

Meloni, Samantha

Der rote Faden der Bindungen. Intergenerationelle Weitergabe und Bindungsmuster

München; Wrocław : Selbstverlag 2026, 254 S.



Quellenangabe/ Reference:

Meloni, Samantha: Der rote Faden der Bindungen. Intergenerationelle Weitergabe und Bindungsmuster. München; Wrocław : Selbstverlag 2026, 254 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-360950 - DOI: 10.25656/01:36095

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-360950>

<https://doi.org/10.25656/01:36095>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/de/deed> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt unter folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen. Dieses Werk bzw. dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden und es darf nicht bearbeitet, abgewandelt oder in anderer Weise verändert werden.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/de/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work or its contents. You are not allowed to alter, transform, or change this work in any other way.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der:


Leibniz-Gemeinschaft

SAMANTHA MELONI

**„Der rote Faden der Bindungen:
Intergenerationelle Weitergabe
und Bindungsmuster“**

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG S.7

**ERSTES KAPITEL: Die Rolle der Bindung in der
Persönlichkeitsentwicklung**

1.1 Die Entwicklung des SelbstS.12

1.2 BindungS.31

**1.3 Die Entwicklung des Bindungsverhaltens beim
Menschen S. 36**

1.4 Bindungstheorie.....S.40

1.5 Eine sichere BasisS.67

**ZWEITES KAPITEL: Die Bedeutung familiärer
Bindungen**

**2.1 Die Bindungstheorie und misshandelte
Kinder
... S.46**

**2.2 Die Beurteilung der Mutter-
Kind Beziehung
S.58**

2.3 Die Bindungen zwischen Familienmitgliedern	S.63
2.4 Die Bindungsqualität der Eltern	S.65
2.5 Die Beziehungen zwischen der Bindungsqualität von Erwachsenen und Kindern	S.67
2.6 Die Rolle der Eltern in Gewaltsituationen	S.72
2.7 Faktoren, die die Entwicklung des Kindes schwerwiegend beeinträchtigen können und Schutzfaktoren.....	S.74
2.8 Variablen, die für Chronizität und Schweregrad der Gewalt verantwortlich sind	S.78
2.9 Forschung über gewalttätige Familien.....	S.86
DRITTES KAPITEL: Substanzkonsumbezogene Störungen	
3.1 Suchterkrankungen	S.92
3.2 Die psychobiologische Belohnung	S.107
3.3 Die Vielfalt der suchtspezifischen Erfahrung	S.103
3.4 Heroin und Opioide	S.105

3.5 Reine Agonisten	S.111
3.6 Reine Antagonisten	S.113
3.7 Agonisten/Antagonisten mit gemischter Wirkung	S.115
3.8 Die verschiedenen Arten von Toleranz ...	S.117
3.9 Die Abhängigkeit	S.120
3.10 Die Entwicklung der Beziehung zur Substanz: Die Stadien der Opiatabhängigkeit	S.123
3.11 Pathologien im Zusammenhang mit dem Opiatkonsum	S.127
3.12 Die therapeutische Intervention: die integrierte multimodale Behandlung.....	S.129
3.13 Pharmakologische Interventionen	S.132
3.14 Psychotherapeutische Interventionen	S.138
3.15 Therapeutische Gemeinschaften	S.140
3.16 Kokain.....	S.144
3.17 Biologische und psychologische Folgen ...	S.147

3.18 Die psychologischen Dimensionen	S.151
3.19 Die Amphetamine	S.152
3.20 Die Behandlung von Kokain und Amphetaminabhängigkeiten	S.153
3.21 Der Tabakkonsum	S.157
3.22 Nikotin	S.159
3.23 Das Suchtproblem	S.162
3.24 Aktives Rauchen, Passivrauchen	S.164
3.25 Der Alkoholismus	S.167
3.26 Verhaltensbezogene und psychologische Auswirkung	S.169
3.27 Diagnostik und Behandlung von Problematiken	S.171
3.28 Alkoholbedingte Störungen	S.176
3.29 Marihuana und andere Cannabinoide	178
3.30 Verhaltensbezogene und physiologische Auswirkungen der chemischen Wirkung	S.180

3.31 LSD, Meskalin, Peyote und andere Psychedelika	S.183
---	--------------

3.32 Methylendioxyamphetamine, Ecstasy und andere Empatogene	S.188
---	--------------

3.33 Drogenabhängigkeit aus multifaktorieller Sicht	S.191
--	--------------

3.34 Ein relationales ätiopathologisches Modell der Heroinabhängigkeit.....	S.198
Viertes Kapitel	

Empirischer Beitrag zur elterlichen Bindung von Drogenabhängigen aus intergenerativer Perspektive

4.1 Die Bindung	S.202
------------------------------	--------------

4.2 Die Familienforschung	S.223
--	--------------

4.3 Die Studie	S.234
-----------------------------	--------------

4.4 Das Instrument	S.236
---------------------------------	--------------

4.5 Die Ergebnisse	S.238
---------------------------------	--------------

4.6 Die Schlussfolgerungen	S.242
---	--------------

Bibliographie	S.247
----------------------------	--------------

DIE EINLEITUNG

"Ich begann diese Forschung über die Drogenabhängigkeit vor etwa zwanzig Jahren, das Szenario der Substanzen war anders, aber das verborgene Leiden (jene Leere des Selbst), das durch primäre Bindungen erzeugt wird, bleibt der wahre Ursprung des Problems.

Wie ich in meinem früheren Band " Die Bedeutung der Entwicklung emotionaler Intelligenz im Vorschulalter“ (2024) vertiefen konnte, stellen Eltern und Betreuungspersonen für Kinder die einzigen Bezugspersonen dar. Wenn die Gedanken der Eltern aus irgendeinem Grund unzugänglich sein sollten, wurde das Kind nur den Ausschluss wahrnehmen. Dieses Fehlen primären affektiver Einstimmung kann jene Leere erzeugen, die die Drogenabhängigkeit schmerzhaft zu füllen versucht.

Die Vermittlung von Emotionen ist von fundamentaler Bedeutung, da es ermöglicht, jene Werkzeuge der Resilienz bereitzustellen, die ihre Wurzeln in einer sicheren Bindung schlagen.

"Die Qualität der elterlichen Fürsorge ist die notwendige Bedingung, einer sicheren Bindung beim Kind.

Bowlby war einer der ersten Psychologen, der die Bedeutung der Anwesenheit einer Bindungsperson in den ersten Lebensjahren des Menschen betonte. Der Autor vertrat die Ansicht, dass das Überleben der Spezies und insbesondere bei Kleinkindern, dann gesichert ist, wenn die Nähe zur Bezugsperson aufrechterhalten wird.

Das Bindungsverhalten manifestiert sich vor allem dann, wenn das Individuum Angst hat oder krank ist, und nimmt ab, wenn es Fürsorge und Trost erfährt; dieses Bindungsband entwickelt sich in der frühen Kindheit und besteht ein Leben lang. Besondere Bindungsmuster bei einem Individuum variieren je nach Alter, Geschlecht und den Erfahrungen, die es

mit den ersten Bindungspersonen seines Lebens gemacht hat.

Unter Berücksichtigung des Modells von Bowlby entwickelte Ainsworth eine Methode namens 'Strange Situation' (Fremde Situation), mit der sie drei Bindungsstile beschrieb: (sichere Bindung, unsichervermeidende Bindung und ängstlichambivalente Bindung), anhand derer sie beobachtete, wie Kinder auf die Abwesenheit und die Rückkehr der Mutter reagieren.

Später entwickelte Crittenden einen vierten Bindungsstil, der als vermeidend/ambivalent definiert wurde: Er wird als ein Scheitern beim Aufbau der Bindung zur Mutter betrachtet, weil das Kind unfähig ist, ein konstantes Bindungsverhalten gegenüber der Bezugsperson zu strukturieren.

Mehrere Studien haben hervorgehoben, wie Schwierigkeiten in der Entwicklung von Bindung frühen Kindheit ein hohes Risiko darstellen, im Alter eine Reihe psychopathologischer Störungen; die Bedeutung der Qualität der Bindungen in den ersten Lebensjahren wird nämlich durch die Tatsache bezeugt, dass ein großer Teil der Jugendlichen eine Vorgeschichte von Misshandlung aufweist und es

wahrscheinlich ist, dass bei einigen von ihnen das Risiko des Substanzmissbrauchs und strafrechtlicher Verurteilungen steigen kann.

Familien mit einem hohen Risiko für Psychopathologien sind insbesondere chaotische und missbräuchliche Familien, solche, in denen die Mutter ledig, minderjährig und wirtschaftlich benachteiligt ist, oder solche, in denen ein hohes Maß an elterlicher Konfliktualität oder Substanzmissbrauch vorliegt.

Die soziologisch wichtigen Komponenten, die die Basiselemente in der individuellen und kollektiven Manifestation des Phänomens der Drogenabhängigkeit darstellen, sind durch eine Reihe von Fakten und Ereignissen repräsentiert, die das soziale Handeln vieler Jugendlicher beeinflussen. Der junge Drogenabhängige hängt nicht nur von der Droge ab, sondern behält einen Status der Abhängigkeit von der Familie bei, der größer ist als der seiner Altersgenossen.

Wenn die Drogenabhängigkeit unter Kontrolle ist, treten neue Konfliktgründe zwischen den Eltern auf, und in diesem Fall agiert das Kind als Regulator mit

Rückkopplung auf das System, indem es der Familie die Gefahr des Drogenkonsums im Austausch für eine größere Stabilität im Leben des Paares vorschlägt.

Die Eigenschaft, die insbesondere die Drogenabhängigkeit qualifiziert, ist die Komponente des affektiven Verlassenseins; die Erfahrung des Verlassenseins bildet sich bereits früh in der Beziehung zur Mutter in der Kindheit, setzt sich in den darauffolgenden Phasen des Lebenszyklus fort, ohne identifiziert zu werden, und ihre Wurzeln liegen in einem Familiensystem, in dem die Aufteilung der Rollen und die affektiven Aufgaben unvollständig erfolgt.

Bei Menschen, die Substanzen konsumieren, taucht das Bedürfnis auf, auf eine bessere Erfahrung von Selbst und der Welt: manche suchen durch eine emotionale Distanzierung Linderung von physischem oder moralischem Leiden; andere hingegen nehmen Substanzen ein, um für andere eine wichtige Person zu sein.

ERSTES KAPITEL DIE ROLLE DER BINDUNG IN DER PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG.

1.1 DIE ENTWICKLUNG DES SELBST

Die Entwicklung des Charakters der Menschen und ihrer Persönlichkeit findet in einem bereits existierenden Kontext statt, in einer Realität, in der mehrere Subjekte miteinander interagieren. Das Medium der Interaktion ist die Sprache, die es ermöglicht, sich selbst an der Welt teilhaben zu lassen und die Welt in sich aufzunehmen. Gemäß der Erkenntnistheorie, die der Selbsterkenntnis zugrunde liegt, ist das Ähnlichsein mit anderen, das durch die Interaktion vermittelt wird, die Grundlage. Aus ontologischer Sicht erfolgt der Ursprung der Persönlichkeitsentwicklung durch die Differenzierung von den eigenen Artgenossen; aus ontologischer Sicht wird man also man selbst wenn man in der Lage ist, die Spannungen in dem Moment zu ordnen, in dem man interagiert.

Mit anderen zusammenzuleben bedeutet ontologisch, ein Gleichgewicht erreicht zu haben und in der Lage zu sein, mit anderen sowohl den Konsens als auch die gegenseitige Akzeptanz auszuhandeln. Die Dynamik der persönlichen Identität und ihre Bedeutung lässt sich durch zwei Arten von Prozessen skizzieren:

- 1) die Bindungsprozesse, durch die sich das ICH und das MICH identifizieren und das Selbst gleichzeitig als Subjekt und Objekt ist,
- 2) die Prozesse, die zur Selbstreferentialität der persönlichen Bedeutung führen.

Wenn man vom Kind spricht, muss man bedenken, dass man es mit einem Wesen zu tun hat, das mit "Basic Feelings" ausgestattet ist, das heißt mit Basisemotionen und der Fähigkeit zu kommunizieren. Die Kommunikation nutzt von den ersten Momenten der Entwicklung an die Mimik und dies ermöglicht es dem Kind, sich in das, was als "Getting Attuned" bezeichnet wird, mit anderen zu synchronisieren. Die Eltern-Kind-Beziehung ermöglicht es Letzterem, sich selbst und die Welt durch die Interdependenz und die Gegenseitigkeit psychophysiologischer Rhythmen wahrzunehmen.

Dies wäre durch das bewiesen, was während der Schwangerschaft geschieht, wenn der Fötus seine Fähigkeit zur Teilhabe am externen Leben beweist, so als ob das intrauterine Leben eine erste Form des Lernens wäre.

Das Kind wird durch einen Prozess der Selbstorganisation und des Aufbaus einer Welt, die es ihm erlaubt, Vertrauen zu haben, um verstehen zu können, dass es existiert, lernen.

Deshalb gibt es an der Basis jeder Erfahrung eine Bindung, das heißt eine emotionale Gegenseitigkeit mit den Eltern.

Das Kind kann die Welt intersubjektiv wahrnehmen, indem es die Dimensionen abgrenzt, indem es mit den Dingen in Kontakt tritt und mit den Eltern in Einklang gerät, während es in eine externe Dimension eintritt, die für es zu einer persönlichen Realität wird.

Die neokortikalen Prozesse, über die das Kind verfügt, ermöglichen ihm durch die Gesichtserkennung, die Eltern in einer Art von Koordinationsaktivität nachzuahmen, die durch eine Koordination zwischen verschiedenen sensorischen

Dimensionen erfolgt, welche die Verarbeitung von Daten als Antwortmuster sowohl motorischer als auch affektiver Art ermöglichen.

Auf die gleiche Weise hat das Kind eine Selbstwahrnehmung durch die gegenseitige mimetische Beziehung zum Elternteil. Die Bindungsprozesse spielen also eine organisatorische Rolle, die leicht beschrieben und abgegrenzt werden kann.

Tatsächlich können sowohl die Entwicklung des Selbstsinns als auch das, was als Ergänzung (ICHMICH) betrachtet wird, auf die Regelmäßigkeit zurückgeführt werden, die das Kind sowohl im Verhalten als auch in den Absichten der Eltern wahrnimmt, und dies ermöglicht es ihm, Handlungen und Erinnerungen zu vereinen und sie in emotionale Muster zu verwandeln, die für die persönliche Erfahrung verantwortlich sind, die sich von den anderen und von den Dingen, die es umgeben, unterscheidet.

Das kindliche Bewusstsein, das von Natur aus sowohl affektiv als auch qualitativ ist, nährt sich auch von den psychophysiologischen Rhythmen, nach denen das Kind sich als erstes selbst wahrnimmt, indem es

sich in Bezug auf die Gegenseitigkeit der Bindung zu den

Eltern organisiert und dank des Bewusstseins, das die Eltern von seinem Verhalten haben, das es als "in mir" betrachten kann.

Der Prozess der Wahrnehmung und der Betrachtung ist bei weitem nicht schnell, sondern hängt von der Möglichkeit ab, Erfahrungen zu machen, auf denen die Muster aufgebaut werden.

Das Kind fühlt sich anders als sein einzigartiges und kontinuierliches Selbst, wodurch ein mehrstufiger Prozess entsteht, der es ihm ermöglicht, mit anderen in Einklang zu kommen und die notwendige Bedingung zu finden, um sich von anderen zu unterscheiden.

Es identifiziert sich mit anderen, und dies ermöglicht es ihm, sich intersubjektiv zu erkennen und sich auf einen emotionalen Prozess mit einer Bindungsfigur einzulassen.

Es spürt somit, was der andere spürt, und auf diese Weise grenzt es sich durch die Wahrnehmung der

Ähnlichkeit seiner Emotionen mit denen des anderen von sich selbst ab, in Bezug auf eine gemeinsam nutzbare interpersonale Realität, und fühlt sich einzigartig durch die Einzigartigkeit der bedeutsamen affektiven Bindungen.

Das Neugeborene ordnet seine Empfindungen in ein Spektrum von Emotionen ein, die in einem Kontinuum von Annäherung an und Entfernung von den Eltern dank der psychobiologischen Einstimmung decodierbar sind. Die Bindung ist daher der Regulierer aller Empfindungen, durch die das Kind, indem es die Reaktionen der Eltern auf seine Suche und seinen Kontakt wahrnimmt, auf dieser Grundlage die Struktur und die Qualität der Gegenseitigkeit moduliert.

Die Erfahrungen, die das Kind machen kann, sind sehr begrenzt und an drei Arten des Zugangs zu den Eltern gebunden:

- 1) der Zugang, der die Bindung des Kindes sicher macht;
- 2) der blockierte Zugang, der sie unsichervermeidend macht;

- 3) der unvorhersehbare Zugang, aus dem eine unsicher-ambivalente Bindung resultiert.

Es ergibt sich daher, dass die Bindungsbeziehungen zu den Eltern die Ordner der Emotionen des Kindes sind.

Im Alter von etwa zwei Jahren zeichnet das Kind das Profil des MICH, was durch die Überprüfung seiner Fähigkeit, sich selbst zu erkennen, sowie der Reaktion vor einem Spiegel festgestellt werden kann.

Es nimmt sich kontinuierlich in Zeit und Raum wahr, wodurch das Bewusstsein für die Fähigkeit, sich von anderen zu differenzieren, hervorgehoben wird; dies kann manchmal Angst vor Fremden zur Folge haben.

Das Wahrnehmen anderer als von sich selbst verschieden und das Bemerken des eigenen Selbst als Objekt gehen parallel einher.

Aus diesem Grund stellt das sich selbst Erkennen, wenn menschliche Erkenntnis ontologisch betrachtet wird, die Fähigkeit dar, sich zu erklären und den Unterschied zwischen dem inneren subjektiven Sinn und dem geteilten objektiven Sinn klar zu verstehen.

Die Erfahrung eines stabilen und kontinuierlichen Selbst im Zeitverlauf ist antagonistischen Emotionen zu verdanken, die sich aktivieren und deaktivieren, wie es bei einem Kind geschieht, das von einer Haltung der Wut zu einer der Verzweiflung aufgrund von Trennungs- oder Ablehnungserfahrungen übergeht.

Daraus ergibt sich eine auf einem Gefühl der Einsamkeit und Distanz zu anderer basierender Selbsterfahrung mit Exzessen von Verzweiflung oder Aggressivität.

Einsamkeit und Distanz, die mit Verzweiflung verbunden sind, können durch die Aktivierung von Wut eingeschränkt werden, welche zu zwischenmenschlichen Kontakten zwingt.

Wut wiederum wird durch Verzweiflung gebrochen, was zum Rückzug in sich selbst führt, mit dem Ergebnis, dass das Kind, anstatt sich an die Eltern zu klammern, von nahen Kontakten absieht, die zu Ablehnung und somit zu Wut führen könnten.

Daraus resultiert eine Spirale: Kontakt-Wut Isolierung- Kontakt-Wut und so weiter, in einem internen

Prozess, bei dem das Kind keine direkten Bezugspunkte benötigt die äußere Umgebung. Tatsächlich stabilisiert das Kind schon in den ersten Entwicklungsphasen die Erfahrung in einem Prozess der Dekodierung von Emotionen, für den die emotionale Entwicklung das Ergebnis eines dialektischen Prozesses des ständigen Vergleichs zwischen emotionalen Schemata ist, die schon bei den ersten Erfahrungen als latent erscheinen, sowie dem Fluss von Empfindungen und psychophysiologischen Rhythmen, die vielfältig sind.

Da das Kind die Unterschiede zwischen seiner Selbsterfahrung und der Art und Weise, wie es von den Eltern wahrgenommen wird, versteht, ordnet es die Unmittelbarkeit seines Selbst und verleiht ihm die Beständigkeit, die andere von seinem Selbst als Person teilen.

Während das kognitive Niveau reift, gelangt das Kind zur Selbstreferentialität.

Laut der SCRIPT THEORY würde die Selbstreferentialität die Interaktion zwischen Affektivität und Kognition unterstreichen.

Dafür kann man sagen, dass die Verarbeitung der Skripte sowohl die Fähigkeit ist, die einzelnen Szenen zu ordnen, als auch die Konstruktion eines Bildes von der Welt, dass die Idee des Seins hervorbringt, und andererseits würde sie erlauben, die Erfahrungen selbst zu regulieren.

Nach dem zweiten Lebensjahr ist für einen variablen Zeitraum das Selbstbewusstsein instabil und das Kind unterscheidet sein Selbst nicht, da es den Standpunkt anderer nicht erfassen kann, was eine physische Dimension betrifft, und die Unterschiede zwischen innen und außen sind verschwommen. Die Vorschulzeit ist mit diesen Operationen beschäftigt und das Selbstgefühl ist an die laufenden Bindungsbeziehungen gebunden.

Zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr werden die anderen als distinkt wahrgenommen und das Kind nimmt seine eigene Subjektivität als einzigartig und kontinuierlich im Zeitverlauf wahr.

Es ist in der Lage, die Unterschiede zwischen Vorstellung und Wahrnehmung zu erkennen, wodurch es aktivieren kann ausschlussverfahren, bei intensiven

Situationen bis hin zur Diskonnektion der Emotionen, woraufhin das ICH unverständlich wird.

Angesichts intensiver Situationen kann das Kind Emotionen, die es stören, durch die Aktivierung anderer Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen verhindern, die in der Lage sind, die Aufmerksamkeit auf Aktivitäten zu lenken, die vom Verarbeiten bisher nicht berücksichtigter Daten ablenken.

Diese verschiedenen können zu spezifischen Symptomen, Wahnsinn, psychosomatischen Störungen werden.

Die Adoleszenz ist durch die Entwicklung der reflexiven Abstraktion charakterisiert, aus der eine Ebene des Selbstbezugs hervorgeht, während die Mechanismen, die es ermöglichen, die eigenen Konturen aufrechtzuerhalten, reflexiv werden.

Die kognitive Revolution, nach und nach beim Übergang von der Adoleszenz zur Jugend, ist die Bindung fundamental interdependent in Bezug auf die Dynamik zwischen den Konturen des Selbst und der persönlichen Bedeutung.

Im Laufe der Reifung steht die Bindung in Beziehung zur Differenzierung und zur Entwicklung der Konturen des Selbst, bis hin zum Erwachsenenalter, im Laufe dessen neue Arten von Bindungen, wie intime Beziehungen oder sentimentale Beziehungen, entstehen, die dazu dienen, das Muster der Kohärenz der bereits strukturierten persönlichen Bedeutung zu bestätigen oder auch zu artikulieren.

Daraus ergibt sich also, dass, wie die Einzigartigkeit der affektiven Bindungen der Kindheit und der Adoleszenz eine Voraussetzung für die Wahrnehmung des Seins in der Welt und die Anerkennung des eigenen Seins darstellt, so auch im Erwachsenenalter der Aufbau einer exklusiven Beziehung mit einer Person ein Weg ist, die eigene Einzigartigkeit und das eigene Empfinden in der Welt wahrzunehmen.

Die Modifikation der internen Modelle ist daher eng mit den Veränderungen korreliert und es ist klar, dass von diesen auch die eventuellen Störungen abhängen in der Lage, das Selbstbild während der Bildung zu destabilisieren, angesichts der grundlegenden Bedeutung der ausgewogenen Interaktion zwischen

dem Individuum und seinem Netz affektiver Beziehungen.

Die Forschungen von Wissenschaftlern wie Bowlby, Brown, Duncan-Jones, um nur einige zu nennen, zu den sogenannten "Life Events" (Bowlby, The Making and breaking of Affectional Bonds, pt.1, Etiology and Psychopatology in the Light of Attachment Theory, Br. J. Psychiat. Vol. 130, 201-10, 1977) haben bewiesen, dass gerade im Verlauf des Aufbaus, der Aufrechterhaltung und des Abbruchs solcher Beziehungen die intensivsten Emotionen erfahren werden können.

Andererseits haben epidemiologische Studien gezeigt, dass der Index des sozialen Netzwerks ein wichtiger Indikator für die Gesundheitsvorsorge sein sollte, da die affektive und soziale Isolation einen Risikofaktor darstellt, der mit einer Zunahme von Morbidität oder Mortalität einhergehen kann.

Daraus ergibt sich logischerweise, dass, wie unterstützen Field und Reite, die psychophysiologischen Rhythmen von Personen, zwischen denen sich ein affektives Band gebildet hat,

sind eng mit der Verhaltenskoordination ihrer Interaktionsmuster verbunden, da, wie Hofer anmerkt, keine unabhängige Selbstregulation in keiner Phase existiert.

Tatsächlich kann man nur, wenn man das Bild des anderen als eine unitäre Konfiguration des sensoaffektiven Moduls betrachtet, verstehen, wie die Anwesenheit oder der physische Kontakt mit dem anderen in der Lage sind, die kardiovaskuläre Aktivität und die neurovegetative Reaktivität zu modulieren.

Unter ontologischem Gesichtspunkt betrachtet, besteht eine affektive Beziehung in der selbstreferentiellen Konstruktion eines Bildes vom anderen, das die Dynamik zwischen den Konturen des Selbst stabilisieren kann.

Tatsächlich ist das Bild des anderen eng mit dem Muster der persönlichen Bedeutung korreliert, und zwar so sehr, dass es im Fall von Depression mit dem Bild des anderen verbunden ist.

Was den Grad betrifft, so scheint es offensichtlich, dass die Intimität, die mit einer Bindungsfigur wahrgenommen wird, an die Intensität der

emotionalen Interdependenz gebunden ist, die man in der Beziehung erfährt.

Der Grad der Intimität ermöglicht eine zuverlässige Vorhersage der emotionalen Beziehungen, wenn die emotionale Beziehung zu zerbrechen droht. Bei der Betrachtung einer affektiven Beziehung, die zerbricht, müssen zwei fast ununterscheidbare Aspekte unterschieden werden, nämlich die Dynamik der

Trennung und die emotionalen Reaktionen vom Typ „Trauer“, die miteinander „vernetzt“ sind (V. Guidano, *Il Sé nel suo divenire*, zit. S. 75).

Um die Natur der Trennung zu betrachten, muss man von der Überlegung ausgehen, dass affektive Bindungen einer orthogenetischen Richtung folgen, entlang derer die Bindungen selbst Transformationen durchmachen und von einem Zustand undifferenzierter Globalität zu einem hierarchischen übergehen.

Die Entwicklung der affektiven Beziehungen ist multidirektional und findet auf mehreren Ebenen statt, auf der Suche nach einer Integration, die stets hierarchisch ist.

Die Beziehungen brechen aus verschiedenen Faktoren ab und die Trennung ist ein multidirektionaler Prozess, aus dem sich das Ausmaß der Reaktion ergibt, die als Beileid bezeichnet wird, in Anbetracht der psychophysiologischen Prozesse, die durch den Entzug einer geliebten Person ausgelöst werden.

