die gesamte Lebenswelt der Betroffenen in den Blick genommen werden. Die sozialarbeiterische und therapeutische Praxis stehe hier vor der Aufgabe den Substanzkonsum und dessen Ausstiegsprozess aus der Sucht des einzelnen Jugendlichen perspektivisch immer im Kontext seiner Umwelt zu betrachten. Dies bedeutet sicher auch, dass enge Bezugspersonen, als Teil der Umwelt, an bestimmten Aufarbeitungsprozessen aktiv mit eingeladen werden.

Folgende Kernaussagen dieser Bachelor-Thesis lassen sich zusammenfassen: Neben dem Verlust individueller Stärken und individueller Fähigkeiten und Schutzfaktoren, tragen soziale Faktoren dazu bei, dass Personen ein manifestes Drogenproblem entwickeln. In Bezug auf

Bindungsstörung konnte aufgezeigt werden, dass diese einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Suchterkrankung darstellen. Dies bedeutet nicht, dass jede Person, die eine unsichere Bindung in der Kindheit hatte, in eine Sucht verfällt, denn wie bereits erwähnt tragen individuelle Fähigkeiten, Bindung, schulische Umwelt, Peergroup und die individuelle Vulnerabilität dazu bei, inwieweit Personen süchtiges Verhalten entwickeln.

Ferner ist davon auszugehen, dass Personen mit einer unsicheren Bindung, ihre unbefriedigten Gefühle durch Substanzmissbrauch ausgleichen wollen. Die primäre Bindung zu den Bezugspersonen stellt einen wesentlichen Faktor in der Sozialisation dar und kann sich auf das Bindungsverhalten der Person für das gesamte Leben auswirken. Umso wesentlicher scheint es, frühe Bindungsstörungen aufzuarbeiten, um das Weitertragen von Bindungsstörungen zu reduzieren und einem Substanzmissbrauch entgegenzutreten. Personen, die aufgrund einer Bindungsstörung drogenabhängig geworden sind, haben mit der Droge ein unzureichendes Bindungsobjekt gefunden. Neben dem körperlichen Entzug der Substanz stehen diese Betroffenen vor der Aufgabe, sich von diesem Bindungsobjekt endgültig zu trennen und die weiteren Ursachen ihres Substanzmissbrauches zu bearbeiten. Die Konfrontation mit den emotionalen Wunden, durch unzureichende Bindungsobjekte ist für viele Betroffene äußerst schmerzvoll. Jedoch ist die Aufarbeitung und Reflexion der eigenen Familiengeschichte wesentlich, um das erlernte Verhaltensmuster zu durchbrechen und korrigierende Bindungserfahrungen einzugehen zu können.

Festzuhalten bleibt auch, dass Suchtstörungen in den meisten Fällen nicht an einem Indikator festgemacht werden können. In vielen Fällen von Substanzmissbrauch existieren mehrere Ausgangsfaktoren die einander bedingen: Erfahrene Bindungsstörungen können von Kindern als traumatisch erlebt werden, die Folge sind Bindungstraumatisierung, diese begleiten die Betroffenen ein Leben lang und können Risikofaktoren für eine spätere Suchtentwicklung darstellen. Ferner ist erlebte Emotionale Gewalt ein weiterer Indikator, welcher quasi Pate steht, dass ein unsicheres Bindungsmuster entsteht. Traumatisierende Erlebnisse, unzureichende Beziehungsangebote oder der Abbruch wesentlicher Bezugsperson, sowie das Erleben von emotionaler Gewalt oder Vernachlässigung können bei vielen Betroffenen zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen. Sowohl alleinstehend als auch kumulierend können diese Indikatoren die Persönlichkeitsentwicklung negativ beeinflussen und zu Substanzmissbrauch führen kann. Eine Sozialisierung in einem konsumverherrlichenden Umfeld begünstigt die Manifestation des Substanzmissbrauchs.

In der Arbeit mit drogenabhängigen Personen, ist es deshalb von elementarer Bedeutung, alle möglichen Indikatoren, welche den Substanzmissbrauch beeinflussen können, im Blick zu

behalten. Die Aufarbeitung frühkindlicher Traumata, steht hierbei im Mittelpunkt der verschiedenen sozialarbeiterischen und therapeutischen Interventionen.