Im Beileid verliert man die Art und Weise, sich zu fühlen, nicht so sehr die Person, da die Zuneigung aus der Wahl der Art und Weise entsteht, sich mit der Person zu fühlen, weshalb dies einer ICH-MICH-Diskrepanz entspricht, die durch eine störende psychophysiologische Modulation erzeugt wird, welche die Desintegration der eigenen Kontinuität produziert.

Die Desynchronisation zwischen dem Bild des anderen und der Regulation zwischen den Konturen des Selbst verursacht sowohl die Trauererfahrung als auch den Trennungsprozess, weshalb eine wesentliche

Kontinuität zwischen den verschiedenen Trauerreaktionen besteht, sowohl denen, die durch den Verlust von nahestehenden Personen verursacht

werden, als auch denen, die auf affektive Trennungen zurückzuführen sind.

In diesen beiden Situationen gibt es tiefgreifende Unterschiede hinsichtlich der Struktur des Wandels.

Tatsächlich hat die Trennung durch Todesursachen als Konsequenz den Verlust des physischen und emotionalen Kontakts mit dem Geliebten, von dem jedoch das Bild immer positiv erhalten bleibt.

Im Falle eines Beziehungsgescheiterns verändert sich das Bild des anderen radikal, und zwar negativ, was Tonalitäten von Trauer erzeugt, die weniger akut sind als in der Trauer, aber ambivalenter und langwieriger zu verarbeiten sind.

Die Zerrüttung einer Ehe bringt die Notwendigkeit mit sich, eine akzeptable soziale Rolle wiederherzustellen, weshalb sich die Trauerprozesse stark von denen der eigentlichen Trauer unterscheiden und in Depression und soziale Isolation oder in die schnelle

Überwindung der Trauer selbst oder manchmal in die Minimierung des Geschehenen und die Leugnung des Verlusts münden können.

Letzteres stellt den Beginn eines Versuchs dar, Emotionen wie die Trauer auszuschließen, und zeigt sich in einem Kampf, der darauf abzielt, das Bild des anderen intakt zu halten, so wie es zum Zeitpunkt der Trennung strukturiert war.

In diesem Kampf behalten die am stärksten depressive Subjekte die lebhaftesten Erinnerungen und beziehen sich, wie von Harvey, Flanary und Morgan beobachtet, kontinuierlich auf den Partner, wobei sie intensive Emotionen aktivieren. Aus diesem Grund hängt die Reorganisation des eigenen Kontinuitätsgefühls von der Flexibilität ab, mit der das Subjekt die Bewertung der Beziehung und der emotionalen Gegenseitigkeit modifiziert, die sich charakterisierte.

Je schwerwiegender die Reorganisation und die Transformationen sind, desto mehr verzögert sich die maladaptive Haltung und die Unfähigkeit, andere affektive Beziehungen einzugehen.

Betrachtet man die empirische Perspektive, so hat der Lebenszyklus der Individuen nach der Reife als Merkmal die Aufrechterhaltung eines auf unbestimmte Zeit angenommenen optimalen

Gleichgewichts, in einer Art homöostatischer Optik,
die jeglichen

Fortschritt auszuschließen scheint und die
Entwicklung des Erwachsenenlebens auf einen reinen
Prozess der Datenumgestaltung reduziert, der durch
die Beziehungen, die man jeweils mit der Umwelt
eingeht, reguliert werden muss.

Akzeptiert man diese Annahme, so folgt daraus, dass
die Kindheit der einzige Lebensabschnitt ist, der den
gesamten Zyklus bestimmt.

1.2 DIE BINDUNG

Bowlby definiert Bindung als „jede Form von Verhalten, das dazu führt, dass eine Person die Nähe zu einem anderen bevorzugten Individuum erreicht oder aufrechterhält, das als stärker oder kompetenter angesehen wird“ (J. Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982, S. 136).

Dieses Verhalten manifestiert sich vor allem dann, wenn das Individuum Angst hat oder krank ist, und nimmt ab, wenn es Fürsorge und Trost erfährt. Zu wissen, dass ein Mensch in schwierigen Momenten verfügbar ist, vermittelt ein starkes Gefühl von Sicherheit und wertet die Bindung auf. Bindung ist ein Verhalten, das bei allen Menschen beobachtet werden kann und bei jedem Individuum unterschiedliche Merkmale aufweist; diese Bindung manifestiert sich vor allem in frühe Kindheit und besteht ein Leben lang, insbesondere in den schwierigsten Momenten.

In der frühen Kindheit sind Signalmechanismen wie Weinen, Lallen und Lächeln wichtig, die die Bedürfnisse des Kindes kommunizieren und den Erwachsenen dazu ermutigen, sich ihm zu nähern.

Das Kind erarbeitet durch die Interaktion mit der Bezugsperson eine Reihe von Verhaltensmustern, die ein Leben lang nützlich sein werden. Besondere Bindungsmuster bei einem Individuum variieren je nach Alter, Geschlecht und den Erfahrungen, die es mit den ersten Bindungsfiguren seines Lebens gemacht hat.

Die Bindungstheorie erkennt die Bedeutung bestimmter Merkmale an:

- 1) Spezifität: Das Bindungsverhalten richtet sich an eine oder wenige Personen, nach einer Rangordnung der Präferenz.
- 2) Dauer: Ein Bindungsband hält ein Leben lang. Auch wenn es während der Adoleszenz und bei ersten Bindungen zu einer Schwächung oder in einigen Fällen zum Ersatz durch andere kommen kann, werden die ersten nicht leicht aufgegeben.
- 3) Rolle der Emotionen: Die intensivsten Emotionen entstehen während der Bildung, der Aufrechterhaltung, der Zerstörung und dem Wiederaufleben von Bindungsbeziehungen.
- 4) Ontogenese: Die Bindung zu Erwachsenen entwickelt sich normalerweise während der ersten neun

Lebensmonate. Die Hauptbindungsfigur eines Kindes wird die Person sein, die sich mehr als andere um es kümmert.

5) Lernen: Ein grundlegender Prozess bei der Entwicklung der Bindung besteht darin, zu lernen vertraute Personen von fremden Personen zu unterscheiden. Eine Bindung kann sich auch entwickeln, wenn die Bezugsperson das Kind wiederholt bestraft.

ORGANISATION: Unter Berücksichtigung des Modells von Bowlby hat Ainsworth, einer Beobachtungsmethode namens „Strange Situation“ folgend (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, Società Editrice Il Mulino, 2000), drei Bindungsstile beschrieben: sicherer Bindungsstil, unsicher-vermeidender Bindungsstil, unsicherambivalenter Bindungsstil.

a) Sicherer Bindungsstil: Im ersten Lebensjahr bilden Kinder, die eine „reaktionsfreudige Mutter“ erleben, eine sichere Bindung zu ihr. Sollten sie im Falle einer sicheren Bindung von ihr getrennt werden, wären sie anschließend fähig, die Umgebung aktiv zu erkunden, wenn sie jedoch getröstet würden. In der „Strange

Situation“, im Moment der Trennung, bäumt sich das Kind auf und weint, auch wenn es sich dann beruhigt und die Mutter begrüßt, wenn sie zurückkehrt, oder sich trösten lässt, wenn es während der Trennung gelitten hat.

- b) Unsicher-vermeidender Bindungsstil: Säuglinge, die im ersten Lebensjahr eine unsensible Mutter erleben, bilden eine unsicher-unsichere Bindung zu ihr; in diesem Zeitraum zeigen sie sich gegenüber der Anwesenheit oder Abwesenheit der Mutter gleichgültig, zeigen ein Übermaß an Autonomie, sind auf das Spiel konzentriert, indem sie den Blick abwenden, und halten Abstand von ihr, indem sie den Kontakt vermeiden.
- c) Unsicher-ambivalenter Bindungsstil: In den ersten Lebensmonaten bildet sich eine unsicherambivalente Bindung, wenn das Kind eine Mutter erlebt, die dazu neigt, ein liebevolles Verhalten zu zeigen, wenn es nicht von ihr verlangt wird, während es, wenn es ihr Bedürfnis danach verspürt, es durch körperlichen Kontakt zu fordern, und in anderen Situationen, sich weigert, ihm Zuneigung zu schenken, wenn er sie von ihr

verlangt. Wenn die Frau sich vom Kind entfernt, weint dieses und erkundet die Umgebung nicht allein.

Das Kind zeigt sogenannte "dysfunktionale Wut", d. h. sie ist in den falschen Momenten aggressiv. (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, zit. S. 83) Wenn das Kind getröstet werden möchte, weist es die Mutter zurück und zeigt sich ihr gegenüber misstrauisch.
137–138).

d) In den darauffolgenden Jahren wurde ein vierter Bindungsstil hinzugefügt, der als "vermeidendambivalent" bezeichnet wird (Crittenden und Di Lalla 1988).

Diese Art der Bindung wird als Versagen beim Aufbau der Beziehung zur Mutter betrachtet, da das Kind unfähig ist, ein konstantes Verhalten gegenüber der bevorzugten Person zu strukturieren.
7) Biologische Funktion: Bindungsverhalten tritt nicht nur bei Menschen auf, sondern auch bei den Jungen vieler Säugetierarten.

Die biologische Funktion, die dem Kind zugewiesen wird, ist die des Schutzes.

Bindung ist diejenige die in schwierigen Momenten immer verfügbar ist, um das Kind zu beschützen, was das Überleben des Kindes begünstigt. (J. Bowlby, *Costruzione e rottura die legami affettivi*, zit. S. 137-138).

1.3 DIE ENTWICKLUNG DES BINDUNGSVERHALTEN BEIM MENSCHEN

Die Entwicklung des Bindungsverhaltens im ersten Lebensjahr unterscheidet sich von den folgenden Jahren; im zweiten und dritten Lebensjahr verfügt das Kind über ein größeres Verständnis für die Umgebung: Es wird sich einer „bevorstehenden“ Trennung immer bewusster (J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Volume 1, Editore Boringhieri, 1976, S. 250).

Der Säugling protestiert im ersten Lebensjahr, wenn die Mutter ihn in die Wiege legt oder wenn sie mit anderen Dingen beschäftigt ist, und beginnt von diesem Moment an, sie zu beobachten. Im selben Jahr

ist der Säugling in der Lage vorherzusehen, wann die Bezugsperson sich von ihm entfernt, und er beginnt bereits zu protestieren, bevor die Frau weggeht. Das Bindungsverhalten ist bis zum dritten Lebensjahr regulierend, in diesem Zeitraum wird es von den Erziehern im Kindergarten unterstützt. Die meisten zweijährigen Kinder beginnen zu weinen, wenn die Mutter sie in den Kindergarten begleitet; sie isolieren sich von ihren Spielkameraden und fordern die Aufmerksamkeit der Erzieherin. Mit drei Jahren hingegen werden die Kleinen fähiger, eine vorübergehende Abwesenheit der Bezugsperson zu akzeptieren, und sind bereit, mit ihren Altersgenossen zu spielen.

Nach dem dritten Lebensjahr zeigt sich eine grundlegende Veränderung, da die Kinder in externen Umgebungen mit sekundären Bindungsfiguren, wie beispielsweise einer Erzieherin oder einem Verwandten, sicherer werden.

Dieses Sicherheitsgefühl hängt von einigen Bedingungen ab: Erstens müssen die sekundären Bezugspersonen Personen sein, die das Kind in Anwesenheit der Mutter kennengelernt hat; zweitens muss das Kind gesund und ruhig sein; drittens muss

es die Gewissheit haben, dass die Mutter später zu ihm zurückkehren wird.

Wenn diese Bedingungen fehlen, ist es wahrscheinlich, dass das Kind ein „Muttersöhnchen“ wird (J. Bowlby, Bindung und Verlust, Band 1, zit. S. 251).

In den folgenden Jahren manifestiert sich das Bindungsverhalten zwar weniger intensiv, bleibt aber ein grundlegender Aspekt des Verhaltens; fünf- und sechsjährige Kinder kehren bei Problemen mit anderen Altersgenossen zu ihren Eltern zurück, um Trost und Beruhigung zu finden.

In der Adoleszenz findet eine Veränderung der Bindung gegenüber den Eltern statt: Andere Erwachsene können die Eltern ersetzen, und es treten sexuelle Anziehungen gegenüber Gleichaltrigen auf. Es zeigen sich individuelle Variationen (J. Bowlby, Bindung und Verlust, Band 1, zit. S. 251). Es gibt Jugendliche, die sich von ihren Eltern entfernen und die andererseits nicht in der Lage sind, sich von ihnen zu trennen und infolgedessen keine Bindung zu anderen Personen aufbauen können.

Die meisten Jugendlichen sind der Meinung, dass die Bindung zu den Eltern trotz der starken Bindung zu anderen Personen grundlegend bleibt. Die Bindung zu den Eltern bleibt ein Leben lang bestehen und beeinflusst das Verhalten; Young und Willmott (1957) haben gezeigt, dass die Bindung zwischen Mutter und Tochter in einer urbanisierten westlichen Gesellschaft eine wichtige Rolle im Sozialleben spielt.

Im fortgeschrittenen Alter ist das Bindungsverhalten nicht mehr so sehr auf die Eltern gerichtet, sondern auf die Mitglieder einer nachfolgenden Generation. In der Adoleszenz und im Erwachsenenalter richtet sich das Bindungsverhalten auch auf Gruppen und Institutionen außerhalb der Familie. Bei plötzlicher Gefahr sucht ein Individuum sicherlich den Kontakt zu vertrauten Personen.

1.4 BINDUNGSTHEORIE

Die Bindungstheorie entstand als eine Überarbeitung der psychoanalytischen Theorie. Die Aufgabe dieser

Theorie besteht darin, die Neigung des Menschen zur Bildung affektiver Bindungen zu bestimmten Personen zu konzeptualisieren; darüber hinaus befasst sie sich mit der gestörten Funktionsweise von Individuen, die durch traumatische Verluste und unfreiwillige Trennungen entstanden ist. Sie umfasst einen Großteil der psychoanalytischen Theorie und unterscheidet sich von dieser durch die Übernahme einiger Prinzipien aus der Ethologie, der Theorie der Kontrollsysteme und der Kognitionspsychologie. Die ethologische Theorie geht davon aus, dass es spezifische Verhaltensweisen gibt, die sich entwickelt haben, weil sie das Überleben der Spezies garantieren. Die Neigung, diese Verhaltensweisen zu entwickeln, wird genetisch übertragen.

Die vorherrschende Theorie war bis in die fünfziger Jahre auf die Natur und die Ursprünge affektiver Bindungen fokussiert. Die Theorie klassifiziert zwei Arten von Trieben: solche, die sich auf die Ernährung und den Sex beziehen, indem sie sie als primär definiert, und solche, die sekundär sind und mit Abhängigkeit zusammenhängen. Das Individuum

entdeckt, dass es zur Verringerung bestimmter Triebe notwendig ist, eine Beziehung zu einer anderen Person zu entwickeln.

Zu Beginn der fünfziger Jahre lieferte die Studie von Lorenz zum „Imprinting“ einen alternativen Ansatz (K. Z. Lorenz, Der Kumpan in der Umwelt des Vogels, 1935). Lorenz hatte festgestellt, dass bei einigen Vogelarten die Kleinen in den ersten Lebenstagen eine Bindung zu einer Mutterfigur aufbauen, unabhängig vom Bedürfnis nach Nahrung. Dieses Modell, das sich vom traditionellen unterschied, beinhaltete eine gewisse Anzahl von Merkmalen, die auf Menschen übertragen werden konnten.

Die Bindungstheorie ist vor allem durch die Arbeiten von J. Bowlby und M. Ainsworth bekannt. Bowlby war einer der ersten Psychologen, der die

Bedeutung der Anwesenheit einer Bindungsfigur in den ersten Lebensjahren eines Menschen unterstrich.

Der Autor vertrat die Ansicht, dass das Überleben der Spezies, insbesondere der Kleinen, garantiert ist, wenn die Nähe zur bevorzugten Person aufrechterhalten wird.

Die Bindung eines Kindes bildet sich im ersten

Lebensjahr in drei Phasen: Gegen den sechsten Monat, mit dem Aufkommen von Verhaltensweisen wie der Fortbewegung, entsteht eine klar definierte Bindung. Nach dem dritten Lebensjahr entwickelt sich das, was Bowlby „GOAL-CORRECTED PARTNERSHIP“ (zielkorrigierte Partnerschaft zwischen Mutter und Kind) genannt hat (P. Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, 1994, S. 5). Diese Entwicklung ergibt sich aus der gesteigerten Wirksamkeit der Kommunikation zwischen den Partnern durch die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes. Bowlby ist der Auffassung, dass die Bindung, zuerst an die Eltern und später an den Partner, für die Sicherheit eines jeden wichtig ist.

1.5 EINE SICHERE BASIS

„Die Vertrauensperson, auch als Bindungsfigur bekannt, kann als diejenige betrachtet werden, die ihre

Gesellschaft als sichere Basis anbietet“ (J. Bowlby, Bindung und Verlust, zit. S. 109).

Jedes Individuum jeden Alters ist ruhiger, wenn es an seiner Seite eine Vertrauensperson hat, die ihm in schwierigen Momenten helfen kann.

Die bevorzugte Person kann als eine sichere Basis betrachtet werden, von der aus das Kind aufbrechen kann, um die Außenwelt zu erkunden, und zu der es zurückkehren kann, um Trost zu finden. Die Bindungsfigur muss verfügbar sein, um aktiv einzugreifen, wenn das Kind es verlangt. Die Notwendigkeit einer sicheren Basis betrifft nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche und Erwachsene, auch wenn das Bedürfnis nach einer solchen Figur in einigen Lebensphasen nicht offensichtlich ist. Das Bedürfnis nach einer sicheren

Basis seitens Erwachsener wird normalerweise aus Gründen vernachlässigt, die mit den Werten der westlichen Kultur zusammenhängen.

Es wurden Studien an Kindern im Vorschulalter und Jugendlichen durchgeführt, und es hat sich gezeigt, dass Kinder mit emotional stabilen Eltern in schwierigen Momenten autarker sind und von ihnen ermutigt werden, selbstständig zu sein. Es wurde

bewiesen, dass dies auch umgekehrt der Fall ist. Ein Elternteil kann andere Rollen einnehmen, das Verhalten des Kindes in eine Richtung beeinflussen und aus diesem Grund eine Reihe von Techniken anwenden.

Einige dieser Techniken sind ermutigender Art, wie zum Beispiel die Aufmerksamkeit des Kindes auf ein Spiel zu lenken oder ihm Vorschläge zur Lösung eines für es schwierigen Problems zu geben. Die Vielfalt der Techniken variiert von Elternteil zu Elternteil, von demjenigen, der dem Kind hilft, bis zu demjenigen, der ihm gegenüber strafend ist. Wenner (1966) hat argumentiert, dass eine Frau, die bereit ist, während der Schwangerschaft verschiedene Rollen zu übernehmen, in der Lage ist, Schutz bei einer bevorzugten Person zu suchen, um Hilfe zu bitten und anschließend anderen Personen Trost zu spenden. Eine Frau, die während der Schwangerschaft emotionale Probleme hat, wird unfähig sein, den Wunsch nach Unterstützung auszudrücken, oder sie wird dies auf aggressive Weise tun und unfähig sein, anderen etwas zu „geben“. Um eine potenzielle

Unterstützung zu erhalten, ist es notwendig, dass die Beziehungen zwischen den beteiligten Personen über einen Zeitraum von Jahren wertvoll bleiben.

KAPITEL ZWEI DIE BEDEUTUNG AFFEKTIVER FAMILIENBINDUNGEN

2.1 BINDUNGSTHEORIE UND MISSHANDELTE KINDER

Bowlby argumentiert, dass das Bindungsverhalten wichtig ist, weil es die Nähe des Kindes zur Mutter fördert. In Gefahrensituationen hat das Kind viele Möglichkeiten, von der Mutter beschützt zu werden, während es in anderen Umständen die Bindungsfigur als eine sichere Basis nutzt, von der aus es die

Umgebung erkunden kann. „Misshandelte Kinder bauen trotz der erlittenen Gewalt eine Bindung zum misshandelnden Elternteil auf; diese Arten von Bindungen sind für das Überleben des Kindes unerlässlich, da die Misshandlungen im Vergleich zu den fortwährenden Bedürfnissen, die das Kleinkind hat, kurz und selten sind“ (J. Bowlby, Attachment and loss, Vol. 1, Attachment, 1969/1982). Aus einigen Forschungen, die sich auf die Identifizierung der Merkmale von Missbrauchstätern konzentrierten, ging hervor, dass diese oft als aggressiver und strafender beschrieben werden als nicht missbrauchende Eltern.

Zu den sozialen Faktoren, die mit Missbrauch verbunden sind, gehören Arbeitslosigkeit, Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit, niedriges Einkommen und Stress.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass vor allem Frühgeborene und Kinder mit schwierigem Temperament ein Risiko für Missbrauch darstellen. Helfer (1973) stellte fest, dass das Phänomen des Missbrauchs auftritt, wenn ein abweichendes Elternteil eine besonders stressige Situation erlebt (R.

E. Helfer, The Etiology of child abuse, Pediatrics, 51, 777-779, 1973).

Aus einigen Forschungen wurde nachgewiesen, dass nicht alle Mütter mit niedrigem Einkommen oder einer geistigen Behinderung ihre Kinder vernachlässigen und dass Mütter mit einem höheren IQ nicht unbedingt auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen. Aus der Bindungstheorie ergeben sich verschiedene

Hypothesen, die das Verhalten von misshandelten Kindern und misshandelnden Eltern erklären könnten.

Die Bindungsbeziehung ist grundlegend für das individuelle Funktionieren in jedem Alter; das wichtigste Ziel von Bindungen ist es, den Schutz zu fördern und das Überleben der Kinder zu garantieren, und dies betrifft vor allem Fälle von Misshandlung.

Vernachlässigende Erwachsene haben

Schwierigkeiten, Bindungsbeziehungen mit Partnern aufzubauen, die nicht zur Herkunftsfamilie gehören, und oft ersetzt die Mutter des vernachlässigenden Elternteils den Partner bei der Betreuung der Kinder.

In Fällen von Missbrauch ist das Kind gezwungen, eine Bindung zum Elternteil aufzubauen, und aus seinen Erfahrungen lernt es, dass die Mutter eine

Quelle des Schmerzes ist; in diesen Fällen sind die ängstlich gebundenen Kinder vermeidend wütend auf den Elternteil und suchen trotz alledem eine übermäßige Nähe.

In Fällen von Vernachlässigung suchen die Menschen, die Trost benötigen, diesen nur selten. Misshandelte Kinder sind in der Interaktion mit ihren Müttern schwieriger im Vergleich zu anderen, indem sie ihr Verhalten als Grund nehmen, sie zu meiden oder zu bestrafen.

Der Kontrast zwischen der Mutter und dem Kind wird schwerwiegender, wenn die Mutter nicht lernt, die Verhaltenssignale des Kindes wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren.

Es wurde nachgewiesen, dass viele misshandelte Säuglinge gegen Ende des ersten Lebensjahres gelernt haben, sich gegenüber ihren Müttern gefügig zu verhalten, indem sie ihre Wut hemmten und ihre Aufdringlichkeit einschränkten.

Das effektive Verhalten eines Individuums in einer spezifischen Situation wird durch eine Interaktion von

Umweltfaktoren, situativen Faktoren und früheren

Erfahrungen in ähnlichen Situationen bestimmt (P. M. Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, zit. S. 15).

Die effektiven Konfigurationen des Bindungsverhaltens beeinflussen die Entwicklung der Kinder.

In misshandelnden Familien hat ein Individuum eine ängstliche Bindung zu anderen Mitgliedern; diese Bindungen sind der Ursprung von verzerrten Repräsentationsmodellen des Selbst und anderer. Die Qualität der vorangegangenen Beziehungen ist ein Aspekt, der spätere Beziehungen beeinflussen wird.

Es wurden Forschungen mit dem Verfahren der „Strange Situation“ (Ainsworth et al., 1978) in misshandelnden Familien durchgeführt, um die Qualität der Bindung zwischen Eltern und Kindern zu bewerten (P. M. Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, zit. S. 17).

Es hat sich herausgestellt, dass misshandelte Kinder im Alter zwischen eins und vier Jahren eine ängstliche Bindung zu ihren Müttern aufgebaut haben, wobei sie vor allem ängstlich-vermeidende Konfiguration

(Crittenden, 1985 a, b; Egeland und Sroufe, 1981 a;

Gaensbauer und Harmon, 1982; Schneider-Rosen, Braunwald, Carlson und Cicchetti, 1985).

Auch vernachlässigte Kinder suchen bei Stress die Nähe zum Elternteil, wissen aber, anders als missbrauchte Kinder, dass ihre Mütter nicht auf ihre Signale reagieren werden und unfähig sein werden, ihre Bedürfnisse zu kommunizieren.

Bindungstheoretiker haben bestätigt, dass Bindungs- und Explorationssysteme bei Gefahrensignalen aktiviert werden und funktionieren, wenn sie sich im Gleichgewicht zueinander befinden.

Im Fall von missbrauchten Kindern hat sich gezeigt, dass einige gegenüber Erwachsenen nachgiebig und gegenüber Gleichaltrigen aggressiv sind; ihr aggressives Verhalten ist durch abgelenkte Wut oder übermäßige Aufmerksamkeit motiviert.

Die sozialen Netzwerke der meisten misshandelnden Mütter verändern sich angemessen mit der Art der Beziehungen zu ihren Kindern; die Freundschaften misshandelnder Mütter sind instabil, da sie Freunde, die Hilfe leisten, als unzuverlässig betrachten; was die Arbeit betrifft, geben sie ihre Arbeit aufgrund von Konflikten mit Kollegen oder dem Arbeitgeber auf.

Es gibt zwanghaft nachgiebige Kinder, die geeignete Strategien anwenden, um das Risiko elterlicher Gewalt zu verringern: Sie unterdrücken die Reaktionen, die dem Elternteil nicht gefallen, und ersetzen sie durch andere, vom Elternteil bevorzugte Reaktionen.

Eine Bewältigungsstrategie (Coping-Strategie) gegenüber Missbrauch kann gekennzeichnet sein durch:

- 1) übermäßige soziale Wachsamkeit (die mit dem Risiko einer systematisch falschen Interpretation des Sozialverhaltens anderer verbunden ist); 2) oberflächliche Nachgiebigkeit in Situationen, in denen andere Personen bedrohlich oder mächtig erscheinen (mit dem Risiko, Fehlinterpretationen bezüglich möglicher Feindseligkeiten anderer niemals zu kontrollieren).
- 3) unterdrückte Wut (mit dem Risiko, einige Wahrnehmungseemotionen ausschließen zu können) (P. M. Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, zit. S. 24).

Diese Art von Verhalten wird oft als manipulativ bezeichnet und beschreibt die defensive Reaktion

einiger missbrauchter Kinder
und missbrauchender Eltern.

Misshandelte Kinder, die wütendes Verhalten annehmen, müssen sich anderen Problemen stellen: Sie werden einer höheren Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sein, weiterhin durch den Elternteil missbraucht zu werden, werden ihre Gefühle jedoch nicht offenlegen.

Erwachsene, die in der Vergangenheit Gewalt erlebt haben, aber ihre Kinder nicht misshandeln, geben an, unterstützende soziale Beziehungen zu haben; andere Eltern geben an, während der Kindheit eine wichtige unterstützende Beziehung gehabt zu haben. Diese Beziehungen sind grundlegend, da sie im Laufe schwieriger Erfahrungen dem Kind helfen und es ermöglichen, das Arbeitsmodell der Person zu verändern, einschließlich positiverer Bilder von sich selbst und anderen; diese Veränderungen geben dem Individuum die Möglichkeit, in Zukunft unterstützende Beziehungen aufzubauen. Kinder, die nur geringfügig misshandelt wurden, zeigen eine Defizit- und Anpassungskonfiguration, die weniger extrem ist als bei misshandelten Subjekten; sie haben

eine leichte Entwicklungsverzögerung und eine leicht ängstliche Bindungsart.

Die Mütter dieser Kinder haben Schwierigkeiten bei der Kindererziehung; sie sind manchmal sensibel und reaktionsfähig, andere Male starr oder nicht reaktionsfähig; die Kinder können die Ursache für die Verhaltensänderungen ihrer Mütter nicht verstehen. Misshandelte und vernachlässigte Kinder erleiden durch die Bezugsperson eine signifikante Abwesenheit von Reaktionsfähigkeit, die mit Starrheitsexplosionen verbunden ist.

Ainsworth beschrieb drei Arten von Bindungsqualität (sicher, ängstlich-vermeidend, ängstlich-ambivalent) und Bowlby stellte fest, dass diese mit Unterschieden in den internen Repräsentationsmodellen von Bindungsbeziehungen verbunden sind.

Der Autor behauptet, dass die Funktion dieser Modelle darin besteht, die Verarbeitung zu leiten, die Personen mit bindungsbezogenen Informationen vornehmen (zum Beispiel: Wahrnehmung, Kodierung, Abruf von Informationen). Laut Bindungstheoretikern werden Personen, die unterschiedliche Beziehungsqualitäten zum Elternteil haben, Repräsentationsmodelle besitzen,

die sie dazu bringen, Informationen unterschiedlich zu verarbeiten.

Bowlby beschrieb drei Stile der Informationsverarbeitung, die den von Ainsworth definierten Konfigurationen ähnlich sind:

- 1) sicher gebundene Individuen nehmen Informationen, die für die Bindung wichtig sind, leicht wahr und haben die Fähigkeit, kognitive und emotionale Informationen während der Verarbeitung zusammenzufügen.
- 2) abwehrende Individuen schließen viele bindungsrelevante Informationen aus der Wahrnehmung aus, haben kaum Zugriff auf Erinnerungen an Bindungserfahrungen und vernachlässigen Informationen, die sich auf den emotionalen Zustand beziehen.
- 3) ängstliche Personen hingegen nehmen einen Großteil der mit der Bindung verbundenen Informationen wahr, haben die Möglichkeit, direkt auf diese zuzugreifen, und rufen den damit verbundenen emotionalen Ton perfekt ab. In Bindungsbeziehungen sind verschiedene Modelle vorhanden, und jedes ist mit einem bestimmten

Gedächtnissystem verbunden. Bowlby behauptet, dass es vier Arten von Gedächtnissystemen gibt: 1) Das semantische Gedächtnis liefert verallgemeinerte und verbalisierte kognitive Vorhersagen, insbesondere solche, die grundlegend sind, um Sicherheit zu gewährleisten. „Es neigt dazu, die Sichtweisen anderer widerzuspiegeln, normalerweise die der Eltern (Bowlby, Attachment and loss, Bd. 3, 1980).

Das semantische Gedächtnis bildet sich am Ende des zweiten Lebensjahres und wird genutzt, um Antworten auf neue Probleme zu finden, die mit neuen Verfahren gelöst werden können.

2) Das episodische Gedächtnis entwickelt sich, anders als das semantische, später und besteht aus mentalen Wiederholungen, die Erinnerungen genannt werden. „Wie das semantische Gedächtnis ist auch das frühe episodische Gedächtnis eine gemeinsame

Konstruktion mit wichtigen Erwachsenen, die den Kindern durch ihre Fragen mitteilen, was es wert ist, sich daran zu erinnern, was trivial ist und woran man sich nicht erinnern sollte oder worüber man nicht sprechen sollte“ (Pipe und Goodman, 1991; Firsich und Hammond, 1990; Hudson, 1990).

3) Eine dritte Art von Gedächtnis ist das prozedurale Gedächtnis: die darin enthaltenen internen Repräsentationsmodelle entwickeln sich in der sensomotorischen Phase und haben die Funktion, Informationen zu kodieren und abzurufen. Diese Art von Gedächtnis leitet das Verhalten unter normalen Bedingungen, das heißt die meiste Zeit in den meisten menschlichen Leben.

4) „Das Gedächtnis für Bilder ist eine Ausarbeitung der Affektivität. Es besteht aus sensorischen Informationen, die mit unkonditionierten, das heißt angeborenen Reizen assoziiert wurden“ (Leventhal 1984).

Es entwickelt sich in der frühen Kindheit und bildet die Grundlage, um Reize, die angeborene affektive Zustände hervorrufen, zu transformieren und zu erweitern.

Die Bilder haben die Funktion, das Erkennen schädlicher Situationen oder für die sexuelle Aktivität geeigneter Bedingungen zu erleichtern.

2.2 DIE BEWERTUNG DER MUTTERKIND-BEZIEHUNG

Crittenden, die sich mit Risikobeziehungen befasste, stellte fest, dass misshandelnde Mütter weniger sensibel sind als angemessene Mütter und dass vernachlässigende Mütter gegenüber ihren Kindern unsensibel sind; tatsächlich sind letztere den Kindern gegenüber feindselig, während vernachlässigende Mütter nicht reaktionsfähig sind.

In der Beziehung zu ihren Kindern kann die Mutter bestimmte Rollen übernehmen, und jede davon unterscheidet sich von den anderen und beinhaltet unterschiedliche Mutter-Kind-Verhaltensfunktionen; die Mutter als Pflegekraft, die Mutter als interagierendes Subjekt und die Mutter als

Bindungsfigur (P. M. Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, zit. S. 34).

1) Die Mehrheit der Mütter ist für die Befriedigung der Bedürfnisse des Kindes verantwortlich, auch wenn Frauen, die aufgrund von Vernachlässigung Mängel leiden, verzerrte Beziehungen zu ihren Nachkommen haben.

Crittenden und Kollegen behaupten, dass es verschiedene Arten der Vernachlässigung gibt, die unterschiedliche Folgen für die Entwicklung des Kindes haben können.

Misshandelnde Mütter bieten dem Kind die notwendige Pflege, jedoch mit übermäßiger Wut und Feindseligkeit; in einer misshandelnden und vernachlässigenden Beziehung bietet die Mutter nicht die notwendige Pflege. Was die Beziehungen zu misshandelten Kindern betrifft, ist die Planung für die Bedürfnisse des Kindes abwesend, was zu kurzen und häufigen Krisen führt, in denen die Frau Formen von Missbrauch und Vernachlässigung manifestiert. Angemessene Mütter, das heißt solche, die nicht misshandeln, sind normalerweise reaktionsfähig und aufmerksam bei der Pflege der Nachkommen; in

diesem Fall wissen die Kinder, dass ihre Bedürfnisse befriedigt werden. Im Gegensatz dazu wissen Kinder, die geringfügig misshandelt wurden, aufgrund der Inkonsistenz ihrer Mutter nicht, was sie erwartet; misshandelte oder vernachlässigte Kinder erwarten Pflege unzureichend.

2) Mütter müssen, zusätzlich zur Rolle als Pflegekraft, mit ihren Kindern interagieren; diese Erfahrung beeinflusst die kognitive, sprachliche und soziale Entwicklung des Kindes.

Einige Forscher haben die Interaktion zwischen misshandelnden Müttern und ihren Kindern untersucht, wobei sie sich auf die Identifizierung von Verhaltensunterschieden zwischen misshandelnden und angemessenen Dyaden konzentrierten.

Das für die Bewertung der Beziehungen verwendete Instrument ist der CARE-INDEX (Crittenden, 1981): Er verwendet drei Minuten aufgezeichneter Spielinteraktion auf Videoband, die notwendig sind, um die Interaktionskonfigurationen von Müttern und Kindern zu kategorisieren, und liefert Beispiele für Verhalten.

Einige Erwachsenenencodes haben die Funktion, die Sensibilität der Mutter für die Signale des Kindes in

einer Situation mit geringem Stress zu bewerten; es werden drei Arten von Erwachsenenencodes unterschieden: kontrollierend, nicht reaktionsfähig, sensibel.

Die kontrollierende Konfiguration identifiziert feindselige Einstellungen (zum Beispiel: das Kind beleidigen); die nicht reaktionsfähige Konfiguration besteht aus Elementen, die Formen von mimischer, stimmlicher und körperlicher Distanz beschreiben.

Die sensible Konfiguration umfasst Elemente, die mit der Anpassung seitens der Mutter und dem Verhalten des Kindes verbunden sind (zum Beispiel: der rhythmische Tonfall, der an das Alter und die Stimmung des Kindes angepasst ist); schließlich gibt es die unangepasste Konfiguration, die eine Verschmelzung von Elementen enthält, die aus mindestens zwei der anderen Konfigurationen abgeleitet sind.

Durch die Kindercodes werden Konfigurationen schwierigen, passiven und kooperativen kindlichen Verhaltens identifiziert: In der ersten Konfiguration sind Elemente vorhanden, die Formen des Widerstands gegen das Verhalten der Mutter

beschreiben (zum Beispiel: weinen); in der zweiten Konfiguration sind Verhaltensweisen enthalten, die darauf ausgelegt sind, den Kontakt mit der Mutter zu reduzieren; die kooperative Konfiguration identifiziert Verhaltensweisen, die mit dem Ausdruck von Freude verbunden sind.

Crittenden hat festgestellt, dass nach Forschungen an einer Gruppe von Müttern mit niedrigem Einkommen und Kindern im Alter zwischen einem und vierundzwanzig Monaten die kontrollierende Interaktionskonfiguration mit missbrauchenden Müttern verbunden ist, die nicht reaktionsfähige mit vernachlässigenden Müttern, die unangepasste Konfiguration mit geringfügig misshandelnden Frauen und die sensible mit angemessenen Müttern.

2.3 DIE BINDUNGEN ZWISCHEN DEN FAMILIENMITGLIEDERN

Jedes Individuum kann verschiedene Bindungsbeziehungen aufbauen, zum Beispiel mit den Eltern, dem Ehepartner oder einem Erwachsenen außerhalb der Familie.

Einige Forschungen haben ergeben, dass die Qualität früher Bindungen mit der Art und Weise zusammenhängt, wie Menschen auf andere Individuen zugehen, einschließlich der Bindungsfiguren.

Die Wahl der Partner wird sowohl von den in der Vergangenheit gelernten Erwartungen und Einstellungen als auch von der Wahrnehmung und Organisation von Informationen über Beziehungen beeinflusst.

Eine Beziehung kann vorzeitig unterbrochen werden, wenn eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen

und dem Verhalten verschiedener Personen auftritt;
die
Beziehung kann sich bilden, wenn Erwartungen und
Verhalten übereinstimmen; wenn diese Faktoren
jedoch ähnlich, aber nicht identisch sind, kann die
Beziehung zwar entstehen, erfordert aber Korrekturen
in den Erwartungen, in den
Verhaltenskonfigurationen und in den internen
Repräsentationsmodellen.

2.4 BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DEN BINDUNGSQUALITÄTEN DER ELTERN

Paarbeziehungen, die Kinder hervorbringen, basieren auf drei voneinander abhängigen Verhaltenssystemen, die eine grundlegende Rolle für die Fortführung des Lebens spielen: das eheliche Bindungssystem, das elterliche Fürsorgesystem und das sexuelle System; sie spielen eine grundlegende Rolle für die Fortführung des Lebens.

Es wird angenommen, dass die drei Komponenten der Paarbeziehung sowohl auf verhaltensmäßiger als auch auf repräsentativer Ebene wirken; es wurde nachgewiesen, dass eine davon, nämlich das elterliche Fürsorgesystem, eine Organisationsqualität aufweist, die der Qualität der Bindung ähnelt.

Paare wählen sich auf der Grundlage einer Übereinstimmung zwischen ihren Verhaltenskonfigurationen, kognitiven Informationen und der Reorganisation des emotionalen Zustands

aus: sicher gebundene Personen, die offen Gefühle und Gedanken ausdrücken, werden sich wohlfühlen
Umgang mit Individuen, die analoge Verhaltensweisen anwenden.

Es kann vorkommen, dass sich Individuen mit sicheren Bindungen bei misstrauischen Personen unwohl fühlen und ihre Gefühle unterdrücken.

2.5 BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DER QUALITÄT DER BINDUNG VON ERWACHSENEN UND KINDERN

„Es wird die Hypothese aufgestellt, dass der transgenerationale Prozess in drei Stadien abläuft: die Bindung der Eltern in der Kindheit (erstes Stadium) beeinflusst die

Entwicklung des Verhaltens bei der Kinderbetreuung (zweites Stadium), was den Haupteinflussfaktor auf die Qualität der Bindung des Kindes an den Elternteil darstellt (drittes Stadium)“ (Ainsworth, 1985; Bretherton et al., 1989; Bowlby, 1973; Grossman, Fremmer-Bombik, Rudolph und Grossman, 1988; Main und Goldwyn, 1990; Ricks, 1985)“.

In jedem Stadium besteht die Funktion der internen Repräsentationsmodelle darin, die Wahrnehmung, kognitive Informationen und Gefühle zu organisieren. Crittenden hat argumentiert, dass Metamodelle existieren können, deren Funktion darin besteht, Informationen zwischen Gedächtnissystemen und Beziehungen zu erweitern.

In jedem Gedächtnissystem ist es grundlegend, die Modelle zur Erfassung des Verhaltens und die Beziehungen der Modelle eines Individuums zu denen einer anderen Person zu analysieren. George, Kaplan und Main sind der Ansicht, dass der am

weitesten verbreiteter Ansatz zur Bindungsqualität im Erwachsenenalter darin besteht, Individuen eine einzelne Qualität auf der Grundlage einer Kodierung zuzuschreiben, der Erklärungen der episodischen und semantischen Modelle der Person über die ersten Bindungsbeziehungen.

FRÜHE KINDHEIT

Die am häufigsten verwendete Methode zur Bewertung der Bindungsqualität und der Strange Situation in der frühen Kindheit sind die untersuchten Verhaltenskonfigurationen, die die Art der internen Repräsentationsmodelle des Bindungsverhaltens bei Kindern darstellen.

Was das Vorschulalter betrifft, so wurden Verfahren (die sich in Bezug auf Ziele, Mittel und Validierung unterscheiden) entwickelt, die die Strange Situation verwenden.

Crittenden und Kollegen entwickelten einen ersten Ansatz, der darauf abzielte, die Kodierungsverfahren der Strange Situation für Kleinkinder anzupassen, damit sich die spezifischen

Verhaltensweisen dieser älteren
Kinder widerspiegeln.

Der zweite Ansatz, der von Cassidy und Marvin entwickelt wurde, basiert auf der Hypothese der Kontinuität der Bindungsqualität und wird vom System von Ainsworth als gültig erachtet, wobei das Six-Year Reunion Procedure (Main und Cassidy) verwendet wird.

Dies ist eine Methode, die die Nachweise im Verhalten von Kleinkindern im Alter von drei bis sechs Jahren bewertet, dem Vorläufer der Bindungsqualität der frühen Kindheit.

Die dritte Prozedur ist das Preschool Assessment of Attachment (Crittenden 1994): in ihr haben die drei Bindungsqualitäten eine Variation erfahren und die Grundlagen der Klassifikationen sind verbreitet (P. M. Crittenden, 1994, Preschool Assessment of Attachment).

Diese wurden auf folgende Weise modifiziert:

- a) "sicher": offene und direkte Kommunikation, ausgehandelter und affektiver Austausch mit der Bindungsfigur;

- b) "defensiv": Hemmung der Kommunikation und der emotionalen Informationen durch die Verneinung der wahren Gefühle, unter Verwendung einer oder mehrerer verschiedener Verhaltenskonfigurationen, d.h. Vermeidung, elterliches Verhalten und Nachgiebigkeit;
- c) "koerzitiv": Kommunikation, die auf Macht basiert, teilweise Äußerung von Gefühlen und explizite Versuche, die Bindungsfiguren gewaltsam zu beeinflussen, mittels bedrohlicher Verhaltensweisen, zum Beispiel: Widerstand, Bestrafung und entwaffnendes Verhalten, wie Schüchternheit und Befangenheit, Unfähigkeit und Untröstlichkeit.

In die Klassifizierung wurden nicht nur die Verhaltenskonfigurationen aufgenommen, sondern auch die des ausgehandelten Verhaltens, die Regulierung emotionaler Zustände und mütterliches Verhalten.

Das Preschool Assessment of Attachment befasst sich insbesondere mit drei grundlegenden Aspekten der internen Repräsentationsmodelle, wie dem Verhalten

des Selbst, dem Verhalten der Bindungsfigur und der Reorganisation des emotionalen Begleitungszustands.

ERWACHSENENALTER

Main und Kollegen entwickelten ein Verfahren, das Adult Attachment Interview (AAI); dieses unterscheidet sich von der Strange Situation, da es auf verbalen Nachweisen der Kohärenz bei der Verarbeitung von Informationen im Zusammenhang mit der Bindung basiert.

Die drei "mental states in Bezug auf die Bindung", definiert dismissing, frei/autonom und besorgt, werden als ähnlich zu den A/B/C Bindungsqualitäten der Kinder in der frühen Kindheit betrachtet.

2.6 DIE ROLLE DES ELTERNTEILS IN GEWALTSITUATIONEN

Die Anwesenheit eines der beiden Elternteile stellt das wichtigste Element bei physischer Gewalt dar, da es eine schützende Funktion ausüben und angemessene Maßnahmen und Vorkehrungen treffen kann.

Ein Elternteil kann als „teilnehmender Zeuge“ oder als „beschützender Erwachsener“ auftreten (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, zit. S. 139). Unter bestimmten Umständen haben Eltern, die in einen Konflikt verwickelt sind, nicht die Möglichkeit, die Kinder zu trösten; in anderen Situationen bieten sie hingegen Trost oder werden oft selbst als Opfer wahrgenommen, wie die Kinder. Der Elternteil, der Gewalt erfährt, wird vom Kind nicht als Vorbild für eine positive Identifikation wahrgenommen, da er ein Bild von sich als machtloses Opfer vermittelt; dies stellt einen Faktor dar, der eine schwierige und pathogene familiäre Realität beeinträchtigt; tatsächlich sind in diesen Fällen die negativen Konsequenzen stärker schwerwiegend im Vergleich

zu anderen Formen der Misshandlung. Sexueller Missbrauch ist ein Element, das die psychische Gesundheit des Opfers beeinträchtigt; tatsächlich ist es unfähig, das Erlebte nach außen zu tragen, und dies ist auch mit der Unfähigkeit verbunden, sich zu erinnern, da die Erzählstruktur des Gedächtnisses plötzliche Unterbrechungen erfährt. Die Aufgabe der Bindungsfigur außerhalb der Familie besteht darin, die Auswirkungen der negativen Folgen der Misshandlung zu vermitteln, da sie dem Kind die Möglichkeit gibt, über seine eigenen Gefühle nachzudenken und das Erlebte offenzulegen.

2.7 FAKTOREN, DIE DIE ENTWICKLUNG DES KINDES SCHWERWIEGEND BEEINTRÄCHTIGEN KÖNNEN UND SCHUTZFAKTOREN

Die Entwicklung eines Kindes, das akuter oder chronischer Misshandlung ausgesetzt ist, kann aus entwicklungspsychologischer Sicht schwerwiegend

beeinträchtigt sein; es ist grundlegend, die schädlichen Faktoren für das Kind zu identifizieren, die psychologische und psychiatrische Störungen verursachen.

Kinder, die derselben Art von Gewalt und demselben Zeitraum ausgesetzt waren, könnten sich durch die Art der Beziehung, die sie mit ihren Eltern oder mit anderen Personen aufgebaut haben, erheblich unterscheiden.

In der Entwicklungspsychologie gibt es einen Faktor, der einen schützenden oder erschwerenden Wert für das Risiko haben kann und der durch „nicht geteilte Erfahrungen“ verursacht wird (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, 2000, S. 117).

Geteilte Erfahrungen werden von Kindern derselben Familie auf die gleiche Weise wahrgenommen (zum Beispiel Armut, Überbelegung, familiäre Trennungen); nicht geteilte Erfahrungen werden von jedem Kind innerhalb derselben Familie anders wahrgenommen.

Die Beziehungen, die jedes Kind mit den Eltern, Verwandten und Freunden aufbaut, haben eine unterschiedliche Besonderheit, deren Bedeutung aus evolutionärer Sicht den Effekt übertrifft, den die

Gesamtheit der Faktoren, die die Mitglieder einer Familie verbinden, haben kann.

Nicht geteilte Erfahrungen gelten als wirksamer bei der Entwicklung der Persönlichkeit als geteilte Erfahrungen.

Unter Umständen von elterlichem Konflikt kann eine gute Beziehung der Kinder zu einer Person außerhalb des familiären Kerns als grundlegender Schutzfaktor fungieren; im Gegenteil, dieselbe Beziehung zeigt keine positiven Effekte, wenn die Eltern eine gute Beziehung zueinander haben.

Es ist notwendig, auf einigen Variablen wie dem Entwicklungsstand des Kindes, den intellektuellen und emotionalen Funktionen, dem Geschlecht zu verweilen; diese Komponenten, zusammen oder getrennt betrachtet, können die Schwere der psychologischen Folgen erhöhen, die Entwicklung des Kindes schwerwiegend schwächen und verunstalten oder als Schutzfaktoren wirken, indem sie die Wirkung des Schadens begrenzen oder entgegenwirken.

Um den Ursprung der Misshandlung zu verstehen, ist es notwendig, vier interagierende ätiologische Faktoren zu bewerten:

„auf ontogenetischer Ebene die Merkmale des misshandelnden Elternteils;“

„a) auf der Ebene des Makrosystems die Merkmale des familiären Kontextes;“

„b) auf der Ebene des Exosystems die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren;“

„c“) auf der Ebene des Makrosystems die grundlegenden kulturellen Determinanten. (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, zit. S.

120).

Die Analyse auf ontogenetischer Ebene, also diejenige, die die Merkmale der Eltern untersucht, erweist sich als wichtiger und prädiktiver für den misshandelnden Ausgang.

Die Einstellungen und der Charakter der Eltern beeinflussen die familiäre Funktionsebene, die auf die psychologische Entwicklung und auf die Merkmale der Kinder einwirkt.

2.8 VARIABLEN, DIE FÜR DIE CHRONIZITÄT UND DIE SCHWERE DER GEWALT VERANTWORTLICH SIND

Die verschiedenen Formen elterlicher Unzulänglichkeit sind das Ergebnis einer „vorübergehenden“ familiären Krise, die sich vorübergehend auf die elterlichen Fähigkeiten auswirkt und beim Kind Unbehagen verursachen kann; all dies kann durch die Wiederherstellung der Entwicklung gelöst werden.

Hart, Brassard und Karlson unterstreichen in Bezug auf Misshandlung, dass die Abwesenheit von emotionaler Sensibilität eine größere negative Auswirkung auf kleine Kinder hat, die eine angemessene Pflege benötigen, um Urvertrauen aufzubauen.

Im ersten Lebensjahr hat die erwachsene Bezugsperson einen lebenswichtigen Zweck, da sie die Entwicklung der angeborenen Fähigkeiten des Neugeborenen unterstützen muss und Beziehungskontexte bilden muss, in denen das Erwartungssystem entstehen kann, damit die Fähigkeiten des Kindes hervortreten können. Es wurde festgestellt, dass Kinder, die in einer Familie leben mit niedrigem Einkommen tragen ein höheres Risiko, Gewalt zu erleiden, und oft ist die Mutter die Hauptverantwortliche für die Misshandlungen. Das als „NONORGANIC FAILURE TO THRIVE“ definierte Syndrom, das für schwere Wachstumsverzögerungen verantwortlich ist, die auch auf Unterernährung zurückzuführen sind, wird im medizinischen Bereich auch auf schwere Schwierigkeiten in den primären Beziehungen

zurückgeführt (P. M. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, zit. S. 120).

Erikson, Egeland und Pianta (1989) haben in einer Studie, die an Familien und Kindern mit psychosozialen Risiko durchgeführt und über einen langen Zeitraum kontrolliert wurde, mit der Absicht, die Vorgeschichte von Misshandlung und Vernachlässigung zu analysieren, hervorgehoben, dass Kinder, die in den ersten zwei Lebensjahren diese Formen elterlicher Unzulänglichkeit erfahren haben, auch danach dramatische psychologische Folgen und schwere Entwicklungsprobleme gezeigt haben. Sie haben nicht nur unsichere Bindungen zur Bindungsfigur verinnerlicht, sondern auch Reaktionsmuster, die durch unkontrollierbare Wut, Aggressivität, Unbeständigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten gekennzeichnet sind. Andere Kinder im Alter zwischen vier und sechs Jahren, die Misshandlungen ausgesetzt waren, wiesen die gleichen Probleme auf, jedoch nicht so dramatisch wie diejenigen, die diese Erfahrungen in den ersten zwei Jahren gemacht haben.

Grundlegende Risikofaktoren in den ersten zwei Jahren sind das Alter und die Beständigkeit der unangemessenen familiären Umgebung, da sie nicht nur unmittelbare negative Reaktionen, sondern auch dauerhaftere Ergebnisse im Laufe der Zeit erzeugen. Die Anpassung an dieselben Erfahrungen in späteren Jahren beseitigt die negativen Folgen nicht; diese sind jedoch weniger durchdringend, da die Phase der ersten sozialen und emotionalen Fähigkeiten nicht schwerwiegend geschädigt wurde.

Ein Schutzfaktor ist geeignet, die Reaktionen des Kindes zu mildern und zu verhindern, dass sich Konsequenzen negativ manifestieren; dies ist die Lösung des Konflikts zwischen den Eltern: mit dieser Lösung müssen die Eltern angemessenere Verhaltensweisen gegenüber den Kindern annehmen und die Beziehungen zur Familie wiederherstellen. Die Kinder zeigen negative Reaktionsmuster, die durch Leiden und Unsicherheit gekennzeichnet sind, welche durch die Häufigkeit und Intensität des Konflikts hervorgerufen werden.

Das Alter des Kindes und seine „Coping“-Fähigkeiten werden als Faktoren angesehen, die die Wirkung des Konflikts vermitteln; Crittenden ist der Ansicht, dass

sich die Coping-Strategien je nach kognitiver Entwicklung des Kindes und je nach seinen Erfahrungen ändern (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, zit. S. 128).