Folgende Fragen die sich dem bearbeiteten Thema anschließen, könnten in einer fortführenden Arbeit thematisiert werden: Dazu gehört zum einen, das weitläufige Thema der transgenerationalen Weitergabe von Traumata. Dieses Thema beinhaltet in Bezug auf das Entwickeln einer Sucht, sowohl den Themenkomplex erlebter Traumata in der Elterngeneration als auch das Erleben und Vorleben einer Sucht der Eltern als Kind.

Darüber hinaus bleibt das Forschungsfeld der gesellschaftlichen, politischen und dadurch auch sozialarbeiterischen Voraussetzungen unbearbeitet, die sich der Thematik der Enttabuisierung von Bindungstraumata annimmt. Die Aufgaben einer Familie bleiben nach wie vor Privatsache. Der Staat nimmt einen Fürsorgeauftrag erst dann an, wenn Gefährdungsmomente offensichtlich sind. Hier existiert ein gewaltiges Potential sozialarbeiterischer Praxis bereits in den ersten Lebensjahren oder bei der Planung einer Familie; es gilt niedrigschwellige pädagogische, sozialarbeiterische und therapeutische Angebote zu entwickeln, damit negative Einflussfaktoren innerhalb der Elternebene bearbeitet werden.

Abschließend sind die gesellschaftlichen Gegebenheiten, in Bezug auf die Entwicklung eines manifesten Drogenkonsums skizzenhaft zu nennen. Die heutige Konsum- und Konkurrenzgesellschaft, fordert von ihren Individuen immer mehr Leistungsfähigkeit. Diese ist in allen Lebensbereichen zu spüren. Die psychische Belastung in der Arbeitswelt nimmt stetig zu und wirkt sich negativ auf das psychische Wohlbefinden im Privatleben der Einzelnen aus. Es fehlt die Zeit, die Muße für die Entwicklung tragfähiger Beziehungen, da prekäre Arbeitsverhältnisse maßgeblich das tägliche Leben bestimmen. Diese gesellschaftliche Situation trägt nachhaltig dazu bei, dass Personen legale sowie illegale Substanzen konsumieren. Es zeigt sich hier insgesamt ein Teufelskreis auf, in welchem Kinder und Jugendliche hineingeboren werden und aufwachsen.

Literaturverzeichnis

- AKZEPT E.V. (Hg.) (2018): 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Berlin: Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik.
- AUST, SABINE (2017): Frühe Stresserfahrungen und die Entwicklung emotionaler Fertigkeiten. Individuelle Unterschiede, neuronaler Grundlagen und protektive Faktoren. In: Brisch/Karl H. (Hg.): Bindung und emotionale Gewalt, Stuttgart: Klett-Cotta, 123-143.
- BODE, ELFRIEDE (1984): Soziale Gleichstellung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht und Gesellschaft: Ursachen, Folgen, Zusammenhänge, Hamm: Hoheneck-Verlag, 137-145.
- BRISCH, KARL H. (2013): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (12. Band), Stuttgart: Klett-Cotta.
- BRISCH, KARL H. (2015): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, Karl H./Hellbrügge, Theodor (Hg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern (5. Band), Stuttgart: Klett-Cotta, 105-135.
- BRISCH, KARL H. (2017): Die Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. In: Brisch, Karl H. (Hg.): Bindung und emotionale Gewalt, Stuttgart: Klett-Cotta, 16-19.
- COMINGS DE (1997): Genetics aspects of childhood behavioural disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*; 27: 139-50.
- FISCHER, FRANK/MÖLLER, CHRISTOPH (2008): Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- FLORES, J. PHILIP (2013): Die Bindungstheorie in ihrer Relevanz für die Suchtbehandlung. In: Brisch, Karl H. (Hg.): Bindung und Sucht, Stuttgart: Klett-Cotta, 32-58.