Das kleine Kind greift nicht in den Konflikt ein und beschränkt sich darauf, seine eigenen Emotionen mithilfe von Coping-Strategien auszudrücken, um den Elternteil zu trösten; im Vorschulalter hingegen hat das Kind eine aktivere Rolle im Konflikt und beschränkt sich nicht auf Unterstützungsmaßnahmen. Mit dem Fortbestehen der Konfliktsituation entstehen unterschiedliche Ergebnisse.

Die Mutter, die sich in einem Zustand des Unbehagens befindet und unterdrückte Wut hat, zeigt sich des häuslichen Lebens gegenüber desinteressiert und vernachlässigt ihre Nachkommen.

Wenn der Streit im Paar zunimmt, werden die Kinder miteinbezogen und werden zum Gegenstand von Misshandlung.

Da sie Gewalt erleiden, zeigen die in Konflikte verwickelten Kinder ein höheres Maß an Angst und haben eine immer negativere Wahrnehmung des Konflikts.

Ein weiteres wichtiges Element, neben der Chronizität, ist die Schwere der Erfahrung, die grundlegend ist, um die negativen psychologischen Folgen zu unterscheiden.

Ein einziges traumatisches Ereignis, wie zum Beispiel sexueller Missbrauch und Übergriffe, kann schwere traumatische Reaktionen hervorrufen.

Eine Episode wird als traumatisch angesehen, wenn es schädlich ist; nur die Hälfte der Kinder, die Gewalt von einem schützenden Elternteil erleiden, zeigt typische posttraumatische Reaktionen.

Wenn sexuelle Gewalt von einer emotional wichtigen Bezugsperson ausgeübt wird, zeigen sich die schwerwiegendsten Folgen: In diesen Fällen verändert das Kind seine physiologischen Funktionen und sozialen Einstellungen, da es eine chronisch perverse Beziehung erlebt.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Formen von Gewalt auf der Grundlage der zwei Variablen (Schweregrad und Chronizität) lassen sich unterschiedliche Situationen identifizieren: diejenige, die durch ein oder mehrere zeitlich begrenzte traumatische Ereignisse gekennzeichnet ist, und diejenige, bei der die Bedingungen im Laufe der Zeit

anhalten und zu schwerwiegenden negativen Folgen führen.

Einzelne traumatische Erlebnisse verursachen im Allgemeinen keine dauerhaften Auswirkungen; traumatische Episoden, die über einen längeren Zeitraum andauern, werden in die Lebenserfahrung des Kindes integriert, das kontinuierlich sexueller Gewalt ausgesetzt ist und Gefahren gegenübersteht; diese Ereignisse sind besonders einflussreich zwischen dem zweiten und siebten Lebensjahr, da in diesem

Zeitraum die Schaffung des Selbst, die Emotionsregulation und der Erwerb sozialer Kompetenzen stattfinden.

Bei der Bindung ist die frühe und positive Bindung ein schützendes Element auch in späteren Phasen, was den Einfluss negativer Erfahrungen begrenzt; im Gegenteil, die Erfahrungen des Kindes, die aus Vernachlässigung und Gewalt bestehen, riskieren, die Entwicklung in Richtung psychopathologischer Formen zu lenken.

Was die langfristigen Folgen betrifft, haben Taussing und Litrownik einen wichtigen Unterschied zwischen

destruktiven Verhaltensweisen im Zusammenhang mit körperlicher Misshandlung und solchen im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch vorgeschlagen.

Sie sind der Ansicht, dass in Fällen von sexuellem Missbrauch SELF-DIRECTED-Muster vorliegen (Prostitution, Drogen, autodestruktives Verhalten), während in Fällen von körperlicher Gewalt tauchen OTHER-DIRECTED-Muster auf (Aggressivität, Feindseligkeit).

2.9 DIE FORSCHUNG ÜBER MISSHANDELNDE FAMILIEN

Misshandlung ist ein Problem, das den Familienkern betrifft; nicht angezeigte Eltern erlauben Gewalt und begehen in einigen Fällen untereinander Missbrauch.

Es wurden sechs Arten von Misshandlung identifiziert: körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch, psychologische Misshandlung und marginale Misshandlung.

Eltern, die körperliche Gewalt ausüben, sind relativ jung, haben ein niedriges Bildungsniveau und eine überdurchschnittliche Anzahl von Kindern; sie haben

instabile Beziehungen und haben in den meisten Fällen als Kinder selbst Gewalt erfahren. In misshandelnden Familien werden die Kinder unsicher angegriffen und die Partner haben ängstliche Beziehungen untereinander und zu ihren eigenen Eltern.

Von Crittenden durchgeführte Studien sind der Ansicht, dass sich hinter scheinbar liebevollem Verhalten von misshandelnden Personen Aggressivität verbirgt: „Ein Weg, die Veränderungen im Verhalten zu verstehen, besteht darin, auf die Art der Repräsentationen zu schließen, die Individuen von sich selbst, von anderen und von Beziehungen haben“

(J. Bowlby, Bindung und Verlust, Bd. 3: Verlust der Mutter).

Es gibt drei Arten von Repräsentationen:

1) prozedural, basierend auf sensomotorischen Antwortkonfigurationen der Familie; 2) semantisch, basierend auf verbalem Wissen; 3) episodisch, basierend auf erinnerten Erfahrungen.

Crittenden hat nahegelegt, dass bei prozeduralem Verhalten die Familienmitglieder, die glauben, dass es eine begrenzte Menge an grundlegenden Ressourcen

gibt, wie Liebe, Aufmerksamkeit, Geld, und die auf der Basis von Macht verteilt werden; tatsächlich nimmt das Individuum sich selbst als mächtig in einer Beziehung wahr und nimmt ein aggressives Verhalten an, um die eigenen Ressourcen zu bewahren und die der anderen Person, zum Beispiel: eine misshandelnde Mutter könnte auf das Weinen des Kindes reagieren, weil sie denkt, dass das Kind versucht, die

Aufmerksamkeit auf sich selbst zu lenken.

In Situationen, in denen die Frau sich in einer „unterlegenen“ Position wahrnimmt, könnte sie herablassend werden, um ihre eigenen Ressourcen zu bewahren.

Wenn prozedurale Repräsentationen ineffektiv sind, übernimmt sie semantische Repräsentationen zur Problemlösung; diese leiten sich aus dem ab, was die Eltern und Lehrer sagen, und werden nicht zwangsläufig zu prozeduralen Repräsentationen; tatsächlich kann es passieren, dass prozedurale und semantische Repräsentationen voneinander getrennt sind, besonders wenn die vorherige Erfahrung eines Individuums beunruhigend. Das Verhalten von

Personen in Situationen emotionaler Aktivierung würde auf episodischen Repräsentationen basieren; die starken Emotionen (wie Schmerz, Scham), die mit Missbrauchserfahrungen verbunden sind, können mentale Barrieren bilden, die das Individuum daran hindern, die Erinnerung abzurufen; unter diesen

Umständen können unverständliche Verhaltensänderungen auftreten und das Subjekt ist nicht in der Lage, diese zu kontrollieren.

Es wurden zwei Arten von Anpassungskonfigurationen an den Missbrauch identifiziert: die erste beinhaltet Angst, Nachgiebigkeit, Hemmung.

In der Kindheit lernen Kinder, die Äußerungen negativer emotionaler Zustände zu hemmen, die die Eltern verärgern könnten; später werden sie fähig, falsch positive affektive Zustände vorzutäuschen und den irrationalen Forderungen der Eltern zuzustimmen.

Kinder maskieren ihre wahren Gefühle, erfüllen die Forderungen anderer.

Die zweite Konfiguration betrifft Kinder, die ein zwanghaftes Verhalten annehmen, um die Irruenz der

Eltern zu reduzieren; sie werden unkontrollierbar und in einigen Fällen kriminell.

Diese Individuen fokussieren ihre Aufmerksamkeit auf ihre eigene Wut und schüchtern andere ein, um ihren Zustand zu beruhigen (Crittenden 1994).

Das Ziel der beschriebenen

Anpassungskonfigurationen besteht darin, das Risiko von Gewalt durch die Eltern zu begrenzen.

Die Untersuchung vernachlässigender Familien wurde im Gegensatz zum Kindesmissbrauch von einer geringeren Anzahl von Forschern behandelt; zu den offensichtlichsten Merkmalen dieser Familien gehört, dass alle Mitglieder vernachlässigt werden; dieser Aspekt ist mit dem Phänomen der Armut verbunden, da sie für notwendige Bedürfnisse tatsächlich von öffentlicher Unterstützung abhängen.

In diesen Familien spielt der Vater eine vorübergehende Rolle, es gibt kaum Interaktion zwischen den Mitgliedern, oft ersetzen die Großmütter mütterlicherseits die Mutter, und die freundschaftlichen Beziehungen sind in ihrer Anzahl und Intensität begrenzt.

Die Kinder werden, da sie vernachlässigt werden, lustlos, apathisch und unaufmerksam. Es gibt viele Familien, die unter dem Stress von Krisen wie Scheidung oder Arbeitslosigkeit ihre Kinder für vorübergehende Zeiträume psychologisch misshandeln.

Familien mit marginaler Misshandlung sind durch ein niedriges Bildungsniveau und geringes Einkommen gekennzeichnet und sind nicht in der Lage, Probleme zu bewältigen.

DRITTES KAPITEL

DIE STÖRUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT SUBSTANZKONSUM

3.1 DIE TOXIKOPHILIE

Die belohnenden Folgen erster Ebene beinhalten befriedigende Erfahrungen wie Heiterkeit, Erregung, Enthemmung, senso-perzeptive Wirksamkeit oder verschiedene Veränderungen der normalen Bewusstseins- und Stimmungszustände. Die mentalen und physischen Zustände unterschiedlicher Intensität sind in der Lage, Ergebnisse zweiter Ebene zu erzeugen, die aus kognitiver Sicht ausgearbeiteter sind, wie:

- a) die Distanzierung von zermürenden, angstausslösenden und schmerzhaften Umständen;
- b) die Suche nach starken, interessanten und aufregenden Empfindungen;
- c) empathische Äußerung von Emotionen;
- d) Validierung und Verbesserung einer eventuellen

Identität;

- e) Umsetzung einer gnostischen oder mystischen Transzendenz oder eine Vertiefung der eigenen unbewussten Merkmale.

Der Drogenkonsum impliziert andere bemerkenswerte Aspekte, die zu den vorhersehbaren Ursachen gehören, anstatt zu den verfolgten Zielen. Was die vorhersehbaren Ursachen betrifft, so ist es notwendig, sich an folgende zu erinnern:

- a) einige biologische Merkmale, die genetisch beeinflusst sind, wie metabolische, neurochemische und temperamentsbedingte;
- b) Verhaltensmuster, die durch Umwelteinflüsse verursacht werden;
- c) psychopathologische Beschwerden;
- d) psychologische Prozesse, die Toleranz und Abhängigkeit erzeugen.

Auch biologische Variablen, die einen genetischen Einfluss erfahren haben, um einer eventuellen Gefahr einer Toxikomanie zu entgehen, müssen den rückwirkenden und verstärkenden Effekt der Toxikophilie nutzen.

Einige Personen mit spezifischen metabolischen Qualitäten können starke Dosen von

Betäubungsmitteln konsumieren, ohne Nebenwirkungen zu haben, wobei sie belohnende und normalisierende Reaktionen feststellen. Das Phänomen der „normalisierenden Wirkung“ von Alkohol auf das autonome Nervensystem verwandelt sich bei einigen Personen in eine Erfahrung, die durch die Konsolidierung kognitiver Leistungen (Steigerung des Gedächtnisses und der senso-perzeptiven Wirksamkeit) und durch eine Neigung, körperlichen und emotionalen Stress zu bewältigen, gekennzeichnet ist.

Das erhöhte Gefühl der individuellen Selbstwirksamkeit reduziert das Gefühl der Hilflosigkeit und somit die angstausslösende Bedeutung von Ereignissen.

Die Lösung der Gefühle von persönlichem und sozialem Mangel, dank der positiven psychophysiologischen Ergebnisse, die durch Alkohol erleichtert werden, ermöglicht es dem vorhersehbaren Alkoholiker, eine Beziehung zum Stoff „stabil“ zu machen und auch in Situationen, in denen die Einnahme von Alkohol die Erfahrung von sich selbst verbessern könnte, zu vermeiden, dass die Umstände

durch Entzugssymptome verursacht werden. Der Begriff Drogenabhängigkeit bezieht sich auf das unkontrollierbare und zwanghafte Bedürfnis nach einer Droge, das grundlegend ist, um eine physiologische Stabilität zu wahren und Entzugssymptome zu vermeiden.

Die Toxikophilie ist ein herausragender Bestandteil der Welt des Verlangens und der Freude, die durch Bedeutungen, Werte und Gedanken repräsentiert werden; die Drogenabhängigkeit entsteht aus spezifischen Bedürfnissen aufgrund eines Zustands der Notwendigkeit.

Zum Beispiel schaffen Marihuana, Kokain und Amphetamine Erfahrungen, die durch eine intensive Toxikophilie repräsentiert werden.

Die pharmakologische Belohnung, die Marihuana bietet, ist mit dem Wunsch verbunden, wichtige Zeitspannen symbolisch und affektiv zu erleben; die Befriedigung und Intensivierung, die durch Kokain hervorgerufen werden, verändern sich mit dem Missbrauch zur Abhängigkeit.

Die Vorstellung, dass wir diejenigen erschaffen können, die Substanzen konsumieren (wenn wir sie als Protagonisten einer Geschichte der Toxikophilie

betrachten), ist die von bewussten Individuen, die von den Wirkungen der Substanzen angezogen werden, die sie konsumieren, und fähig sind, die Einstellungen zu organisieren und die Wirkungen zu lenken. Ein Beweis für eine organisierte Strategie unter kognitiven Aspekten sind die „versuchten Lösungen“ des Alkoholikers, die auch anderen Süchtigen eigen sind.

Es handelt sich um eine Form der Selbsttäuschung, bei der der Alkoholiker einerseits vorschlägt, nicht zu trinken, indem er auch auf verschiedene Mittel zurückgreift, andererseits aber am Ende das Verlangen nach Übertretung steigert.

Die selbst auferlegten Verbote und die versuchten Lösungen werden die Übertretung verursachen. Ergebnis, das Vergnügen der unvermeidlichen Rückfälle zu steigern.

Die sogenannten „positiven Illusionen“ (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza, zit. S. 9) sind Denkmethode mit dem Ziel, das Selbstwertgefühl und das Gefühl der persönlichen Selbstwirksamkeit zu stützen. Die Idee einer eventuellen Überprüfung der Ereignisse.

Positive Illusionen wirken, anders als Abwehrmechanismen, als kognitive Systeme, die produktiv und vorausschauend agieren, indem sie auf zuversichtliche und optimistische Prognosen hinlenken.

Ein Verhalten, das auf der unverzichtbaren Überzeugung aufbaut, in einer sicheren und vorhersehbaren Welt zu leben.

„Die Vorhersage der Zukunft impliziert für die Mehrheit der Menschen das, was sie sich wünschen, dass es geschieht, und nicht das, was objektiv wahrscheinlich ist, dass es geschieht“ (Taylor, 1989).

Die Vorhersage der Risiken kann von den Toxikophilen durch das System der vertrauensvollen Erwartung und den Trugschluss der Kontrolle unterschätzt werden, was sie dazu führt, nach Bestätigungen für ihre wichtige Rolle zu suchen. Das Ergebnis ist eine emotionale Erwartung, die in der Lage ist, das Verlangen zu steigern und auch dazu führt, einen signifikanten Denkfehler zu akzeptieren, der durch den Satz „das, was mir gut tut, wird mir nicht schaden“ dargestellt werden kann. Das Risiko wird verharmlost und als Anreiz zum Handeln genutzt.

Die durch Drogen vorgeschlagene Belohnung ist kein automatischer Mechanismus, der von einem Reiz und einer Reaktion kontrolliert wird, und auch keine kodierte mentale Repräsentation, sondern ein verhandelbares Feld in einem sehr weiten Bereich. Ein Teil der Belohnung, nach der der Mensch sich sehnt, findet sich auch in den Vorhersagen und Erwartungen wieder, die durch Gespräche und von anderen geteilten Repräsentationen geliefert werden. Dies ermöglicht es dem Toxikophilen, sich als Teil einer Geschichte des Zusammenlebens und der Vorherrschaft, als Protagonist eines mystisch angehauchten Erlebnisses oder einer vertrauensvollen Distanz zu einer einladenden Sozialität zu fühlen, alles in der Repräsentation einer Realität, die als authentischer und wahrer wahrgenommen wird. Die effektive Erfahrung ist die Konsequenz der emotionalen Bilder, die von Menschen wiedererlebt werden, um ihren Geisteszustand zu erzeugen, und um das glaubhaft zu machen, wozu sie bereit sind zu glauben.

Betäubungsmittel sind kein Selbstzweck, sondern ein Mittel, um immer aufwendigere und umfassendere grafische Illusionen von gewünschten und gewollten Erfahrungen zu erhalten, die schwer zu erreichen sind.

Die Toxikophilie ist das Ergebnis der Fähigkeit, die Individuen durch Drogen erlernen, ihre eigenen Geisteszustände zu verändern (zum Beispiel durch die Auswahl der richtigen Substanz in Bezug auf die psychopharmakologischen Ergebnisse). Einige Drogen ermöglichen es, neue und angemessene Wahrscheinlichkeiten zur Kontrolle der eigenen körperlichen und mentalen Zustände zu erleben, wodurch das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der persönlichen Macht gesteigert wird.

3.2 PSYCHOBIOLOGISCHE BELOHNUNG

Die Pharmakologie einer psychostimulierenden Substanz kann aus verschiedenen Perspektiven bewertet werden:

- 1) Pharmakokinetik, d. h. durch die Mechanismen ihrer Aufnahme in den Organismus, wie die Art der Einnahme, die Verteilung, der Stoffwechsel und die Ausscheidung.
- 2) Pharmakodynamik, verstanden als Interaktion zwischen dem psychoaktiven Prinzip, dem System der betroffenen Rezeptoren, den spezifischen Neurotransmittern.
- 3) Psychobiologie, was den Belohnungs- und Verstärkungsmechanismus betrifft.

Ein grundlegendes Element der psychobiologischen Belohnung ist eine Freude, die mit bestimmten Verhaltensweisen verbunden ist, wie denen, die mit der Fortpflanzung und dem Überleben verbunden sind. Menschen sind in der Lage, die Wirkungen psychoaktiver Substanzen zu nutzen, um den Prozess zu starten, der die Belohnungs-Neuronenkreisläufe aktiviert; Kokain ist zum Beispiel die Substanz, die mit ihrer intensiven katecholaminergen Wirkung die Belohnungskreisläufe aktiviert.

„Der biochemische Mechanismus, der das Gefühl von Vergnügen/Wohlbefinden auslöst, ist folgender: einige

Neurotransmitter wirken auf die BelohnungsGehirnschaltkreise, wo sie hochkonzentriert sind, und spezifische Rezeptoren, die im Hirnstamm und insbesondere in den limbischen Zentren des Dienzephalons vorhanden sind“.

Die Konzentration von Neurotransmittern in den verschiedenen Bereichen des zentralen Nervensystems entspricht innerhalb gewisser Grenzen derjenigen ihrer jeweiligen Rezeptoren (A. Salvini, I.

Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, zit. S. 13).

Die Rezeptoren für Opioide befinden sich im Hirnstamm und im Rückenmark, wo sie die Intensität des Schmerzreizes begrenzen, während die höchsten Mengen im limbischen System und insbesondere in der Amygdala liegen, wo Opioide keine schmerzlindernden Eigenschaften besitzen, sondern Wohlfühlreaktionen stimulieren.

Sie erzeugen auch ein Erlebnis von Euphorie und Vergnügen, da sie auch die Belohnungskreisläufe dopaminerger Art stimulieren.

Eine Droge kann ein psychophysiologisches Wohlbefinden erzeugen, das nicht in Bezug zu einer angemessenen Funktion der physiologischen Abläufe steht; in dieser Situation wird die Vergiftung durch das Gefühl des Wohlbefindens verborgen, tatsächlich maskieren Amphetamine, Kokain oder Nikotin die Schäden, die sie dem Organismus zufügen. Die spezifischen Wirkungen einer Droge erzeugen eine psychophysiologische Reaktion, die mit einigen Arten von Verhalten kompatibel ist; sie können die Stimmung, den Wachheitsgrad, die physiologische Aktivierung und die Verarbeitung von sensorischen Informationen beeinflussen.

3.3 DIE VIELFALT DER TOXIKOPHILIE

Der Grad der Toxikophilie bestimmt den Gebrauch und den Missbrauch einer Droge, da die Wirkung der pharmakologischen Belohnung mit der somatopsychischen Erfahrung interagiert, die durch persönliche und kulturelle Bedeutungen bestimmt wird, welche eine weitere Ebene der Befriedigung darstellen können. „Der symbolische und historisch veränderliche Wert, den die Droge besitzt, was ihr Faszination und Suggestivkraft verleiht, wird durch drei Konstrukte mit unterschiedlichem Grad an Überlappung oder Übereinstimmung vermittelt:

- a) transindividuell, wie Überzeugungen und Einstellungen sowie Stimmungen, die sozial mit der eigenen Bezugsgruppe geteilt werden;
- b) intersubjektiv, wie die Teilnahme an gemeinsamen Arten des Empfindens, die durch verschiedene Formen der Identifikation und das Teilen ähnlicher emotionaler Zustände gekennzeichnet sind;
- c) individuell, wie die Anerkennung einer Identität und eines Status, die mit dem symbolischen

Prestige der Substanz verbunden sind, die als Zugehörigkeitszeichen fungiert“ (A. Salvini, I.

Testoni,

A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e
Tossicodipendenze, zit. S. 16).

Die Umgebung und die Ziele, für die eine Droge verwendet wird, wirken sich auf die Toxikophilie aus. Das individuelle Verhalten gegenüber dem Konsum einer psychoaktiven Substanz kann die Inhalte der persönlichen Erfahrung beeinflussen; zum Beispiel führt die Behandlung von postoperativen Schmerzen mit Morphin meist nicht zu Toxikophilie. Die Wirkungen von Drogen auf das Nervensystem werden auch durch den Wert verstärkt, den sie in einem kulturellen Umfeld haben, das sie implizit gutheißt und begehrenswert macht.

3.4 HEROIN UND OPIOIDE

Mit dem Begriff Opiate werden gemeinhin alle natürlichen, halbsynthetischen und synthetischen Betäubungsmittel bezeichnet, die pharmakologische

Wirkungen aufweisen, die mit denen von Morphin vergleichbar sind.

Die Opioide umfassen natürliche Alkaloide des Opiums, zu denen Morphin, Codein, Papaverin usw. gehören, halbsynthetische Derivate von Morphin (zum

Beispiel Heroin) und einige vollständig synthetische Medikamente wie Methadon und Pethidin. Unter die natürlichen Opioide fallen auch endogene morphinähnliche Elemente, die sich im Gehirn befinden und als endogene Opioide bezeichnet werden (Endorphine, Enkephaline, Dynorphine). Die drei wichtigsten Familien der anerkannten „endogenen Opioide“ sind: Endorphine, Dynorphine und Enkephaline.

Diese Substanzen sind in Vesikeln lokalisiert, die sich in bestimmten neuronalen Populationen befinden, welche auch Acetylcholin enthalten, einen klassischen Neurotransmitter mit schneller Wirkung. Diesen Peptiden wurden Aktivitäten der Neurotransmission und der Modulation der Neurotransmission zugeschrieben. Einige Wissenschaftler haben behauptet, dass endogene Opioide grundlegende Faktoren bei der

Modulation zweier wichtiger neurophysiologischer Systeme darstellen würden: das Schmerzkontrollsystem und das MotivationsBelohnungssystem.

Endogene Peptide erfüllen zudem Rollen, die für die Kontrolle der Körpertemperatur, die Atmungsfunktion, die Diurese, die Nahrungsaufnahme, die sexuelle Aktivität und Gedächtnisprozesse verantwortlich sind. Sie interagieren auch mit dem endokrinen System und dem Immunsystem (P. Fadda, W. Fratta, I sistemi oppioidi endogeni, 1997).

Mit dem Begriff „Opioidsystem“ wird ein komplexes antinozizeptives System bezeichnet, das in die graue Substanz des Rückenmarks und des Gehirns unterteilt ist und durch die folgenden Faktoren gekennzeichnet ist: die Mediatoren Opioid-Neuropeptide (Endorphine, Enkephaline und Dynorphine), Unterpopulationen von Neuronen, die ähnliche Mediatoren und entsprechende Rezeptoren bilden.

Opioidrezeptoren sind im Gehirn nach bestimmten Systemen verteilt, weshalb verschiedene Strukturen eine höhere Dichte aufweisen als andere.

Der mittlere Teil des Thalamus ist ein weiteres Gebiet mit relevanten Rezeptorkonzentrationen; er ist eine Zone, die für die Übertragung von sensorischen Nachrichten im Zusammenhang mit intensiven, tiefen Schmerzen delegiert ist, also der Art von Schmerz, die durch Opioide gelindert wird.

Die größten Ansammlungen von Opioidrezeptoren befinden sich im limbischen System, zusammen mit subkortikalen Strukturen, die an der Reorganisation des emotionalen Verhaltens beteiligt sind. Es wurden drei verschiedene Kategorien von Opioidrezeptoren angegeben: My-Rezeptoren (die wiederum in My-1 und My-2 unterteilt sind), Kappa-Rezeptoren und Delta-Rezeptoren; diese Rezeptoren sind in verschiedenen Bereichen des Organismus verteilt und haben vielfältige Funktionen.

Die My-Rezeptoren befinden sich hauptsächlich auf Rückenmarksebene, mit einer höheren Dichte im medialen Thalamus und in einigen Bereichen des Hirnstamms.

Die Grundlage der wichtigsten Wirkungen von Morphin und morphinähnlichen Substanzen ist die Aktivierung von My-Rezeptoren: supraspinale Analgesie, Euphorie, Atemdepression, Miosis, körperliche Abhängigkeit.

Ein wichtiges Merkmal ist, dass der Subtyp My-1 die Analgesie und Euphoriereaktionen moduliert, während der Subtyp My-2 vor allem die Atemdepression moduliert.

Analgetika, die My-Rezeptoren stimulieren, erzeugen Euphorie und besitzen wichtige verstärkende Eigenschaften für das Verhalten; folglich verursachen sie eine pharmakologische Abhängigkeit. Die Aktivierung dieser Rezeptoren verursacht auch andere spezifische Nebenwirkungen, wie die Hemmung des Hustenreflexes, die Verlangsamung der Peristaltik und der Magen-Darm-Aktivität. Ein

Großteil der Kappa-Rezeptoren befindet sich in der Rückenmarkszone

(Hinterhorn des Rückenmarks); in geringeren Mengen befinden sie sich im Hirnstamm und in verschiedenen Strukturen supraspinal.

Diese würden Analgesie verursachen, indem sie die Übertragung der schmerzhaften Afferenzen im Bereich der spinalen Analgesie hemmen. Die Aktivierung dieser Rezeptoren erzeugt zudem weder Euphorie noch Verstärkung, sondern Sedierung, Miosis und Atemdepression, möglicherweise auch aufgrund einer Hemmung der My-Komponente. Delta-Rezeptoren könnten die Analgesie sowohl im Bereich des Rückenmarks als auch im Hirnstamm erhöhen und bei der Regulierung der Reaktionen des Belohnungssystems helfen.

Alle drei Rezeptoren sind lokalisiert, wenn auch in unterschiedlichen Mengen, in verschiedenen peripheren Organen, darunter die Hypophyse, die Nebennieren, die Bauchspeicheldrüse, die Lunge, das Herz und die Leber.

Endogene Opioide üben eine gemeinsame hemmende Wirkung auf verschiedene neuronale Schaltkreise aus, die unter der Kontrolle des Opioidsystems stehen.

„Der Hemmeffekt wird im Wesentlichen dadurch erreicht, dass die verschiedenen efferenten Nervenendigungen daran gehindert werden, Neurotransmitter in den extrazellulären Raum freizusetzen, klassische, wie Acetylcholin und

Noradrenalin, die die Grundlage ihrer Funktion bilden“ (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza, zit. S. 67). Der Interaktionseffekt exogener Opioide mit Rezeptoren ist unterschiedlich, da die Besetzung der Rezeptorenstelle durch eine Vielzahl resultierender Elemente qualitativ nicht vergleichbare Reaktionen untereinander hervorruft.

Exogene Opioide können in drei Hauptkategorien unterteilt werden:

- a) reine Agonisten (wenn sie die Aktivierung der Rezeptoren bewirken)
- b) reine Antagonisten (wenn sie eine Rezeptorhemmung bestimmen)
- c) Agonisten/Antagonisten mit gemischter Wirkung.

3.5 REINE AGONISTEN

Der Großteil der Opioide (die den meisten Fällen von Missbrauch und Abhängigkeit zugrunde liegen) gehört zur Gruppe der reinen Agonisten, da sie eine

Aktivierung der Rezeptorstellen des Opioidsystems bewirken können.

Dazu gehören zwei grundlegende Opioidalkaloide des Opiums: Morphin und Kodein sowie andere Opioide wie Heroin, Methadon, Pethidin, Hydromorphon, Propoxyphen, Levo-alpha-acetylmethadol und Fentanyl.

Wenn exogene Agonisten eingenommen werden, besetzen sie dieselben zellulären Opioidrezeptoren und aktivieren dieselbe Reihe wie endogene Opioide. Diese Substanzen beeinflussen die Freisetzung endogener Peptide in einem zweiphasigen Prozess: eine Phase der Stimulation bei niedrigen Dosen exogener Substanzen und eine Phase der Hemmung bei höheren Dosen.

Der Prototyp des reinen Agonisten ist Morphin, das oral, rektal und parenteral (intramuskulär oder intravenös) verabreicht werden kann.

Einige Opioide, darunter Morphin, können zudem direkt in den Spinalkanal verabreicht werden, um Wehen- und Geburtsschmerzen zu kontrollieren, postoperative Schmerzen zu behandeln und krebsbedingte Schmerzen im Endstadium zu lindern. Der reine Agonist schlechthin ist Morphin, vor allem

aufgrund seiner hohen Affinität zu My-Rezeptoren; es erzeugt Analgesie, Euphorie, Sedierung, Verringerung von Angst und Sorge, Atemdepression, Unterdrückung des Hustenreflexes und Miosis (Pupillenverengung). Ein reiner Agonist, der strukturell dem Morphin analog ist, aber als Analgetikum viel weniger wirksam ist, ist Kodein; es kann besser absorbiert werden, wenn es oral eingenommen wird, und wird zu einer nützlichen therapeutischen Hilfe bei Husten. Hydromorphon und Oxymorphon sind strukturell ähnlich wie Morphin, stimulieren My-Rezeptoren und sind wirksamer als Morphin.

Propoxyphen ist eine strukturell ähnliche Verbindung wie Methadon und ist als Analgetikum wirksamer als Kodein Acetylsalicylsäure und weniger stark als Morphin und wird nur oral verwendet.

Ein synthetisches Opioid mit einer anderen Struktur als Morphin ist Pethidin, das die gleichen Wirkungen liefert.

3.6 REINE ANTAGONISTEN

"Reine Antagonisten, Naloxon und Naltrexon, haben eine Affinität zu Opioidrezeptoren, aber nachdem sie gebunden sind, üben sie keine agonistische Wirkung aus, das heißt, sie bestimmen keine zelluläre Aktivierung.

In der Praxis ist die Bindung zwischen OpioidAntagonist und Rezeptor aus funktionaler Sicht stumm.

Aufgrund ihrer Eigenschaften sind Antagonisten in der Lage, die Wirkungen von Opioid-Agonisten vollständig zu neutralisieren, indem sie ihre Rezeptoren besetzen und die Agonisten von den Rezeptorstellen verdrängen und ersetzen“. (A. Salvini,

I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza, zit. S. 74)

Ein reiner Antagonist, der keine schmerzstillende

Wirkung hat und nicht zu Missbrauch führt, ist Naloxon; es kann sofort Entzugsserscheinungen hervorrufen, wenn es bei Personen mit Opioidabhängigkeit verabreicht wird; diese Substanz besitzt eine schwache oder gar keine Wirkung, wenn es bei Personen injiziert wird, die nicht von Opioiden abhängig sind.

Das erste reine Opioid-Antagonist-Präparat, das oral eingenommen werden kann, ist Naltrexon, das im Gegensatz zu Naloxon eine lange Wirkdauer hat, was eine tägliche Einzeldosis von etwa 40-80 mg essenziell macht.

Diese Substanz wird anschließend in Entgiftungsprogrammen von Opioiden eingesetzt, um ein Individuum in einer chronischen Therapie mit einem Antagonisten zu halten, um Rückfälle zu verhindern.

3.7 AGONISTEN/ANTAGONISTEN MIT GEMISCHTER WIRKUNG

"Opioide mit gemischter Wirkung besetzen die Rezeptoren und induzieren im Allgemeinen morphinähnliche oder nicht-morphinähnliche Wirkungen, je nach Dosierung und den spezifischen Rezeptor-Unterpopulationen, mit denen sie interagieren".

Die gemischte Wirkung hängt auch davon ab, dass diese Verbindungen als Partialagonisten wirken, das heißt, sie besetzen die Opioidrezeptoren, aktivieren sie aber relativ abgeschwächt im Vergleich zu den Reaktionen der Agonisten, und verhindern gleichzeitig teilweise die Möglichkeit, dass sich verschiedene

Agonisten oder reine Antagonisten an die Rezeptorstellen binden.

Zu dieser Gruppe von Substanzen gehören Dezocin, Pentazocin, Buprenorphin, Butorphanol und Nalbuphin; Buprenorphin ist besonders wichtig, da seine agonistisch wirkende Komponente auf die MyRezeptoren ausgeübt wird, welche seine Eigenschaften vermitteln, analgetisch.

3.8 DIE VERSCHIEDENEN ARTEN DER TOLERANZ

Toleranz kann als ein Zustand progressiv abnehmender Reaktionsfähigkeit auf ein Medikament bezeichnet werden.

Die Ursachen, die die Entwicklung einer Toleranz gegenüber Morphin und anderen Opioid-Agonisten

beeinflussen können, sind vielfältig: Neben dispositionellen Ursachen (die mit der physiologischen Reaktion des Subjekts verbunden sind), sind die eingenommene Dosis und die Häufigkeit der Verabreichung besonders relevant. Letztere Ursache ist grundlegend, da sie dazu führt, dass sich die Abhängigkeit umso leichter und schneller entwickelt, je kürzer die Intervalle zwischen den Einnahmen sind.

Es werden drei Arten von Toleranz unterschieden:

1) Metabolische Toleranz: Die Anwesenheit von Opioiden im Blut veranlasst die Leber, die Synthese der Leberenzyme zu erhöhen, die am Stoffwechsel dieser Substanzen beteiligt sind.

Aufgrund dieser Enzyminduktion wird das Medikament schneller metabolisiert und es werden größere Mengen an Opioiden benötigt, um die gleichen Konzentrationen im Blut aufrechtzuerhalten.

2) Toleranz durch zelluläre Anpassung: Dies ist die wichtigste Form der Toleranz gegenüber Opioiden und anderen Medikamenten, die Abhängigkeit verursachen.

Diese Form der Toleranz entwickelt sich, da die Neuronen im Gehirn, die Opioidrezeptoren

aufweisen, sich an die kontinuierliche Anwesenheit von Opioiden anpassen, indem sie die Anzahl der Rezeptoren verringern oder ihre Empfindlichkeit gegenüber dem Medikament reduzieren, weshalb eine höhere Konzentration von Opioiden im Blut erforderlich ist, um sie zu stimulieren. 3)

Kontingente oder situative Toleranz: Neueren Erkenntnissen zufolge spielt die kognitive Interpretation des Subjekts bei der Entwicklung der Toleranz eine Rolle.

Tatsächlich scheinen der Kontext und das Setting, in dem eine Substanz eingenommen wird, nicht nur die Art und Weise zu beeinflussen, wie ihre Wirkungen interpretiert werden, sondern auch die Struktur der Toleranz und der daraus resultierenden Abhängigkeit. Die Manifestation der Toleranz kann dazu führen, dass sehr hohe Dosen Heroin eingenommen werden, und eine Überdosis (d. h. eine Dosis, die die Toleranzkapazität des Subjekts überschreitet) stellt einen weit verbreiteten Vorfall dar und ist die häufigste Todesursache bei Drogenabhängigen. Eine Überdosis tritt am leichtesten bei Individuen auf, die

nach Phasen freiwilliger oder erzwungener Abstinenz wieder beginnen, die übliche Dosis der Droge zu konsumieren, wobei sie die mögliche Abnahme ihrer Toleranz gegenüber dieser Substanz außer Acht lassen.

3.9 DIE ABHÄNGIGKEIT

Abhängigkeit wurde definiert als ein Zustand psychischer oder physischer bzw. psychophysischer Abhängigkeit, der sich bei einem Individuum entwickelt, das gewohnheitsmäßig Betäubungsmittel konsumiert.

Der Begriff psychische Abhängigkeit betrifft die Unfähigkeit des Subjekts, emotional zu funktionieren,

ohne auf die Droge zurückzugreifen, und folglich die Notwendigkeit, sie einzunehmen, um angenehme Empfindungen zu erzielen und unangenehme zu vermeiden.

Körperliche Abhängigkeit hingegen zeigt sich, wenn eine Person, die das Medikament chronisch eingenommen hat, die Verwendung plötzlich unterbricht und dadurch schwere körperliche Entzugserscheinungen auslöst.

Körperliche Abhängigkeit geht in der Regel mit einer psychischen Abhängigkeit einher und wird immer von Toleranzerscheinungen begleitet. Der Zustand der durch Opioide verursachten körperlichen Abhängigkeit wird durch die Schwere der Entzugserscheinungen bestimmt, die wiederum direkt mit der Menge der zuletzt eingenommenen Dosis und der Häufigkeit der Einnahmen zusammenhängen.

Heroinmissbrauch führt zu einer offensichtlicheren und schnelleren Abhängigkeitsentwicklung im Vergleich zu Morphin, aufgrund seiner höheren Wirkungsstärke, höheren Toxizität und kürzeren Wirkungsdauer.

Körperliche Abhängigkeit entwickelt sich zudem bei der Hälfte der Kinder, die von Müttern geboren werden, die drogenabhängig sind, was bei ihnen ein schweres Entzugssyndrom hervorruft, das eine medizinische Behandlung erfordert.

DIE ENTZUGSKRISE

"Alle Opioide, die über eine gewisse agonistische Aktivität verfügen und in ausreichenden Dosen eingenommen werden, können eine Entzugskrise hervorrufen, wenn sie anschließend abrupt abgesetzt oder reduziert werden, oder auch bei der Verabreichung eines Opioids mit ausreichenden antagonistischen Eigenschaften, wie Naloxon oder Naltrexon."

Die intermittierende Verwendung von Opioiden, auch wenn sie von langer Dauer ist, geht mit weniger schweren Entzugskrisen einher.

Die Schwere der Krise ist proportional zur Menge des üblicherweise konsumierten Opioids und wird auch

durch andere Faktoren beeinflusst, darunter individuelle Eigenschaften des Abhängigen sowie die Eigenschaften des konsumierten Opioids, welche die Schwere und den Verlauf des Entzugs bestimmen. Kurzwirksame Opioide wie Heroin und Pethidin erzeugen schwerere Entzugskrisen von kürzerer Dauer im Vergleich zu solchen, die durch langwirksame Opioide wie Methadon und Buprenorphin verursacht werden.

Es gibt eine präzise Reihenfolge beim Auftreten der Anzeichen und Symptome, die spezifisch für die Entzugskrise sind: Die ersten Symptome, die sich manifestieren, sind Angstgefühle, gefolgt von Schmerzen, die oft im Rücken oder in den Beinen lokalisiert sind, gefolgt von dem dringenden Bedürfnis, sich eine neue Dosis der Substanz zu beschaffen, und von einem Verhalten, das auf die Suche nach derselben ausgerichtet ist.

Es folgen Stimmungsschwankungen, motorische Unruhe mit Unfähigkeit, stillzusitzen, Tränenfluss, Schwitzen, Gähnen, Schlaflosigkeit sowie eine anomale schmerzhaft empfindliche Haut, selbst bei einfachen Berührungen.

Schließlich treten Knochen- und Muskelschmerzen, Hitze- und Kältewallungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Bauchkrämpfe auf.

3.10 DIE ENTWICKLUNG DER BEZIEHUNG ZUR SUBSTANZ: DIE PHASEN DER TOXICODEPENDENZ VON OPIOIDE

Die Beziehung eines Individuums zur Droge entwickelt sich über verschiedene Phasen, in deren Verlauf es Entscheidungen trifft, die ihm nach und nach die Eigenschaften seiner Beziehung zur Substanz aufzeigen.

Auf jedem Weg kommen unterschiedliche persönliche, zwischenmenschliche und situative Faktoren ins Spiel, die in den verschiedenen Phasen, die ihn bilden, eine unterschiedliche Rolle spielen. Die ersten intravenösen Heroininjektionen können unangenehme Wirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Schwitzen) hervorrufen; bei nachfolgenden Verabreichungen tritt der „Flash“ auf, der als eine Hitzewelle beschrieben wird, die vom Körper zum

Kopf aufsteigt und Schwindel verursacht;
Drogenabhängige vergleichen dieses Gefühl mit
einem sexuellen Orgasmus, beziehen dieses
Empfinden jedoch auf den Bauch und nicht auf die
Genitalien, begleitet von einem intensiven
Wohlbefinden.

Der „Flash“ präsentiert sich als ein Zustand der
Schläfrigkeit, während dessen Träume auftreten
können, die Fantasien ähneln; bei Gewöhnung äußert
sich dies durch ein Gefühl von wiedererlangter
Energie und intellektueller Lebendigkeit. Beim
Individuum entsteht das Gefühl, die Situation genau
unter Kontrolle zu haben: Die Droge ist schön und es
ist unmöglich, mit ihrer Verwendung aufzuhören. Das
Individuum bemerkt jedoch allmählich, dass sich
etwas verändert: Es muss die Heroindosen erhöhen,
um die anfänglichen Empfindungen wieder erleben
zu können, bis es schließlich dazu kommt, sich
ausschließlich „fixen“ zu müssen, um
Entzugerscheinungen zu vermeiden.
Anfangs glaubt das Subjekt, die Substanz voll und
ganz unter Kontrolle zu haben, aber nach und nach
tritt das Gefühl ein, von ihr völlig beherrscht zu

werden und sich mit der Rolle des „Abhängigen“ identifizieren zu müssen, die es bis dahin abgelehnt hatte.

In diesem Stadium der Abhängigkeit beginnt das Subjekt in den meisten Fällen, unter Vernachlässigung jeglichen Interesses an der eigenen Person, von der Hygiene bis zur Ernährung. „Die Sorge, die Dosis zur Verfügung zu haben, wird zentral und vorrangig, geprägt von starker Angst, die das Subjekt dazu drängt, Dinge zu tun, von denen es vorher nie gedacht hätte, sie zu tun, um sich das Geld für den Kauf von Heroin zu beschaffen“ (A. Salvini,

I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza, zit. S. 83).

In diesem Stadium greift der Konsument im Allgemeinen nur mit manipulativen Absichten auf Behandlungsstrukturen zurück, um sein dringendes Bedürfnis zu befriedigen, Drogen zu konsumieren, und ist meist nicht wirklich motiviert, den Opioidkonsum einzustellen.

Die darauf folgende Phase ist von starker Ambivalenz geprägt, von einem Gefühl von Liebe und Hass gegenüber der Substanz; das Subjekt wird sich des

Preises bewusst, den es für Heroin zahlt, und stellt seine Beziehung dazu in Frage, aber es wird sich bewusst, dass es ohne sie nicht weitermachen kann, und würde gerne aufhören, schafft es aber nicht. Das Stadium der Ambivalenz ist das längste und qualvollste des Suchtverlaufs, da es aus vielfachen Versuchen zur Abstinenz und aufeinanderfolgenden Misserfolgen seitens des Subjekts besteht.

3.11 PATHOLOGIEEN IM ZUSAMMENHANG MIT OPIATKONSUM

Der akute und chronische Konsum von Opiaten steht im Zusammenhang mit einer unzureichenden Sekretion, die zu Trockenheit von Mund und Nase, einer Verringerung der Magen-Darm-Aktivität und Verstopfung führt.

Bei Personen, die Opiate intravenös konsumieren, sind in der Regel sklerotisierte Venen und Einstichspuren in den unteren Bereichen der oberen Gliedmaßen vorhanden.

Unter bestimmten Umständen sind die Venen einer derartigen pathologischen Sklerose unterworfen, dass sich periphere Ödeme entwickeln, und die Personen weisen kollaterale Venenkreisläufe an den Beinen, am Hals oder in der Leiste auf; wenn diese unbrauchbar werden, injizieren sich die Betroffenen die Substanzen oft direkt in das Unterhautgewebe, mit daraus folgenden Zellulitis, Abszessen und Narben. Die häufigsten Symptome bei einer Person, die gerade Heroin konsumiert hat, sind Schläfrigkeit,

zusammen mit Juckreiz, Rötung der Augen und vor allem Miosis.

Bei opioidabhängigen Personen treten häufig sexuelle Funktionsstörungen auf: Erektionsstörungen bei Männern, Störungen der Fortpflanzungsfunktion und Menstruationsunregelmäßigkeiten bei Frauen.

Personen, die Heroin oder andere Opiate schnupfen, verursachen oft eine Reizung der Nasenschleimhaut, in einigen Fällen verbunden mit einer Perforation der Nasenscheidewand.

Unter intravenös konsumierenden Personen ist der Einfluss von HIV/AIDS-Infektionen, Hepatitis B und Hepatitis C sehr hoch, was in erster Linie mit der verbreiteten Gewohnheit verbunden ist, Spritzen zu teilen.

Opioidabhängige sind einem Sterberisiko ausgesetzt, das etwa zwanzig- bis dreißigmal höher ist als das der übrigen Bevölkerung.

Der Tod folgt oft durch Überdosis, Unfälle, Verletzungen, verschiedenen Infektionen oder anderen allgemeinen medizinischen Komplikationen.

3.12 THERAPEUTISCHE INTERVENTION: DIE INTEGRIERTE MULTIMODALE BEHANDLUNG

In der Vergangenheit wurde angenommen, dass ein Opioidabhängiger immer und auf jeden Fall zu einem Zustand völliger pharmakologischer Unabhängigkeit geführt werden sollte; das einzige Ziel der Therapie bestand darin, die Einnahme jeglicher Art von Opioiden vollständig aus dem Leben des Subjekts zu eliminieren.

Die Zentralität der Interventionen hat sich schrittweise von der Kultur der Heilung um jeden Preis hin zur Schadensminimierung und der Wahrscheinlichkeit verschoben, auch jene Personen zu betreuen, die sich noch nicht entschieden haben, die Beziehung zur Substanz endgültig zu beenden. Es ist von grundlegender Bedeutung, einzugreifen, um die Risiken von Überdosierungen und Infektionen zu vermeiden und das Wiederauftreten von abweichendem Verhalten zu verringern, mit dem Ziel, den Gesundheitszustand des Subjekts und seine sozialen Beziehungen zu verbessern.

Die Möglichkeit, eine Vielzahl von Interventionen zur Verfügung zu stellen, erscheint auch angesichts der Notwendigkeit, das therapeutische Vorgehen an die spezifischen Bedürfnisse und Eigenschaften jedes Suchtkranken anzupassen, sehr stark.

Jedes Individuum muss zudem auf das Programm ausgerichtet werden, das für seine spezifischen Bedürfnisse als am besten geeignet erachtet wurde. Die Wahl der am besten geeigneten Behandlungsart muss die Realität und die spezifischen Bedürfnisse jeder Person, ihre effizienten und potenziellen Ressourcen, die Phase ihrer Beziehung zur Substanz, in der sie sich befindet, und vor allem ihre Veränderungsmotivation bewerten.

Es ist besonders wichtig, das Vorhandensein von möglichen psychiatrischen oder somatischen Begleiterkrankungen, die Tendenz zur Polysubstanzabhängigkeit, die grundlegende Funktionsweise des Subjekts und die therapeutischen Strukturen, die angewendet werden können, zu berücksichtigen.

Jedes therapeutische Projekt muss zudem eine komplexe Sequenz von miteinander integrierten

Interventionen vorsehen: von gesundheitlichen bis hin zu pharmakologischen, psychotherapeutischen und sozio-rehabilitativen Maßnahmen.

Die Analyse der Wirksamkeit von drei verschiedenen Behandlungsarten (Erhaltungstherapie mit Methadon, sozio-rehabilitative Strukturen und Verwendung von Naltrexon) hat eine diskrete Effizienz jeder Interventionsart aufgezeigt, aber keine ist für sich allein in der Lage, die anderen zu ersetzen. Die mittel/langfristige Wirksamkeit der Behandlung ist größer, wenn die therapeutische Option nur dann verwendet wird, wenn diese Interventionen integriert werden.

3.13 PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN

Ein relevanter Faktor im gesamten therapeutischen Projekt ist die pharmakologische Intervention, die

sich auf Störungen im Zusammenhang mit Opioidmissbrauch bezieht.

Diese Art der Behandlung erfordert jedoch eine massive Beteiligung von Optionen außerhalb der Pharmakologie (Psychotherapie, psychosoziale Rehabilitationsmaßnahmen), die umso wichtiger werden, je mehr sich die pharmakologische Behandlung in Richtung des Erreichens und Aufrechterhaltens eines opiatfreien Zustands, oder eines drogenfreien Zustands, bewegt. Die wichtigsten Arten von pharmakologischen Interventionen sind: Entgiftung, Erhaltungstherapie mit Substitutionssubstanzen und Vorbeugung von Rückfällen durch Antagonisten.

ENTGIFTUNG

Entgiftungsprogramme umfassen alle Verfahren, mit denen ein Suchtkranker dabei unterstützt wird, den Entzugszeitraum zu überwinden, der mit dem

plötzlichen Absetzen der Missbrauchssubstanz verbunden ist.

Sie unterscheiden sich durch ihre Dauer (kurz- oder langfristig) und durch den Ort, an dem sie durchgeführt werden (Krankenhaus-, ambulante oder teilstationäre Programme) sowie durch die angewandten pharmakologischen Strategien (E. Sacchetti, M. Clerici, *Incontro all'eroina*, Milano, 1996).

Die grundlegende Methode zur Entgiftung von Opioiden beinhaltet die Verwendung von Substanzen, die eine Kreuztoleranz mit dem Opioid aufweisen, von dem das Subjekt abhängig ist.

Methadon ist die am häufigsten für diesen Zweck verwendete Substanz; es ist oral verfügbar, hat wenige Nebenwirkungen und eine lange Wirkungsdauer, weshalb ein plötzliches Absetzen eher abgeschwächte Entzugserscheinungen hervorruft, auch wenn diese längere Dauer im Vergleich zu Heroin. Das Methadon-Entgiftungsmodell sieht zwei wesentliche Schritte vor:

Der erste betrifft die Identifizierung der

Methadondosis, die notwendig ist, um die durch das Absetzen von Heroin verursachte Entzugskrise wirksam zu antagonisieren.

Wenn die notwendige Dosis identifiziert wurde, kann diese schrittweise um einige mg pro Mal reduziert werden, mit von Programm zu Programm variablen Modellen.

Die Wirksamkeit der verschiedenen Entgiftungsprogramme ist vor allem mit zwei Faktoren verbunden:

- a) die Wahrscheinlichkeit, die für den Entzug typischen Schmerzen und Leiden zu verringern;
- b) die Fähigkeit, den Patienten angemessen auf die schwierigeren Interventionen vorzubereiten, die für die Entgiftung und die Rückfallprävention wirksam sind.

Die Entgiftung an sich stellt nämlich keine Immunität gegen Rückfälle in die Abhängigkeit sicher. Die Entgiftung mit Methadon und die anschließende Erhaltungstherapie mit Naltrexon wurden auch als wirksames Mittel zur Kontrolle der Entwicklung einer HIV-Infektion angesehen.

ERHALTUNGSTHERAPIEN MIT SUBSTITUTIONSSTOFFEN

Die Erhaltungstherapie mit Substitutionsstoffen bringt weniger Traumata mit sich, da sie keinen vollständigen Verzicht auf Opioidgebrauch beinhaltet, sondern den Ersatz der illegalen Substanz durch Methadon oder andere ähnliche Medikamente für einen mehr oder weniger langen Zeitraum. Vincent Dole und seine Frau Marie Nyswander experimentierten erstmals mit Methadon bei der Behandlung der Opioidabhängigkeit in den frühen sechziger Jahren, als Heroin die Haupttodesursache bei jungen Menschen zwischen 15 und 35 Jahren in New York City war.“

(Dole, Nyswander, 1965, 1967) (V. P. Dole, M. E. Nyswander, 1965, Medical treatment for diacety, Jama, 193).

Von diesem Moment an wurde die langfristige Verabreichung von Methadon zu einer der am besten untersuchten „Schadensminderungs“-Therapien, die zur Verfügung stehen, um Verhaltensweisen im

Zusammenhang mit der Opioidabhängigkeit zu verhindern.

Die Möglichkeit, Methadon oral zu verabreichen, schützt vor Infektionskrankheiten, die mit der Verwendung von Spritzen verbunden sind, und trägt dazu bei, die Gewohnheit zu deconditionieren, indem sie die Verbindung, auch psychologisch, zwischen Injektion, „Fix“ und den gewünschten Opioidwirkungen aufhebt.