- GABEL, .S. U.A. (1998): Family variables in substance misusing male adolescents: the importance of maternal disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 24: 61-84.
- GILVARRY, E. (2000): Substance abuse in young people. *J Child Psychol Psychiatry*; 34: 55-80.
- HORN, WOLF-R. (2008): Suchtgefahren aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes. In: Klein, Michael (Hg.): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 5-12.
- HURRELMANN, KLAUS U.A. (1997): *Drogengebrauch Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit*, Darmstadt: Primus Verlag.
- KLEIN, MICHAEL (2008a): Was ist Sucht? In: Klein, Michael (Hg.): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 2-4.
- KLEIN, MICHAEL (2008b): Suchtgefahren aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes. In: Klein, Michael (Hg.): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 128-139.
- KLEIN, MICHAEL (2009): Kinder in suchtbelasteten Familien. In: Thomasius, R., u.a. (Hg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 160-164.
- KRÜGER, A. (2009): Trauma und Suchtstörungen. In: Thomasius, R., u.a. (Hg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 91-94.
- LAGING, M. (2009): Früherkennung. In: Thomasius, R. u.a. (Hg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 375-382.
- LEHMKUHL, GERD (2008): Suchtgefahren aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes. In: Klein, Michael (Hg.): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 49-60.
- LEPPING, A. (2009): Aus der Praxis E: Spezielle Präventionskonzepte. In: Thomasius, R. u.a. (Hg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*, Stuttgart: Schattauer GmbH, 383-385.

- LÜDECKE, CHRISTEL/SACHSSE, ULRICH/FAURE,HENDRIK (2010): Klinischer Alltag – verwirrende Klinik. In: Lüdecke, Christel/Sachsse, Ulrich/Faure, Hendrik (Hg.): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, Stuttgart: Schattauer GmbH, 3-10.
- LÜDECKE, CHRISTEL (2010): Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung. Komorbide Störungen bei Suchterkrankungen. In: Lüdecke, Christel/Sachsse, Ulrich/Faure, Hendrik (Hg.): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, Stuttgart: Schattauer GmbH, 11-26.
- MORGENROTH, CHRISTINE (2010): Die dritte Chance. Therapie und Genesung von jugendlichen Drogenabhängigen, Wiesbaden: VS Verlag.
- PÖNSCH, CHRISTIAN (2012): Suchtkranke Eltern und Bindungsentwicklung der Kinder. Vom Durchbrechen transgenerationaler Verflechtungen, Hamburg: disserta Verlag.
- ROST, WOLF-D. (2008): Suchtgefahren aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes. In: Klein, Michael (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen, Stuttgart: Schattauer GmbH, 40-48.
- SACK, P.-M./THOMASIUS, R. (2009): Aus der Praxis C: Besondere pathologische Aspekte. In: Thomasius, R., u.a. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis, Stuttgart: Schattauer GmbH, 147-155.
- SCHINDLER, ANDREAS (2013): Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In: Brisch, Karl H. (Hg.): Bindung und Sucht, Stuttgart: Klett-Cotta, 13-31.
- SCHULER, S. (1999): Drogenmissbrauch und Sucht. In: Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin, München: Urban & Fischer, 50-732.
- STRAUB, BERNHARD (2014): Bindung, Gießen: Psychosozial Verlag.
- SUESS, GERHARD J./HANTEL-QUITMANN, Wolfgang (2008): Bindungsbeziehungen in der Frühintervention. In: Ahnert, Lieselotte (Hg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung, München: Ernst Reinhardt Verlag, 344-351.

WEICHOLD, KARINA (2008): Suchtgefahren aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes. In: Klein, Michael (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen, Stuttgart: Schattauer GmbH, 81- 88.

ZURBRIGGEN, EILEEN L./BEN HAGAI, ELLA (2017): Die Folgen frühen emotionalen Missbrauchs für das Leben und die Beziehungen der erwachsenen Person. In: Brisch, Karl H. (Hg.): Bindung und emotionale Gewalt, Stuttgart: Klett-Cotta, 226-242.

ZWEYER, KAREN (2008): Suchtgefahren aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes. In: Klein, Michael (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen, Stuttgart: Schattauer GmbH, 90-102.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig ohne Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt.

Kim Freytag

Frankfurt am Main, 01.07.2019