Die Wirksamkeit der Erhaltungs-Methadon-Therapie wurde durch verschiedene Parameter bestimmt:

Rückgang des Heroin- und Spritzengebrauchs, Verringerung des Hepatitis- und AIDS-Risikos, Sterblichkeitsrückgang, sozio-berufliche Wiedereingliederung, Verbesserung des psychischen Zustands und Rückgang der Kriminalität.

In letzter Zeit wurde als mögliche Alternative zu Methadon LAAM empfohlen, ein anderes Opioidagonist-Mittel, dessen Hauptvorteil gegenüber Methadon eine lange Wirkungsdauer darstellt, was eine Verabreichungshäufigkeit von dreimal pro Woche anstelle von täglicher Einnahme ermöglicht. Der Hauptnachteil ist die eher lange Latenzzeit, die

erforderlich ist, um stabile Konzentrationsniveaus des Medikaments zu erreichen, weshalb die Behandlung in Anfangsphase sichert keine stabile Abdeckung. Dies kann beim Drogenabhängigen zu Vertrauen führen oder ihn dazu bringen, erneut Heroin zu konsumieren, mit dem daraus resultierenden Risiko einer Überdosis.

RÜCKFALLPRÄVENTION

Damit bereits entgiftete Personen vollständig von der Abhängigkeit befreit bleiben, werden Antagonisten mit langanhaltender Wirkung eingesetzt, die die Opioidrezeptoren für lange Zeit besetzen und sie somit funktionell inert und stumm machen. Der für diesen Zweck am häufigsten verwendeter Antagonist ist Naltrexon, das oral eingenommen wird und eine Wirkdauer von über 24-48 Stunden hat; es ist gut verträglich, wenig toxisch und erzeugt weder

Toleranz noch Entzugsserscheinungen, wenn es abgesetzt wird.

Es ist wichtig, vor Beginn der Verabreichung von Naltrexon zu überprüfen, ob das Subjekt wirklich entgiftet ist, da es sonst zu einer schweren Entzugskrise kommen wird.

3.14 PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN

In Italien werden psychotherapeutische Interventionen in öffentlichen Diensten normalerweise in Verbindung mit anderen Interventionsstrategien (pharmakologisch, medizinisch, sozial, gemeinschaftsbasiert) erstellt. Sie werden vor allem in der Anfangsphase durchgeführt, die von der

Aufnahme bis zur Definition des therapeutischen Projekts am Beginn der eigentlichen Behandlung und in den Rehabilitationseinrichtungen reicht. Ein sehr produktiver Ansatz ist der systemischfamilietherapeutische Ansatz, der den

Drogenabhängigen und seine Familie als Interventionseinheit auswählt.

Diese Art der Intervention stellt normalerweise einen wesentlichen Schritt dar, um den Drogenabhängigen auch für anspruchsvollere Behandlungsformen wie Entgiftung und Rehabilitation in der Gemeinschaft zu motivieren.

Neben den „klassischen“ psychotherapeutischen Interventionen haben sich in jüngster Zeit die Logotherapie, das Psychodrama, die „körperorientierte“ Psychotherapie und andere weniger bekannte Techniken verbreitet.

3.15 THERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFTEN

„Die Therapeutischen Gemeinschaften, ob stationär oder teilstationär, stellen Behandlungsmethoden dar, die im Bereich der Drogenabhängigkeit sowohl in Italien als auch in anderen Ländern besonders häufig eingesetzt werden.

Es handelt sich um gemeinnützige Einrichtungen, die von heterogenem Fachpersonal geleitet werden, beispielsweise von Pädagogen mit psychosozialer und psychotherapeutischer Ausbildung sowie von ehemaligen Drogenabhängigen, die zu Erziehern/Therapeuten umgeschult wurden, basierend auf dem Prinzip, dass diejenigen, die das Problem selbst erlebt haben, anderen einen wertvolleren Beitrag leisten können.

Das Ziel, das sich solche Einrichtungen setzen, ist die Rehabilitation und Resozialisierung des Drogenabhängigen, was während einer wichtigen und langwierigen Phase seines eigenen Lebens zu einem

festen Bestandteil der Gemeinschaft selbst wird „(A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, zit. S. 98).

Die Therapeutischen Gemeinschaften (TG) zeigen eine extreme Vielfalt an angewandten Modellen und Strategien: von starr hierarchischen bis hin zu demokratischeren und permissiveren.

Jede Gemeinschaft hat als primären therapeutischen Faktor die Gruppe, wobei die Gesamtheit der zwischenmenschlichen Beziehungen das wichtigste Mittel ist, um eine effiziente und stabile Loslösung von der Droge zu erreichen. Das Ziel jeder Struktur ist es, einen Veränderungsprozess des Selbst durch pädagogischtherapeutische Programme zu aktivieren, die sicherstellen, dass das Individuum allmählich versteht, wie es einen Zustand des Wohlbefindens erreicht, und gleichzeitig persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten erwirbt, sowie erkennt, was als unangemessen erachtet wird.

Es ist möglich, zwei Arten von Gemeinschaften zu unterscheiden: implizit therapeutische Gemeinschaften und explizit therapeutische Gemeinschaften, die erhebliche Diskrepanzen in Bezug auf Methodik, Art des eingesetzten Personals

und Ziele aufweisen „(L. Cancrini, *Quei temerari sulle macchine volanti*, 1982). Die implizit therapeutischen Gemeinschaften präsentieren sich als alternatives Lebensmodell zur heutigen Gesellschaft, basierend auf den Werten der Solidarität und des Teilens.

Die am häufigsten angewandte therapeutische Technik ist die der Begegnung-Konfrontation: Der Bewohner wird kontinuierlich mit den Konsequenzen seines Verhaltens konfrontiert, und seine soziale Bezugsgruppe innerhalb des Programms fungiert als Spiegel.

Cagossi unterscheidet hinsichtlich der implizit therapeutischen Gemeinschaften zwei Unterkategorien:

Aufnahmegemeinschaft, normalerweise von begrenzter Größe, mit einem hohen Betreuer-Gast-Verhältnis, direkt, basierend auf einem hohen Stil der zwischenmenschlichen Beziehungen, gegenüber ausgegrenzten Subjekten, da sie unterschiedlich begabt sind.

Lebensgemeinschaft, mittlerer oder großer Größe, mit einem niedrigen Betreuer-Gast-Verhältnis. Sie

organisieren gemeinsam alle Aspekte des täglichen Lebens, wobei sie der Arbeit und ihrem pädagogischen Wert Bedeutung beimessen, da sie den Prüfstand für die eigenen Fähigkeiten darstellt, Verantwortung und technische Kompetenzen zu erwerben.

Explizit therapeutische Gemeinschaften sind auf die soziale Wiedereingliederung des Subjekts ausgerichtet: Der stationäre Aufenthalt in einer Wohngemeinschaft hat eine stabile Dauer, auf die eine Wiedereingliederungsphase folgt, die durch eine schrittweise Trennung des Bewohners von der Gemeinschaft definiert ist.

In diesen Programmen zielen die vorgesehenen Behandlungen darauf ab, die Dauer des stationären Aufenthalts auf maximal 12–18 Monate zu verkürzen und die Familie in die Therapie einzubeziehen. Ihr Ziel besteht in der

Umstrukturierung der Identität durch personalisierte therapeutische Projekte, wobei die Bedeutung der Anpassung des Bewohners an starre Regeln begrenzt wird.

3.16 KOKAIN

Kokain wird aus den Blättern eines immergrünen Strauchs gewonnen, der hauptsächlich in Mittel- und Südamerika, insbesondere in Peru, Bolivien und Kolumbien, angebaut wird.

Eine inhalierte „Linie“ Kokain liefert dem Konsumenten 20–50 Milligramm der Substanz. Die Intensität der Wirkungen hängt von der Dosis und der Art der Einnahme ab.

Neben Kokain-Hydrochlorid, das in den meisten Fällen geschnupft oder injiziert wird, verbreitete sich in den siebziger Jahren eine stärkere Variante namens Freebase. Diese wird mit einem geeigneten Lösungsmittel gelöst und liegt in Form von Kristallen vor, die in Glaspfeifen geraucht werden. Im Jahr 1982 wurde eine dichtere Qualität von Kokain namens Crack kreiert, die einfacher zu konsumieren ist.

Heutzutage konsumieren die meisten Kokainabhängigen dieses Präparat, indem sie es rauchen oder es durch ein erhitztes Röhrchen inhalieren, da es bei niedriger Temperatur verdampft. Arnao (1985) erkennt unter anderem: „eine

grundlegende psychoaktive Wirkung, die an die spezifische pharmakodynamische Aktivität von Kokain gebunden ist, welche bei allen Einnahmearten gleich ist; die Schnelligkeit, die gerade auf die Diffusionsgeschwindigkeit und ihre neurologischen Wirkungen bezogen ist“.

„Die höchste Intensität wird bei pulmonaler und intravenöser Verabreichung erreicht“ (G. Arnao, 1985, Rapporto sulle droghe).

Die von Arnao vorgenommene Unterscheidung ist relevant, da sie die Zwecke des Konsums berücksichtigt.

PHARMAKODYNAMIK

Die Pharmakodynamik betrachtet die Wechselwirkung zwischen dem Medikament und seinen Rezeptoren, also die neurochemischen Prozesse, die den psychoaktiven Wirkungen unterworfen sind. Wenn eine Person beispielsweise ein Gramm vaporisiertes und inhaliertes Kokain

konsumiert, gelangen seine Moleküle in wenigen Augenblicken über die Lunge ins Gehirn.

Es ist bekannt, dass sich das Molekül eines Neurotransmitters von einem Neuron zum anderen ausbreitet, den winzigen Raum des synaptischen Spalts durchquert und sich passgenau an einen speziellen Rezeptor der anderen empfangenden Nervenzelle bindet.

„Auf diese Weise überträgt unser Gehirn die Signale, die Informationen verarbeiten, Emotionen regulieren, uns am Leben erhalten und uns einen mentalen Prozess nach dem anderen durchlaufen lassen, wobei der Bewusstseinszustand mehr oder weniger stark verändert wird.

Es befindet sich also in den synaptischen Spalten, am Treffpunkt zwischen den Nervenzellen, wo psychotrope Medikamente und Drogen wie Kokain, Alkohol und Nikotin wirken.“

(Salvini, A., Testoni, I., & Zamperini, A. Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, S. 112).

3.17 BIOLOGISCHE UND PSYCHOLOGISCHE FOLGEN

Die Wirkungen von Kokain halten etwa eine Stunde an; nachdem die ersten Wirkungen nachlassen, verspürt der Konsument das Bedürfnis, es erneut zu konsumieren.

Wie bei Amphetaminen lassen sich drei Phasen unterscheiden:

Eine anfängliche Phase von Euphorie, Vergnügen, Orgasmus, die schnell und kurz ist.

Eine Zwischenphase der Erregung, gefolgt von Gefühlen von Energie, geistiger Klarheit und Produktivität, von emotionaler Beschleunigung, gefolgt von Gefühlen von Sicherheit, körperlichem Wohlbefinden, dem Verschwinden von Schmerzen und Müdigkeit, sowie von Schlaf und

Appetitlosigkeit; eine Phase, die 5 bis 20 Minuten dauert, die sich jedoch je nach Einnahmeart, Menge und Reinheitsgrad der Substanz über mehrere Stunden fortsetzen kann.

Eine finale Phase der Dysphorie mit Gefühlen von Unruhe und Depression.

TOLERANZ

Toleranz tritt auf, wenn der Konsument von Kokain oder anderen Psychostimulanzien das Bedürfnis verspürt, die Drogenmenge zu erhöhen, um die gleichen Wirkungen zu erzielen, oder in Situationen, in denen die gleiche Dosis eine geringere Wirkung hat. Der biologische Prozess, der sowohl der Toleranz als auch der Gewöhnung zugrunde liegt, wird hauptsächlich durch die Leber aktiviert, die durch einen immer effizienteren Prozess der metabolischen Abwehraktivität die Reduzierung von Kokain ermöglicht und darüber hinaus durch die Anpassung der neuronalen Standorte, die die Empfindlichkeit gegenüber der Substanz verringern.

Die metabolische Toleranz ist eine Anpassung, durch die die Leber bei der Synthese von Leberenzymen, die

Substanzen wie Kokain, Alkohol und andere

Medikamente metabolisieren können, effizienter wird. Zelluläre Toleranz beinhaltet die Aktivierung neuronaler Prozesse.

Konditionierte Toleranz tritt auf, wenn eine Substanz unter denselben Umständen verabreicht wird, unter denen sie zuvor verabreicht wurde. Neben metabolischer, zellulärer und situativer Toleranz haben Toxikologen eine weitere Art der Toleranz identifiziert, die sogenannte umgekehrte Toleranz.

Einige Kokainkonsumenten (wie bestimmte chronische Alkoholiker, die sich mit nur einem Glas berauschen) können Halluzinationen und Krampfanfälle bei Dosen erleben, die niedriger sind als die üblichen.

ENTZUGSSYNDROM

Der vorherrschende Aspekt des Entzugssyndroms von Kokain ist der psychische.

Aus klinischer Sicht impliziert das Entzugssyndrom bei Kokainkonsumenten: eine erste Phase, die auf den Gebrauch hoher Dosen folgt, in der auf den

euphorisierenden Effekt eine Depression und Hypersomnie folgt; eine zweite Phase, die als anhedonisch bezeichnet wird, gekennzeichnet durch ein amotivationales Syndrom und Entfremdung von der Realität; und eine dritte Phase, die mit dem Erlöschen des zwanghaften Bedürfnisses verbunden ist, das durch häufige Episoden unerträglichen Verlangens nach Kokain gekennzeichnet ist (R. M. Julien, 1997, *Droghe e farmaci psicoattivi*). Das Entzugssyndrom kann sich auch nach langen Intervallen seit der letzten Verabreichung und unter Entgiftungsbedingungen manifestieren, mit unerwarteten Rückfällen, die durch ein starkes Verlangen nach Kokain gekennzeichnet sind.

3.18 DIE PSYCHOLOGISCHEN DIMENSIONEN

Kokain erzeugt eine positive Verstärkung, die durch die von der Substanz auf die Nervenkreisläufe von Dopamin, Adrenalin und Serotonin ausgeübten Wirkungen bedingt ist.

Das Individuum, das bereits einmal Drogen genommen hat, neigt dazu, es wieder zu tun, weil es sich gut gefühlt hat, und bestimmte Drogen machen abhängig, da die Menschen sie gerne konsumieren. In der Folge überlagert sich dem durch die positive Verstärkung erzeugten Effekt derjenige, der durch die „negative Verstärkung“ aktiviert wird, d. h. durch die Erleichterung, die der Kokainabhängige aus der Substanz schöpft, wenn er den Entzugssymptomen entgegenwirken muss.

Mit diesen beiden Polaritäten riskiert das Individuum, das oft Kokain konsumiert, ein gewohnheitsmäßiger Konsument und in der Folge ein Drogenabhängiger zu werden.

3.19 AMPHETAMINE

Amphetamine bilden eine Gruppe von chemisch synthetisierten Medikamenten, die psychostimulierende Wirkungen ähnlich denen von Kokain hervorrufen.

Benzedrin, Dexedrin und Methedrin sind Amphetamine, die Wirkungen auf das sympathische

Nervensystem hervorrufen, ähnlich denen von Noradrenalin.

Zu den gefährlichen Wirkungen von Amphetaminen gehören Vasokonstriktion (Gefäßverengung), eine Erhöhung der Herzfrequenz und des Blutdrucks, eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus mit anhaltendem Schlafentzug, Reizbarkeit, hyperkinetische Stereotypien, eine Hemmung der Darmfunktionen, Anorexie und paranoide Ideen.

3.20 DIE BEHANDLUNG VON ABHÄNGIGKEITEN VON KOKAIN UND AMPHETAMINEN

„Die psychologische und pharmakologische Behandlung von Abhängigkeiten von Psychostimulanzien wie Kokain und Amphetaminen ist besonders kompliziert, auch weil diese Substanzen schwer zu bekämpfen sind: Zum einen haben sie eine verstärkende Wirkung, auch im Zusammenhang mit der Tatsache, dass sie die Lustzentren stimulieren und das Image sowie sozial akzeptable Verhaltensweisen

unterstützen, solange keine pathologischen und abweichenden Bilder auftauchen“ (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenze, zit. S. 132).

Der zweite Hindernisgrund liegt darin, dass der Konsum von Drogen oder anderen Psychostimulanzien wie Amphetaminen oft auf den chronischen Gebrauch anderer Drogen folgt, und dass zudem Abhängigkeiten von anderen Substanzen bestehen können, weshalb die Verwendung von Psychostimulanzien in dem Moment, in dem die Person erneut eine klinische Intervention anfordert, dazu tendiert, sich primär oder sekundär mit einem breiten Spektrum an psychologischen Problemen oder affektiven, relationalen Störungen oder sozial abweichendem Verhalten zu verbinden. Um angemessene Unterstützungsformen und eine Behandlung zu planen, ist es angebracht, sich auf ein Modell in drei Phasen zu beziehen, das das Individuum als „Zusammenbruch“, „Entzug“ und „Auslöschung“ identifiziert.

In der Phase des Zusammenbruchs, die mehrere Tage dauern kann, ist der Konsument nicht desinteressiert an der Droge, sondern schläfrig, apathisch, depressiv

und nimmt die negativen Auswirkungen des Gebrauchs oder Missbrauchs der Substanz wahr. Darauf folgt eine Entzugsphase, die 1 bis 10 Wochen dauern kann, in der der Drogenabhängige in eine gefährliche Situation gerät, in der der Entzug von der Droge das Verlangen und das Risiko eines Rückfalls nährt, die beide hoch sind.

In der Auslöschungsphase tendieren die Anpassungen an die Droge dazu, sich abzuschwächen, bis sie aufhören, hinterlassen jedoch psychologische Bindungen oder Sensibilisierungsbindungen neurologischen, die Rückfälle reaktivieren können.

Was die Behandlung primärer, sekundärer oder Komplementärer psychologischer Probleme betrifft, können verschiedene psychotherapeutische Techniken angewendet werden, deren Auswahl in Bezug auf die Person, ihre klinische Geschichte und die Natur ihrer Probleme erfolgt, wobei die Affinitäten zwischen der Art der Psychotherapie und dem Glaubens und Überzeugungssystem des Patienten berücksichtigen.

Verschiedene Behandlungsformen, die auf Abstinenz und Gruppenkontrolle basieren, wurden mit positiven Ergebnissen analysiert, indem das klassische Genesungsprogramm der Anonymen Alkoholiker oder der supervidierten Selbsthilfegruppe wiederholt wurde.

„Es gibt immer noch Behandlungen, die auch die Familie in den Veränderungsprozess einbeziehen, das heißt zielen auf die Restrukturierung des Familiensystems des Drogenabhängigkeit ein Symptom von Dysfunktionen und relationalen Konflikten ist, an deren Basis sich Probleme Bezüglich der Loslösung der einzelnen Mitglieder verbergen könnten“ (M. Ravenna, 1997, *Psicologia delle tossicodipendenze*).

3.21 TABAKABHÄNGIGKEIT

Tabakabhängigkeit ist daher eine chronische Vergiftung durch den Missbrauch von Tabakrauch. Unter den aus Tabak extrahierten Wirkstoffen ist Nikotin vorhanden und wird fälschlicherweise als der einzige schädliche Bestandteil davon angesehen. Die biologischen Risiken und Wirkungen von Nikotin und Tabak werden getrennt bewertet: Nikotin ist wahrscheinlich der einzige Bestandteil mit befriedigenden Eigenschaften unter den 4000 Bestandteilen des Zigarettenrauchs, der stattdessen

nicht befriedigende und pharmakologisch sehr aktive toxische Substanzen verbrennt.

Die grundlegenden Bestandteile von Tabakrauch sind: Kohlenmonoxid, Blausäure, Stickoxide, Aldehyde, Phenole, Alkaloide, Arsen, radioaktive Elemente, aromatische Kohlenwasserstoffe (J. R. Hughes, 1993, Smoking is a Drug Dependence).

Die chemische Zusammensetzung des Rauches wird daher hauptsächlich von zwei Faktoren beeinflusst: der chemischen Zusammensetzung der Tabakblätter und den Verbrennungsbedingungen.

3.22 NIKOTIN

Das wichtigste Alkaloid im Tabak, insbesondere in den Blättern, ist Nikotin.

Vom pharmakokinetischen Standpunkt aus wird es sofort von jeder Stelle innerhalb und außerhalb des Körpers aufgenommen; es dringt auch in das Gehirn des Fötus ein, indem es die Plazentaschranke durchquert, und ist in allen Körperflüssigkeiten enthalten, einschließlich der Muttermilch (M. E. Jarvik, N. G. Schneider, 1992, Nicotine).

Nikotin übt, wie im Fall von Kokain und Amphetaminen, eine stimulierende Wirkung aus, die auf der Aktivierung des dopaminergen Systems basiert.

Im Gegensatz zu den anderen beiden Medikamenten, die eine direkte Wirkung haben, wirkt Nikotin indirekt, was zu einem niedrigen Niveau der

dopaminergen Stimulation in den Gehirnnarealen der Verstärkung führt.

Es erzeugt stimulierende und hemmende Wirkungen auf das vegetative Nervensystem, auf das Herz-Kreislauf-System und kann die Übertragung von Nervenimpulsen verändern, mit einer präzisen Wirkung auf die Ganglien des sympathischen Nervensystems.

Es ist ein wichtiger pharmakologischer Wirkstoff, der schnell in den Blutkreislauf der Lunge gelangt; anschließend gelangt er in den allgemeinen Kreislauf, stimuliert die Aorten- und Karotisrezeptoren und kann stimulierende Reflexe auf die Atem- und Gefäßzentren erzeugen.

Nikotin ist in der Lage, je nach seiner Wirkung auf das Gehirn unterschiedliche Effekte hervorzurufen. Beim ersten Mal sind subjektive Empfindungen von Schwindel häufig, manchmal sogar echte Schwindelsyndrome.

Verschiedene Studien in den letzten zwanzig Jahren haben gezeigt, dass Raucher eine Haltung der Suche nach Nikotin zeigen, um ein bestimmtes Niveau dieser Substanz im Blut kontinuierlich zu garantieren. Die schwerwiegendsten Schäden, die durch die

chronische Vergiftung verursacht werden, manifestieren sich zweifellos im Kreislauf-System mit den folgenden Symptomen: periphere Vasokonstriktion, konsequenter Anstieg des Blutdrucks, Anstieg der Herzfrequenz, was zu einer stärkeren Belastung des Herzens führt; konsequente Erschöpfung des Herzens; Veränderungen des Herzrhythmus; Krampf der Arterien Koronarien mit der Möglichkeit von Angina Pectoris bis hin zu einem erhöhten Herzinfarktrisiko.

Viele Störungen können auch das Verdauungssystem und die Atemwege betreffen, auf die Nikotin als Reizmittel wirkt.

Derzeit wurden elektronische Zigaretten und erhitzte Tabakgeräte als neue Systeme zur Nikotinverabreichung eingeführt.

Obwohl diese Systeme die Verbrennung von Tabak vermeiden, begünstigen sie einen häufigen Konsum von Nikotin, was die Kontrolle der Dosierung komplexer machen kann als beim traditionellen Tabakkonsum.

3.23 DAS PROBLEM DER ABHÄNGIGKEIT

Die Intensität der Abhängigkeit variiert von Person zu Person, weshalb die Interventionsmethoden komplex sind.

Toleranz als Prinzip der Abhängigkeit erfordert ständige Aufmerksamkeit, da sie sich bei Tieren als chronisch erwiesen hat (was durch Studien belegt ist, wenn auch nicht eindeutig und offensichtlich beim Menschen, vielleicht aufgrund fehlender systematischer und präziser Studien zu diesem Thema), und sie ist auch während des Tages durch die Messung der Herzfrequenz akut nachweisbar. Die Bewertung der Nikotinabhängigkeit besteht in einem unkontrollierbaren und intensiven Verlangen oder dem Scheitern von Versuchen, aufzuhören; zu den Anzeichen gehören: ein größeres verfügbares Einkommen, um die Substanz zu kaufen; die Fortsetzung des Konsums trotz des Bewusstseins, ein Gesundheitsproblem zu haben; das Unbehagen, das

sogar nach einer kurzen Abstinenz auftritt, was zu einem hartnäckigen Wunsch führt, Erleichterung durch Rauchen zu finden.

Die Anzeichen und Symptome des Entzugs, die bei Variationen der Stimmung betrachten Reizbarkeit, Frustration, Wut, Angst, Depression, Feindseligkeit, Ungeduld, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Konzentrationsschwierigkeiten, Wachsamkeitsverlust und Hunger sind die häufigsten physiologischen Anzeichen hingegen sind: Gewichtszunahme, Abnahme der Herzfrequenz, verringerte periphere Durchblutung, Abnahme des Adrenalinpiegels im Urin, Schlafstörungen, Schwitzen.

3.24 AKTIVES RAUCHEN, PASSIVRAUCHEN

Der Zusammenhang zwischen Passivrauchen und der Entwicklung von Tumorformen ist inzwischen erwiesen; zahlreiche epidemiologische Untersuchungen belegen, dass die Gefahr auf der Grundlage der Menge und Dauer der Exposition gegenüber Passivrauch hoch ist. Die Merkmale für die Erforschung der krebserzeugenden Wirkung von Passivrauch auf die

Lunge beruhen im Wesentlichen auf zwei Arten von Studien: Fall-Kontroll-Studien, bei denen die frühere Exposition gegenüber Passivrauch bei Patienten mit Lungenkrebs mit der bei gesunden Personen verglichen wird und prospektive Studien, bei denen teilweise exponierte und teilweise nicht exponierte gesunde Personen hinsichtlich des späteren Auftretens dieses Tumors verglichen werden.

"Finette et al. (1998) haben nachgewiesen, dass Passivrauchen während der Schwangerschaft genetische Mutationen bei Kindern verursachen kann: Mütter, die anderen Rauch ausgesetzt sind, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, Kinder zur Welt zu

bringen mit Mutationen in ihren Genen; dies ist der erste solide Beweis, den man bei Neugeborenen für die gleichen Arten von genetischen Schäden wie bei Rauchern findet.

Außerdem kann die Exposition gegenüber mütterlichem Rauch während des intrauterinen Lebens eine Verringerung des Geburtsgewichts, einen Anstieg von Frühgeburten, einen Anstieg von Fehlgeburten und einen Anstieg von fötalem Hämoglobin beim Neugeborenen verursachen“ (L. Finette et al., 1998, Gene mutations with characteristic deletions in cord blood lymphocytes associated with passive material exposure to tobacco smoke).

Aktuelle Forschungen haben ergeben, dass 70 % der Raucher mit dem Rauchen aufhören möchten, aber nur ein Drittel von ihnen schafft es, sich von der Tabakabhängigkeit zu befreien.

Die Beseitigung des Abhängigkeitszustands ist das Hauptziel der aktuellen Methoden; unter ihnen sind Selbsthilfemethoden, klinische und Gruppenmethoden, pharmakologische Therapien,

Hypnose, Naturmedizin, Homöopathie, Akupunktur,
tibetische Mikromassage und autogenes Training
vertreten.

3.25 ALKOHOLISMUS

Unter den verbreitetsten und weltweit tolerierten psychoaktiven Substanzen unterscheidet man Alkohol; seine grundlegenden Funktionen sind: die nutritive Funktion, die toxische Funktion und die pharmakologische Funktion.

In Wein, Bier, Spirituosen und Likören ist Alkohol vorhanden, und es handelt sich um sogenannten Ethanol, also Ethylalkohol.

Diese Substanz besitzt einen niedrigeren Siedepunkt als Wasser, ist leicht flüchtig, brennbar und kann durch Destillation getrennt werden.

Ethanol kann schnell absorbiert werden, da es keine vorherigen Eingriffe im Verdauungstrakt benötigt und an jedem Punkt des Verdauungstrakts auftreten kann; wenn die Aufnahme auf nüchternen Magen erfolgt, ist die Absorption schneller, während die Aufnahme von fettreichen Lebensmitteln die Absorption weiter reduziert.

Der menschliche Körper ist mit Schutzmechanismen ausgestattet gegen Alkoholvergiftung: wenn die Alkoholkonzentration zu stark ansteigt, wird im Magen Schleim produziert und der Pylorus schließt sich.

Diese Funktion verhindert, dass der Alkohol zu schnell in den Darm gelangt, und führt häufig zu Pylorusspasmen, die Übelkeit und Erbrechen verursachen.

Bei einer schwangeren Frau verteilt sich der Alkohol frei vom Blut der Mutter auf den Fötus in gleichen Plasmakonzentrationen: Er durchquert schnell und leicht sowohl die Plazenta als auch die fötale BlutHirn-Schranke.

Studien zum Einfluss des mütterlichen Alkoholkonsums auf das Kind, insbesondere in der kritischen Phase der embryonalen Entwicklung, haben die Hypothese des Fetalen Alkoholsyndroms bestätigt, das in 30-50 % der Fälle zu schweren Behinderungen bei der Geburt führt.

TOLERANZ

Toleranz ist jenes pharmakologische Phänomen, bei dem der Organismus nach einer längeren Einnahme seine Empfindlichkeit gegenüber den Wirkungen der Substanz verringert, was eine progressive Erhöhung

der Dosierung erforderlich macht, um die gewünschten Wirkungen zu erzielen.

Ein Merkmal der Ethanol-Toleranz ist die Tatsache, dass sie in den Endstadien des Alkoholismus, wenn schwere Leberkomplikationen die Fähigkeit beeinträchtigen, Alkohol zu metabolisieren, durch eine Intoleranz gekennzeichnet ist: Schon geringe, manchmal minimale Dosen reichen aus, um Trunkenheit zu verursachen.

3.26 VERHALTENSBEDINGTE UND PSYCHOLOGISCHE AUSWIRKUNGEN

Alkohol ist als Depressivum des Nervensystems in mancher Hinsicht mit den Wirkungen von Barbituraten und Benzodiazepinen vergleichbar, gegenüber denen ein gewisser Grad an Toleranz und Kreuzabhängigkeit besteht.

Die Verhaltensauswirkungen von Alkohol treten je nach individuellen Unterschieden, der Blutalkoholkonzentration und den zunehmend betroffenen Nervenstrukturen mit unterschiedlicher Intensität auf.

Alkohol übt seine pharmakologische Wirkung auf das Gehirn tatsächlich von oben nach unten aus: Er beginnt mit einem anfänglichen Einfluss auf die Großhirnrinde, gefolgt vom limbischen System und dem Kleinhirn, der *Formatio reticularis* und schließlich dem verlängerten Mark.

Auf verschiedenen Ebenen der Nervenstrukturen führt die Wirkung von Ethanol zu teils unterschiedlichen Verhaltensauswirkungen als die rein neuropharmakologischen im Sinne des depressiven Effekts auf die hemmenden Kontrollzentren, was paradoxerweise eine erregende Aktivität erzeugt. Der psychologische Effekt der Enthemmung bei niedrigen Alkoholdosen ist nicht vorhersehbar: Er hängt in hohem Maße von subjektiven Variablen, den Erwartungen des Einzelnen sowie dem sozialen und ökologischen Kontext ab, in dem der Konsum stattfindet (SALVINI, I. TESTONI, A. ZAMPERINI,

Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, zit. S. 172).

Die Einnahme von Alkohol verursacht neben Verhaltensauswirkungen Schlafstörungen: In kleinen Dosen erhöht er die Leichtigkeit des Einschlafens, neigt jedoch dazu, die REM-Phase (Rapid Eye Movement) und das Stadium 4 des Tiefschlafs in erheblichem Maße zu reduzieren; das Ergebnis ist eine erhöhte Schlaffragmentierung mit längeren und zahlreichen Aufwachphasen.

3.27 DIAGNOSE UND BEHANDLUNG DER PROBLEMATIKEN

Im medizinischen Bereich ist der grundlegende Parameter zur Bewertung des Zustands des Alkoholmissbrauchs der Unterschied zwischen akuter und chronischer Vergiftung und genau auf die Manifestationen letzterer wird üblicherweise mit dem Begriff Alkoholismus Bezug genommen. Was die Grenze zwischen Konsum und Missbrauch betrifft, kann auf situativer Ebene ein möglicher

Referenzwert durch den Blutalkoholspiegel dargestellt werden.

Dieser Index ist effizient für die rechtliche Definition von Trunkenheit am Steuer, analysiert durch die Analyse der Ausatemluft.

Was den Zustand der chronischen Vergiftung betrifft, so gibt es in der Geschichte der Alkoholforschung verschiedene Versuche, die vielfältigen Typologien von Alkoholismus zu identifizieren, mit dem Ziel, verschiedene Kategorien von Alkoholikern zu erstellen, auf deren Grundlage Behandlungen ausgewählt werden können.

Jellinek hat fünf grundlegende Persönlichkeitstypen von Alkoholikern unterschieden:

Alpha: Alkohol wird verwendet, um relationale und/oder persönliche Schwierigkeiten bei Menschen mit zwischenmenschlichen Problemen zu bewältigen, und kann daher psychologisch belastend sein; er kann sekundär zu Depressionen oder psychischen Problemen führen. Es gibt jedoch eine Kontrolle über die Einnahme, und es gibt keine großen körperlichen Probleme;

Beta: charakteristisch für permissive oder ultrapermissive Kulturen. Die Betroffenen missbrauchen

Alkohol auf "kontrollierte" Weise, ohne in Abhängigkeitsphänomene oder Asozialität zu verfallen. Es gibt keine körperlichen Probleme degenerativer Art;

Gamma: die Einnahme ist unkontrolliert, auch wenn die Person Zeiträume der Abstinenz abwechseln kann. Es treten Verhaltenskomplikationen und soziale Nebenwirkungen auf.

Delta: ähnlich wie beim Alkoholismus vom Typ Gamma, unterscheidet er sich durch das Fehlen von Abstinenzperioden. Das gesamte Dasein der Person ist auf den Konsum ausgerichtet;

Epsilon: die Person trinkt jede Art von alkoholhaltiger Substanz bis zur Bewusstlosigkeit und nähert sich in diesem Fall der Dipsomanie (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, zit. S. 181).

Diese Klassifizierung, obwohl sie immer noch angewendet wird, wird von der wissenschaftlichen Gemeinschaft nicht offiziell verwendet.

Die am weitesten verbreiteten Diagnosemethoden auf internationaler Ebene sind diejenigen, auf die sich die WHO (Weltgesundheitsorganisation) und die APA (American Psychiatric Association) beziehen. In beiden Fällen besteht das Ziel darin, die Störung auf der Grundlage des mehr oder weniger gefestigten Charakters der pathologischen Trinkgewohnheit zu unterscheiden und dabei zwischen akutem Rausch und problematischem Trinken zu differenzieren. Bei dieser Auswahl muss jedoch auch die Schwere der mehr oder weniger chronifizierten körperlichen und psychischen Folgen bewertet werden.

DIE INDIVIDUAL, FAMILIEN UND GRUPPENTHERAPIE

Die psychotherapeutische Einzelbehandlung von Alkoholismus stößt auf Hindernisse, die mit der Schwierigkeit verbunden sind, eine effektive Zusammenarbeit und Motivation seitens des Patienten zu analysieren, insbesondere in Fällen von schwerer Chronizität; die Abwesenheit einer Organisation, die die Person präsentiert, ist mit jeder Art von psychotherapeutischem Setting unvereinbar.

Menschen, die für einen individuellen Behandlungspfad geeignet sein können, scheinen diejenigen zu sein, die eine Abstinenzfähigkeit gezeigt haben.

Die verschiedenen Orientierungen der Gruppentherapie bieten ein zwischenmenschliches Umfeld, das als Labor fungiert und die Möglichkeit gibt, die wichtigsten sozialen Fähigkeiten zurückzugewinnen, die während der Karriere als Alkoholiker verloren gegangen sind.

Durch die Familientherapie wird gesucht, die Organisation der Familie und die Rolle zu verändern, die der Alkoholiker in ihr als „identifizierter Patient“ einnimmt.

3.28 DURCH ALKOHOL VERURSACHTE STÖRUNGEN

Alkoholmissbrauch verschont keinen Bereich des Organismus, jedoch ist die größte Nebenwirkung auf lokaler Ebene mit dem Alkoholkonsum verbunden, der die Leber betrifft, welche am Metabolismus von etwa 95 % des konsumierten Alkohols beteiligt ist. Die drei grundlegenden Lebererkrankungen, die mit Alkohol in Verbindung stehen, sind:

Fettleber (Steatosis hepatis), die auch nach kurzen Episoden erhöhten Konsums durch eine Ansammlung von Fett in den Leberzellen verursacht wird, die dann nicht mehr in der Lage sind, es in den Kreislauf abzugeben; Alkoholische Hepatitis, die durch diffuse Entzündungen und Nekrosen des Lebergewebes gekennzeichnet ist; das symptomatische Bild umfasst Fieber und Bauchschmerzen.

Alkoholische Zirrhose, die eine generalisierte Fibrose beinhaltet, welche die Gefäße verengt und die Leberstruktur stört.

„In allen drei Fällen kann Abstinenz den evolutionären Prozess der Pathologie umkehrbar machen, jedoch stellt die alkoholische Zirrhose die wichtigste

Todesursache durch Alkoholismus dar“ (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenze, zit. S. 191).

3.29 MARIHUANA UND DIE ANDEREN CANNABINOIDE

Cannabis ist eine zweihäusige Pflanze, die spontan in gemäßigten Klimazonen wächst, und es wurden drei Arten identifiziert: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* und *Cannabis ruderalis*.

Sie haben nicht in gleichem Maße psychoaktive Komponenten, insbesondere ist die Art *Cannabis ruderalis* fast frei davon.

Die bekanntesten Cannabis-Zubereitungen sind: Marihuana, das besonders in Amerika und Europa bekannt ist; Bhang, typisch für Indien und Asien, das Produkte aus der ganzen Pflanze umfasst und weniger stark und auf dem Markt bequemer ist; Ganja, das vor allem in Indien verwendet wird, aus den Blütenständen der weiblichen Pflanzen gebildet wird und eine Konzentration von THC (Tetrahydrocannabinol) aufweist, das hohe psychoaktive Eigenschaften besitzt und 2- bis 3-mal stärker als Marihuana ist.

Haschisch ist stärker als Ganja und wird aus dem Harz extrahiert, das von den blühenden Gipfeln abgesondert wird, deren chemische Verbindungen für die heilenden Wirkungen verantwortlich sind; Haschischöl, auch rotes Öl genannt, wird durch Destillation der Blätter gewonnen und kann 20 bis 30 % THC enthalten.

Bei Menschen, die Cannabinoide konsumieren, sind Veränderungen auf der Ebene der Wahrnehmung möglich, die alle Sinne einbeziehen: Es kommt häufig zu einer Steigerung des Appetits, vielleicht aufgrund der durch die Wahrnehmung von Aromen verursachten

Wirkung; Verbindungen zur Vergangenheit und Zukunft gehen verloren.

3.30 VERHALTENSBEDINGTE UND PHYSIOLOGISCHE AUSWIRKUNGEN DER CHEMISCHEN WIRKUNG

Was die primäre Vermittlungsaktivität der Auswirkungen von Cannabinoiden betrifft, so ist anzumerken, dass diese Wirkung auf zerebraler Ebene hauptsächlich den folgenden Neurotransmittern zugeschrieben wurde:

Acetylcholin: lindert die katalektischen Auswirkungen von Cannabinoiden und verstärkt als Agonist die Wirkung.

Dopamin: schwächt die durch Cannabinoide verursachte Katalepsie ab und seine Freisetzung in den Bereichen der zerebralen Belohnung wird durch THC stimuliert.

Serotonin: lindert die katalektischen Auswirkungen von Cannabinoiden, insbesondere verstärken Serotonin-Agonisten die Katalepsie, während Antagonisten sie lindern.

Noradrenalin: ist an der Vermittlung der antinozizeptiven Wirkungen von Cannabinoiden beteiligt.

GABA: arbeitet mit Cannabinoiden zusammen und verursacht Katalepsie.

"Die üblicherweise beobachtbaren physiologischen Aspekte sind eine Erhöhung der Herzfrequenz und die

Erweiterung der Blutgefäße der Sklera, die für die bei Cannabiskonsumenten feststellbare charakteristische Augenrötung verantwortlich ist, während der Blutdruck nur geringfügig beeinflusst wird und keine Atemdepression auftritt" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza, zit. S. 202).

GEBRAUCH UND MISSBRAUCH

Cannabis ist eine chemische Substanz, die Veränderungen der geistigen Aktivität hervorruft und zudem aus pharmakologischer Sicht zu Recht als Droge betrachtet werden kann.

Die körperlichen Entzugssymptome von Cannabis sind schwächer im Vergleich zu denen anderer Drogen, dank der kontinuierlichen Anwesenheit von THC im Organismus.

Toleranz tritt nur nach kontinuierlichem Cannabiskonsum auf und verschwindet innerhalb von ein oder zwei Tagen nach der Abstinenz von Cannabinoiden.

AKUTE UND CHRONISCHE EFFEKTE

Nach Solwijn Michie und Fox sind die größten akuten Effekte, die bei erfahrenen Konsumenten nach der ersten Einnahme oder bei Konsumenten nach der oralen Einnahme hoher Mengen von Cannabinoiden untersucht wurden, durch Panik, Paranoia, Angst und Dysphorie gekennzeichnet.

Nach chronischer Einnahme wurde auch eine Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus festgestellt, die den Schlaf des Individuums stört und es leicht reizbar und unruhig macht.

Darüber hinaus scheint es, dass man bei übermäßigem Rauchen (3-10 Joints pro Tag) auch auf Lethargie, sexuelle Funktionsstörungen und Libidoverlust stoßen kann.

3.31 LSD, MESCALIN, PEYOTE UND ANDERE PSYCHEDELIKA

Der Begriff Psychedelika bezeichnet eine weite Kategorie heterogener Substanzen mit besonderen psychoaktiven Wirkungen.

Diese Substanzen werden verwendet, um den gewohnten Bewusstseinszustand zu verändern und zu bedeutsamen psychologischen Erfahrungen aus kultureller und persönlicher Sicht zu führen. Die am weitesten verbreiteten psychedelischen Substanzen sind halluzinogene Pilze (Psilocybin), Peyote (Mescaline), LSD und Wirkstoffe, die in Ololiuqui, Ayahuasca und anderen ähnlichen Substanzen enthalten sind.

AYAHUASCA: EINE SPIRITUELLE DROGE

Der Begriff Ayahuasca bedeutet „Seelen-Leben“ und ist eine Droge, die vor allem in indigenen Gesellschaften und in den bewohnten Gebieten des

peruanischen Amazonas verwendet wird. Die Verwendung dieser halluzinogenen Substanzen ist für diese Bevölkerungsgruppen eine unverzichtbare Ergänzung, um Trancezustände zu erreichen, die den Zugang zur spirituellen Erfahrung oder zur Kontrolle über die Natur ermöglichen. LSD (Lysergsäurediethylamid)

LSD ist eine Substanz mit stark halluzinogenen Wirkungen, während physiologische Veränderungen, wie Pupillenerweiterung, leichte Erhöhung der Körpertemperatur, der Herzfrequenz und des Blutdrucks, weniger wichtig sind; sie hat einen niedrigen Toxizitätsgrad und wird als „tödliche Droge“ betrachtet, obwohl unter ihrer Wirkung jemand gefährliche Verhaltensweisen an den Tag legen oder die Sicherheit anderer gefährden kann, wie es bei schwangeren Frauen der Fall ist, aufgrund der negativen Auswirkungen auf den Fötus.

Albert Hofmann hat erklärt, dass die Gefahr von LSD nicht durch seine Toxizität, sondern durch die Unvorhersehbarkeit seiner psychischen Wirkungen verursacht wird.

Der häufige Gebrauch von LSD verursacht in bestimmten Situationen ungünstige psychologische

Reaktionen, darunter dissoziative Zustände, Veränderungen der Körperwahrnehmung, raumzeitliche Verzerrungen, halluzinatorische Wahnvorstellungen, die in psychotische Formen ausarten können.

PSILOCYBIN

Psilocybin ist eine serotonerge Substanz, die LSD ähnelt, wenn auch weniger stark, und mit ähnlichen Wirkungen; es kann durch den Verzehr von rohen oder getrockneten Pilzen eingenommen werden, die zu verschiedenen Gattungen und Arten gehören, die zu den Psychedelika zählen.

Die Einnahme der Pilze erzeugt Übelkeit, propriozeptive Empfindungen, sensorische und perzeptive Veränderungen.

MESCALIN

Mescaline ist eine Droge, die aus einem Peyote-Kaktus gewonnen wird und durch den Verzehr von frischem oder getrocknetem Peyote oral eingenommen werden kann.

Sie wird schnell absorbiert und im Organismus verteilt und kann das Gehirn in signifikanten Mengen erreichen.

In niedrigen Dosen hat sie unter anderem noradrenerge Effekte, wie den Anstieg des Blutdrucks und der Herzfrequenz, Haut-Vasokonstriktion sowie die Vasodilatation der Muskel- und Herzkranzarterien. Darüber hinaus erzeugt diese Substanz intensive psychische Effekte, darunter visuelle Halluzinationen: helle Lichter, geometrische Muster, Visionen und veränderte Bewusstseinszustände.

KETAMIN

Ketamin ist ein Anästhetikum, das in subanästhetischen Dosen psychedelische Erfahrungen und Halluzinationen hervorruft; seine Wirkung entfaltet sich in verschiedenen Hirnarealen wie dem vorderen Vorderhirn, olfaktorischen Strukturen, dem Gyrus dentatus, dem Hippocampus und dem dorsalen Horn des Rückenmarks.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Ketamin die kognitiven Funktionen exekutiver Art sowie Aufmerksamkeit und Gedächtnis beeinträchtigen kann, deren relevanten kortikalen Bereiche durch den Hippocampus gebildet werden (DWOZNIAK et al., 1993, MK-801 induces neuronal necrosis in posterior retrosplenial cortices, Neuroscience Abstracts in A. SALVINI, I. TESTONI, A. ZAMPERINI, Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza, zit. S. 241).

PHENCYCLIDIN

Phencyclidin ist aufgrund der erzeugten Wirkungen eine psychedelische Substanz, die dem Ketamin ähnelt, die Struktur chemisch und die Wirkungsmechanismen ähnelt.

Die Wirkungen folgen auf einen scheinbaren Wachzustand des Individuums, das jedoch in einen Zustand der Reaktionslosigkeit eintritt, in dem der abwesende Blick auf einen Zustand der Amnesie und Dissoziation auf der Ebene der persönlichen Erfahrung hindeutet, begünstigt durch somatische Empfindungen einer Analgesie.

3.32 METHOXYAMFETAMINE:

ECSTASY UND DIE ANDEREN EMPATOGENE

Eine große Kategorie von Substanzen mit psychoaktiven Wirkungen wird als „Empatogene“ bezeichnet, da sie in der Lage sind, eine psychobiologische Reaktion hervorzurufen, die durch Wohlbefinden und stimulierende Wirkungen unterschiedlicher Art gekennzeichnet ist, die in einem symbolisch bedeutsamen und geteilten Kontext den Zugang zu Gefühlen persönlicher emotionaler

Resonanz und empathischer Identifikation mit anderen erleichtern.

Diese Substanzen sind auch in der Untergruppe der psychedelischen Katecholamine enthalten, wie Elemicin, Myristicin und Mescaline, aufgrund verschiedener chemischer und pharmakologischer Ähnlichkeiten.

„Empatogene Substanzen, auch als „Drogen für die Disco“ oder „neue Drogen“ bezeichnet, zeichnen sich durch einige wichtige Merkmale aus: Sie können handwerklich und einfach synthetisiert werden, ohne die Notwendigkeit besonders ausgestatteter Labore, ausgehend von leicht verfügbaren und kostengünstigen chemischen Komponenten Kosten; sie werden hauptsächlich aus Amphetaminderivaten gewonnen; ausgehend von ähnlichen chemischen Strukturen können zahlreiche Varianten realisiert werden“ (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, zit. S, 250). Die häufigsten sind MDA (Love drug), MDEA (Eve), die MDMA (Adam, Ecstasy). MDMA betont in Verbindung mit Kokain die adrenerge und dopaminerge Reaktion, und wenn es mit Morphin

kombiniert wird, lindert es die erregende Reaktion und erweitert das Wohlbefinden. Empatogene Substanzen wie Alkohol und Tabak werden von Konsumenten als „keine Drogen“ angesehen und genießen eine gewisse Toleranz, da der Konsum episodisch und auf bestimmte Momente begrenzt ist und die soziale Anpassung nicht beeinträchtigt. MDMA hat in niedrigen Dosen Wirkungen, die denen von Amphetaminen ähneln. Bei höheren Dosen hingegen dominiert die Wirkung, die mit der Beteiligung des serotonergen Systems verbunden ist, dem die Kontrolle und Modulation von Aktivitäten wie Schlaf, Temperaturregulierung, sexueller Stimulierung und Hunger zugewiesen ist. Psychoaktive Substanzen können basierend auf ihrer chemischen Struktur und ihren Wirkungsverfahren gruppiert werden, wobei Homologien und Analogien zu ihren Auswirkungen auf die Stimmung oder einige Verhaltenskomponenten bewertet werden.

3.33 DROGENABHÄNGIGKEIT AUS EINER MULTIFAKTORIELLEN PERSPEKTIVE

Eine relativ neue soziale Pathologie wird durch Drogenabhängigkeit dargestellt.

Die soziologisch wichtigen Komponenten, die die "Grundzutaten" bei der Manifestation des individuellen und kollektiven Phänomens der Drogenabhängigkeit darstellen, bestehen aus einer Reihe von Fakten und Ereignissen, die das soziale Handeln vieler Jugendlicher beeinflussen.

Die Menge der auf dem Markt vorhandenen Betäubungsmittel hat in den letzten Jahren eine große Entwicklung erfahren, was den Erwerb und eine größere Verbreitung auch in Gruppen und

Subkulturen ermöglicht hat, die in der Vergangenheit resistent gegen eine solche Ansteckung waren. „Der für den Jugendlichen charakteristische explorative Drang, der nicht nur durch Neugier motiviert ist, sondern auch durch den Wunsch, Erwachsene und ihre Verbote herauszufordern, findet so Ausdruck in Gruppenverhalten, wie der Einnahme illegaler Substanzen, durch die seine Mitglieder all jenen beweisen können, die von dieser Erfahrung ausgeschlossen bleiben, dass sie anders, überlegener, mutiger, weniger konditioniert sind“ (S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, 1996, S. 15).

Dominante kulturelle und wertbezogene Modelle tendieren dazu, das "Haben" dem "Sein" vorzuziehen, den Individualismus der Solidarität vorzuziehen und vor allem die Ablehnung und Unfähigkeit zu garantieren, das den menschlichen Zustand innewohnende Leid zu akzeptieren.

Das Ausweiten der Abhängigkeitsphase des Kindes durch die Eltern erleichtert das Hinauszögern der Selbstverantwortung und in diesem Zustand des Leidens kann der Jugendliche davon überzeugt

werden, dass der Drogenkonsum der Weg zum Erwachsenenstatus sei.

Nicht alle jungen Menschen, die Drogen konsumieren, werden abhängig; einige probieren sie nur, andere sind nur Experimentatoren, wieder andere sind Gelegenheitskonsumenten und andere werden drogenabhängig.

STUDIEN ZUR PERSÖNLICHKEIT

Im Bereich der psychologischen und psychiatrischen Forschung zur Drogenabhängigkeit wurden drei Beobachtungsbereiche identifiziert: das Studium der Persönlichkeit des Drogenabhängigen und seiner grundlegenden Psychopathologie; das Studium der Familie des Drogenabhängigen; das Studium der Behandlungen.

Es wurden zwei verschiedene Beobachtungssysteme in Bezug auf die Persönlichkeit des Drogenabhängigen unterschieden: Das erste basiert auf Erfahrungen von Psychoanalytikern während psychotherapeutischer Prozesse; das zweite betrachtet

psychiatrische Untersuchungen, die durch standardisierte Diagnoseinstrumente analysiert wurden.

"Psychodynamische Beobachtungen haben einen eher spekulativen Charakter, da sie auf begrenzten Stichproben basieren, deren Ergebnisse nicht verallgemeinerbar sind, sie gehen jedoch in die Tiefe bei der Beschreibung der strukturellen und dynamischen Merkmale" (S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, La famiglia del tossicodipendente, S. 19).

Freud beschäftigte sich mit der Drogenabhängigkeit und konzentrierte sich auf die regressiven Merkmale des Verhaltens eines Drogenabhängigen, das er als Opfer einer Fixierung in der oralen Phase der Entwicklung betrachtet wird, das unfähig ist, sich von einem Liebesobjekt zu trennen, das ihn nährt und das Leiden des Bedürfnisses lindert, verursacht durch eine konstitutionelle Intensivierung der erogenen Empfindlichkeit der Lippenregion:

wenn diese Sensibilität anhält, werden diese Kinder als Erwachsene eine starke Neigung zum Trinken und Rauchen haben“ (S. Freud, [1905], Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, It. Übers. in: Opere,

Bd. 4, Boringhieri, Turin, 1970; zitiert in S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, La famiglia del tossicodipendente, S. 19).

Rado, ein Psychoanalytiker, der sich intensiv mit Drogenabhängigkeit befasste, sprach von einem "Ernährungsorgasmus", der das Konzept der Oralität als psychosexuelle Phase der Fixierung dieser Patienten entwickelte, wobei die Freudsche Analogie zwischen Trunkenheit und manischem Zustand beibehalten wird, auf den notwendigerweise eine depressive Phase folgt, aus der man versucht herauszukommen, indem man einen anderen manischen Zyklus etabliert.

Er war der Erste, der 1958 eine Unterteilung von Drogenabhängigen in drei Gruppen vornahm: die neurotische Gruppe, die manisch-depressive Gruppe und die psychopathische Gruppe; diese Dreiteilung behält ihre grundlegende Gültigkeit auch heute noch, obwohl die Kategorien weiter ausgearbeitet wurden (L. Cancrini, 1987, La Psicoterapia. Grammatica e sintassi. NIS, Rom in S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, La famiglia del tossicodipendente, S. 20).

STUDIEN ZUR FAMILIE

Ein Großteil der Studien und Forschungen, die sich mit Familien befassen, die ein drogenabhängiges Mitglied haben, wurde Ende der siebziger Jahre in den Vereinigten Staaten durchgeführt und sie basierten hauptsächlich auf der Beobachtung in öffentlichen

Gesundheitseinrichtungen, in denen Patienten Drogenersatzmedikamente einnahmen.

Im gleichen Zeitraum entstanden viele therapeutische Arbeiten, aus denen die Nachricht hervorgeht, dass die Drogenabhängigkeit des Jugendlichen nicht allein von der Droge abhängt, sondern er einen

Abhängigkeitsstatus gegenüber dem familiären Kern beibehält, der größer ist als der seiner Altersgenossen.

Laut Stanton kann der Drogenabhängige einen Zustand der „Krankheit“ suchen, um die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu ziehen. Wenn die Drogenabhängigkeit unter Kontrolle ist, treten

neue Gründe für Konflikte zwischen Ehemann und Ehefrau auf, bis hin zu einer kritischen Phase, in der das Phantasma der Trennung entsteht.

In diesem Fall fungiert das Kind als Regler für das System, indem es der Familie die Gefahr der Droge vorschlägt, im Austausch für eine größere Stabilität im Eheleben.

3.34 EIN RELATIONALES ÄTIOPATHOLOGISCHES MODELL DER HEROINABHÄNGIGKEIT

Basierend auf den Ergebnissen von Forschungen an Familien von Drogenabhängigen haben die Autoren

sechs Stadien identifiziert, innerhalb derer die Entwicklung des pathologischen Beziehungsprozesses innerhalb des jeweiligen familiären Kerns des Subjekts nachverfolgt werden kann.

„Das erste Stadium wird durch die Geschichte der Eltern innerhalb ihrer jeweiligen Herkunftsfamilien repräsentiert.

Das zweite Stadium betrifft die Bildung des Ehepaares, das durch frühere individuelle Ereignisse beeinflusst wird; das dritte bezieht sich auf die Art und Weise der Betreuung in den ersten Lebensjahren; das vierte auf die Adoleszenz und die ersten devianten Verhaltensweisen des Kindes; das fünfte hebt die Aspekte des väterlichen Verhaltens hervor, die als fehlendes Mittel zur Vermeidung des Einstiegs in die Drogenabhängigkeit verstanden werden; das sechste beschreibt die Begegnung mit

Betäubungsmitteln“. (M. D. Stanton (1979), *Famiglia e tossicomania, terapia familiare* in S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, *La famiglia del tossicodipendente*, zit. S. 61).

Später wurde ein siebtes Stadium hinzugefügt, das die Verfahren berücksichtigt, die zur Chronifizierung beitragen.

Nach den Forschungen zu den familiären Ereignissen ergaben sich drei Untergruppen dieser sieben Stadien: Die erste Untergruppe verdeutlicht unangemessene Betreuungsmodalitäten.

In diesem Fall wird der transgenerationale Hintergrund oft durch evidente traumatische Ereignisse repräsentiert, insbesondere was die väterliche Herkunftslinie betrifft.

In einer zweiten Untergruppe scheinen die Eltern hingegen Erfahrungen zu verewigen, die sie in ihrer Herkunftsfamilie gemacht haben, indem sie die Kinder instrumentalisieren und Ungleichgewichte zwischen den Ehepartnern sowie das soziale Missbehagen verbergen.

In der dritten Untergruppe finden sich Familien, in denen sich die intergenerationale Übertragung manifestiert.

Die objektive Aufgabe ist eine affektive Kultur, die in der Strukturierung der Beziehungen in der Regel von Kernfamilien vorherrscht, welche sich dem

psychosozialen Begriff der „multiproblematischen Familie“ annähern.

Das Merkmal, das insbesondere die Drogenabhängigkeit qualifiziert, ist die Komponente der affektiven Vernachlässigung.

Die Erfahrung des Verlassenwerdens bildet sich frühzeitig, ausgehend von der mütterlichen Betreuungsbeziehung in der Kindheit, setzt sich in den aufeinanderfolgenden Stadien des familiären Lebenszyklus fort, ohne identifiziert zu werden, und hat Wurzeln in einem Familiensystem, in dem die Aufteilung von Rollen und affektiven Aufgaben unvollständig erfolgt.

Die Aktivitäten der Eltern werden durch die dysfunktionale Beziehung zur erweiterten Familie, durch eine festgefahrene Beziehung innerhalb des Ehepaares oder auch durch den Beitrag von Komponenten mit schwerwiegenden strukturellen Schwierigkeiten der Kernfamilie, auch auf wirtschaftlicher und sozialer Ebene, behindert.

VIERTES KAPITEL

EMPIRISCHER BEITRAG ZUR ELTERLICHEN BINDUNG VON DROGENABHÄNGIGEN AUS INTERGENERATIONELLER PERSPEKTIVE

4.1 DIE BINDUNG

Bowlby beschreibt, wie wir im ersten Kapitel dargelegt haben, Bindung als jede Form von Verhalten, die es einer Person ermöglicht, die Nähe zu einem anderen bevorzugten Individuum, das als stärker oder kompetenter angesehen wird, zu erreichen oder aufrechtzuerhalten.

Dieses Verhalten tritt vor allem dann auf, wenn das Individuum verängstigt oder krank ist, und nimmt ab, wenn es Fürsorge und Trost erhält. Zu wissen, dass ein Mensch in schwierigen Momenten verfügbar ist, vermittelt einem Menschen ein starkes Gefühl der Sicherheit und wertet die Bindung auf. Bindung ist ein Verhalten, das bei allen Menschen mit unterschiedlichen Merkmalen beobachtet werden kann und als integrativer Bestandteil eines jeden Individuums gilt; diese Bindung zeigt sich vor allem in der frühen Kindheit und besteht das ganze Leben lang fort, insbesondere in den schwierigsten Momenten.

In der frühen Kindheit sind Signalmechanismen wie

Weinen, Lallen und Lächeln wichtig, da sie die Bedürfnisse des Kindes kommunizieren und den Erwachsenen dazu ermutigen, sich ihm zu nähern. Durch die Interaktion mit der Bezugsperson entwickelt das Kind eine Reihe von Verhaltensmustern, die für das gesamte Leben nützlich sein werden.

Besondere Bindungsverhaltensmuster variieren je nach Alter, Geschlecht und den Erfahrungen, die das Individuum mit seinen ersten Bindungspersonen gemacht hat.

Wie wir im ersten Kapitel hervorgehoben haben, erkennt die Bindungstheorie die Bedeutung bestimmter Merkmale an: Spezifität, Dauer, Rolle der Emotionen, Ontogenese, Lernen, Organisation und biologische Funktion.

EINE SICHERE BASIS

„Die vertraute Person, auch als Bindungsfigur bekannt, kann als diejenige betrachtet werden, die ihre Begleitung als eine sichere Basis zur Verfügung

stellt“ (J. Bowlby, Costruzione e rottura dei legami affettivi, zit. S. 109).

Jedes Individuum jeden Alters ist ruhiger, wenn es eine Person an seiner Seite hat, die ihm in schwierigen Momenten helfen kann.

Die bevorzugte Person kann als eine sichere Basis betrachtet werden, von der aus das Kind die Welt erkunden und zu der es zurückkehren kann, um Trost zu finden.

Die Autorin und Erzieherin Veronica Longo schreibt in ihrem Beitrag: „Die Vergangenheit fällt auf uns und unsere Kinder zurück“.

Was wir als Neugeborene und Kinder gelernt haben, kann gegen uns wirken.

Wenn wir uns nicht bewusst sind, wie wir aufgewachsen sind, kann dieses Erbe, das auf uns lastet, gegen uns wirken“ (Longo, V. La scoperta di sé stessi nell’educazione dei figli. 2023, Independently published).

Die Bindungsfigur muss verfügbar sein, um aktiv einzugreifen, wenn das Kind dies verlangt. Die Notwendigkeit einer sicheren Basis betrifft nicht nur Kinder, sondern gilt auch für Jugendliche und

Erwachsene, obwohl das Bedürfnis nach einer solchen

Figur in einigen Lebensphasen nicht offensichtlich ist.

Das Bedürfnis nach einer sicheren Basis seitens der Erwachsenen wird meist aus Gründen, die mit den Werten der westlichen Kultur zusammenhängen, vernachlässigt.

DIE BINDUNGSTHEORIE UND DIE MISSHANDELTEN KINDER

Aus der Bindungstheorie ergeben sich verschiedene Hypothesen, die das Verhalten misshandelter Kinder und der misshandelnden Eltern erklären könnten.

Wie zu Beginn dieser Arbeit hervorgehoben, ist die Bindung grundlegend für das individuelle Funktionieren in jedem Alter; das wichtigste Ziel ist es, den Schutz und das Überleben der Kinder zu fördern, und dies betrifft insbesondere Fälle von Misshandlung.

„Das effektive Verhalten eines Individuums in einer spezifischen Situation/Umgebung wird durch eine Interaktion von Umwelt-/Situationsfaktoren und früheren Erfahrungen in ähnlichen Situationen bestimmt“ (P. M. Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, zit. S. 15). Die effektiven Konfigurationen des Bindungsverhaltens beeinflussen die Entwicklung des Kindes.

In misshandelnden Familien wird ein Individuum eine ängstliche Bindung zu anderen Mitgliedern haben; dies ist der Ursprung des ängstlichen Bindungsverhaltens.

Diese Bindungen sind gegenwärtige repräsentative Modelle, die das Selbst und andere verzerren. „Die Qualität früherer Beziehungen ist ein Aspekt, der sich auf spätere Beziehungen auswirken wird.

Forschungen wurden mit dem Verfahren der „Strange Situation“ (Ainsworth et al., 1978) in Familien durchgeführt, in denen Kinder misshandelt wurden, um die Qualität der Bindung zwischen Eltern und Kindern zu bewerten“ (P. M. Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, zit. S. 17). Es hat sich herausgestellt, dass misshandelte Kinder im Alter

zwischen einem und vier Jahren hauptsächlich eine ängstlich-vermeidende Bindung aufgebaut haben (Crittenden, 1985 a, b; Egeland und Sroufe, 1981 a; Gaensbauer und Harmon, 1982; Schneider-Rosen, Braunwald, Carlson und Cicchetti, 1985), (P. M. Crittenden, (1985a), „Maltreated infants: Vulnerability and resilience“, Journal of Psychology and Psychiatric, 26, 85-96; P. M. Crittenden (1985b), „ Social networks, quality of parenting and child development“, Child Development, 56, 1299-1313, B. Egeland, L. A. Sroufe (1981a), „Attachment and early maltreatment“, Child Development, 52, 44).

Erwachsene, die vernachlässigt wurden, haben Schwierigkeiten, Bindungsbeziehungen zu Partnern aufzubauen, die nicht zur Herkunftsfamilie gehören, und ersetzen oft die Mutter des Elternteils, der vernachlässigt hat, bei der Betreuung der Kinder. In Fällen von Missbrauch ist das Kind gezwungen, eine Bindung zum Elternteil aufzubauen, obwohl diese Bindung eine Quelle von Schmerz ist; in diesen Fällen lernen ängstlich gebundene Kinder, vermeidend und wütend gegenüber dem Elternteil zu

sein, und suchen trotz dieser Tatsache eine übermäßige Nähe.

In Fällen von Vernachlässigung suchen Menschen, die Trost benötigen, diesen in der Interaktion mit ihren Müttern; misshandelte Kinder sind schwieriger im Umgang mit anderen und ihren Müttern und betrachten ihr Verhalten als etwas, das bestraft werden sollte.

Der Konflikt zwischen Mutter und Kind wird schwerwiegender, da die Frau nicht lernen wird, die Verhaltenssignale des Kindes wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren.

Es wurde nachgewiesen, dass viele missbrauchte Kinder Ende des ersten Lebensjahres, gelernt haben, sich ihren Müttern gegenüber anzupassen, indem sie ihren Ärger unterdrücken und ihre Einmischung tolerieren.

Auch vernachlässigte Kinder suchen bei Angst oder Stress die Nähe zum Elternteil.

Misshandelte Kinder wissen jedoch, dass ihre Mütter anders auf ihre Signale reagieren werden und nicht in der Lage sein werden, ihre Bedürfnisse zu kommunizieren.

DIE BEWERTUNG DER MUTTERKIND-BEZIEHUNG

Crittenden, die sich mit Risikobeziehungen befasst, hat festgestellt, dass misshandelnde Mütter weniger sensibel sind als angemessene Mütter und dass vernachlässigende Mütter unsensibel sind; diese letzteren sind tatsächlich feindselig gegenüber ihren Kindern und kontrollieren sie, während vernachlässigende Mütter nicht responsiv sind. In der Beziehung zu ihren Kindern kann die Mutter eine bestimmte Anzahl von Rollen einnehmen, von denen jede sich von den anderen unterscheidet und unterschiedliche Funktionen des mütterlichen Verhaltens impliziert.

Drei grundlegende Aspekte der Mutter-Kind-Beziehung sind: die Mutter als Betreuungsperson, die Mutter als interagierendes Subjekt und die Mutter als Bindungsfigur (P. M. Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, zit. S. 34).

Die Mehrheit der Mütter ist für die Befriedigung der

Bedürfnisse des Kindes verantwortlich, auch wenn es Frauen gibt, die aufgrund von Mangel an Fürsorge unterschiedliche, verzerrte Beziehungen zu ihrem Nachwuchs haben.

Crittenden und Kollegen behaupten, dass es verschiedene Arten gibt, defizitär zu sein, was Konsequenzen für die Entwicklung des Kindes haben kann.

Misshandelnde Mütter bieten dem Kind die notwendige Fürsorge, jedoch mit übermäßiger Wut und Feindseligkeit.

In einer missbräuchlichen und vernachlässigenden Beziehung bietet die Mutter dem Kind gegenüber keine notwendige Fürsorge; was misshandelte Randgruppen betrifft, ist die Planung abwesend für die Bedürfnisse des Kindes, was kurze und häufige Krisen verursacht, in denen die Frau Formen von Missbrauch und Vernachlässigung zeigt.

Angemessene Mütter, das heißt solche, die nicht misshandeln, sind normalerweise reaktionsschnell und aufmerksam bei der Pflege ihres Nachwuchses; in diesem Fall wissen die Kinder, dass ihre Bedürfnisse befriedigt werden.

Randständig misshandelte Kinder wissen hingegen nicht, was sie aufgrund der Inkonsistenz ihrer Mutter erwarten sollen: Misshandelte oder vernachlässigte Kinder erwarten unzureichende Fürsorge.

Die Mütter müssen nicht nur die Rolle der Betreuungsperson übernehmen, sondern auch mit ihren Kindern interagieren; diese Erfahrung beeinflusst die kognitive, sprachliche und soziale Entwicklung des Kindes.

FRÜHE KINDHEIT

Die am häufigsten verwendete Methode zur Bewertung der Bindungsqualität ist die „Strange Situation“ in der frühen Kindheit; die untersuchten Verhaltenskonfigurationen werden als Beweise für die Natur der internen Arbeitsmodelle der kindlichen Bindung angesehen.

Was das Vorschulalter betrifft, wurden drei Verfahren (die sich in ihren Zielen, Mitteln und ihrer Validierung unterscheiden) entwickelt, die die „Strange Situation“ nutzen.

Crittenden und Kollegen haben einen ersten Ansatz entwickelt, der darauf abzielt, die Kodierungsverfahren der „Strange Situation“ für Kleinkinder anzupassen, damit sie die spezifischen Verhaltensweisen der Älteren widerspiegeln. Der zweite Ansatz, der von Cassidy und Marvin entwickelt wurde, basiert auf der Hypothese der Kontinuität der Bindungsqualität und gilt als valide für das System von Ainsworth unter Verwendung des „Six-Year Reunion Procedure“ (Main und Cassidy) (J. Cassidy, R. R. Kobak (1988), „Avoidance and its relationship to other defensive processes“, Belsky, T. Nezworski (Hrsg.), Clinical Implications of Attachment (S. 300-323), Hillsdale Erlbaum, zit. in P. M., Crittenden, Nuove prospettive sull'attaccamento, zit. S. 109).

Dies ist eine Methode, die in der frühen Kindheit Beweise im Verhalten von Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren bewertet.

Das dritte Verfahren ist das Preschool Assessment of Attachment (Crittenden 1994): In diesem wurden die drei Bindungsqualitäten variiert und die Grundlagen der Klassifikationen wurden verbreitet.

Letztere wurden wie folgt modifiziert:

- d) sicher: offene und direkte Kommunikation, ausgehandelter affektiver Austausch mit der Bindungsfigur;
- e) defensiv: Hemmung der Kommunikation und der emotionalen Informationen durch die Verleugnung der Gefühle, wobei eine oder mehrere

Konfigurationen von Verhalten genutzt werden, d. h. Vermeidung, elterliche Zustimmung und Nachgiebigkeit;

- f) zwanghaft: auf Macht basierende Kommunikation, teilweise Äußerung von Gefühlen und explizite Versuche, Bindungsfiguren durch drohendes Verhalten zwangsweise zu beeinflussen, zum Beispiel durch

Widerstand, Strafen und entwaffnendes Verhalten, wie

Schüchternheit und Zurückhaltung, Unfähigkeit und Untröstlichkeit (P. M. Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, zit. S. 110). In die Klassifikation wurden nicht nur die

Verhaltenskonfigurationen aufgenommen, sondern auch die der mütterlichen Regulation emotionaler Zustände.

Das Preschool Assessment of Attachment befasst sich insbesondere mit drei grundlegenden Aspekten der internen repräsentativen Modelle: dem Verhalten der Bindungsfigur, der Reorganisation des emotionalen Zustands und der Begleitung.

DIE ROLLE DER ELTERNTEILE IN GEWALTSITUATIONEN

Die Anwesenheit eines der beiden Elternteile stellt das wichtigste Element bei körperlicher Gewalt dar, da diese eine schützende Funktion ausüben und geeignete Vorkehrungen und Maßnahmen ergreifen kann. Ein Elternteil kann als beteiligter Zeuge oder als schützender Erwachsener auftreten (P. DI

BLASIO, *Psicologia del bambino maltrattato*, zit. S. 139). In einigen Fällen haben die in einen Ehestreit verwickelten Eltern nicht die Möglichkeit, ihre Kinder zu trösten, während sie in anderen Situationen Trost anbieten oder oft selbst Opfer wie die Kinder sind. Der Elternteil, der Gewalt erfährt, wird vom Kind nicht als positives Identifikationsmodell wahrgenommen, da er ein Bild von sich selbst als hilfloses Opfer vermittelt; dies stellt einen Faktor dar, der eine schwierige und pathogene familiäre Realität gefährdet; tatsächlich sind in diesen Fällen die negativen Folgen schwerwiegender als bei anderen Formen der Misshandlung.

Sexueller Missbrauch ist ein Element, das die psychische Gesundheit des Opfers beeinträchtigt; tatsächlich ist es unfähig, das zu äußern, was es erleidet, und dies hängt auch damit zusammen, dass es sich nicht erinnern kann; die narrative Struktur des Gedächtnisses erleidet plötzliche Unterbrechungen.

Die Aufgabe der externen Bindungsfigur für die Familie besteht darin, die negativen Auswirkungen der

Folgen zu vermitteln, da sie dem Kind die Möglichkeit gibt, über seine eigenen Gefühle nachzudenken und das Erlittene zu offenbaren. Faktoren, die die Entwicklung des Kindes und Schutzfaktoren schwer gefährden können. Die Entwicklung des Kindes, das akuten oder chronischen Misshandlungen ausgesetzt ist, kann ernsthaft beeinträchtigt sein; aus entwicklungspsychologischer Sicht ist es grundlegend, die schädlichen Faktoren für das Kind zu identifizieren, die psychologische und psychiatrische Störungen verursachen.

Kinder, die von der gleichen Art von Gewalt betroffen sind, könnten sich im gleichen Zeitraum durch die Art der Beziehung, die sie zu ihren Eltern oder anderen Personen aufgebaut haben, unterscheiden. In der Entwicklungspsychologie gibt es einen Faktor, der einen schützenden oder erschwerenden Wert haben kann und durch „nicht geteilte Erfahrungen“ verursacht wird (P. DI BLASIO, *Psicologia del bambino maltrattato*, zit. S. 117).

„Geteilte Erfahrungen“ beziehen sich auf dieselben Ereignisse in der Familie (zum Beispiel Armut, familiäre Brüche), während „nicht geteilte“

Erfahrungen solche sind, die jedes Kind innerhalb derselben Familie anders erlebt.

Die Beziehungen, die jedes Kind mit den Eltern aufbaut, sind unterschiedlich, und aus entwicklungspsychologischer Sicht ist dies wichtiger als der Einfluss, der das familiäre Umfeld als Ganzes auf die Mitglieder ausübt.

Nicht geteilte Erfahrungen gelten als wichtiger, da sie für die Persönlichkeitsentwicklung effektiver sind. In Situationen von Konflikten zwischen den Eltern kann eine gute Beziehung der Kinder zu einer Person außerhalb des familiären Kerns als grundlegender Schutzfaktor wirken; umgekehrt haben die gleichen Beziehungen keine positiven Auswirkungen, wenn die Eltern nicht untereinander verbunden sind. Es ist notwendig, sich auf einige Variablen zu konzentrieren, wie das Niveau der kindlichen Entwicklung, die affektiven und emotionalen Funktionen.

In diesem Sinne können diese internen Komponenten, ob gemeinsam oder getrennt, die Schwere der psychologischen Konsequenzen erhöhen oder verringern.

Die Entwicklung des Kindes kann durch Schutzfaktoren beeinflusst werden, die dazu dienen, die Auswirkungen der Schäden zu begrenzen oder entgegenzuwirken.

VARIABLEN, DIE FÜR DIE CHRONIZITÄT UND SCHWERE DER GEWALT VERANTWORTLICH SIND

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Formen von Gewalt, basierend auf den beiden Variablen (Schwere und Chronizität), lassen sich verschiedene Situationen identifizieren.

Diese können wie folgt zusammengefasst werden: diejenige, die durch ein oder mehrere traumatische Ereignisse gekennzeichnet ist, die im Laufe der Zeit begrenzt sind und diejenige, in der traumatische Bedingungen über die Zeit anhalten (schwere traumatische Ereignisse haben negative Folgen).

Einzelne traumatische Erlebnisse sind im Allgemeinen mit verursachen dauerhafte Wirkungen; die traumatischen Episoden, die im Laufe der Zeit in die Lebenserfahrung des Kindes eingebettet sind, welches kontinuierlich sexueller Gewalt ausgesetzt

ist, sind gefährlich; diese Ereignisse sind besonders einflussreich zwischen dem zweiten und siebten Lebensjahr, da in diesem Zeitraum die Schaffung des Selbst, die Regulierung von Emotionen und der Erwerb sozialer Kompetenzen stattfinden.

Eine frühe und positive Bindung ist ein schützendes Element auch in den nachfolgenden Phasen, während der Einfluss negativer Erfahrungen umgekehrt die Entwicklung in Richtung psychopathologischer Formen lenken kann, da sie durch Mangel an Fürsorge und Gewalt gekennzeichnet sind. Was die langfristigen Folgen betrifft, haben Taussing und Litrownik einen wichtigen Unterschied zwischen zerstörerischen Einstellungen im Zusammenhang mit körperlicher Misshandlung und solchen im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch vorgeschlagen.

Sie sind der Meinung, dass bei Fällen von sexuellem Missbrauch selbstzerstörerische Muster (Prostitution, Drogen) vorliegen, während bei Fällen von körperlicher Gewalt fremdzerstörerische Muster (Aggressivität, Feindseligkeit) auftreten (H.N. Taussing, A. J. Litrownik, 1997, Self and

Otherdirected Destructive Behaviors. Assessment and Relationship to Type of Abuse, in "Child Maltreatment", 2, S. 173-182, zit. in P. DI BLASIO, Psicologia del bambino maltrattato, zit. S. 138).

DROGENABHÄNGIGKEIT AUS EINER MULTIFAKTORIELLEN PERSPEKTIVE

Eine relativ neue soziale Pathologie wird durch Drogenabhängigkeit dargestellt.

Die soziologisch wichtigen Komponenten, die die „Grundzutaten“ bei der Manifestation des individuellen und kollektiven Phänomens der Drogenabhängigkeit darstellen, bestehen aus einer Reihe von Fakten und Ereignissen, die das soziale Handeln vieler Jugendlicher beeinflussen.

Die Menge der auf dem Markt vorhandenen Betäubungsmittel hat in den letzten Jahren eine große Entwicklung, die den Erwerb und eine größere Verbreitung auch in Gruppen und Subkulturen

ermöglicht hat, die in der Vergangenheit gegenüber einer solchen Ansteckung resistent waren.

Die für den Jugendlichen charakteristische explorative

Tendenz, die nicht nur durch Neugier, sondern auch durch den Wunsch motiviert ist, Erwachsene und ihre Verbote herauszufordern, findet so Ausdruck in Gruppenverhalten, wie dem Konsum illegaler Substanzen, durch das seine Mitglieder allen, die außen vor bleiben, beweisen können, dass sie anders, mutiger, weniger konditioniert sind (S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, *La famiglia del tossicodipendente*, zit. S. 15).

Die vorherrschenden kulturellen und wertorientierten Modelle neigen dazu, das „Haben“ dem „Sein“, den Individualismus der Solidarität und vor allem die Garantie gegen Ablehnung und die Unfähigkeit, das in der menschlichen Kondition innewohnende Leid zu akzeptieren, vorzuziehen.

Die Ausdehnung der Abhängigkeitsphase von den Eltern erleichtert es dem Kind, sich in elterliche Angelegenheiten einzumischen, wodurch die Selbstverantwortung verzögert wird, und in dieser Verfassung kann der Jugendliche, wenn er sich in

einem Zustand des Leidens befindet, davon überzeugt werden, dass der Drogenkonsum ein Weg ist, um den Weg zum Erwachsenenstatus zu verkürzen.

Nicht alle Jugendlichen, die Substanzen konsumieren, werden abhängig; einige probieren sie nicht aus, andere sind nur Experimentierer, wieder andere Gelegenheitskonsumenten und andere werden drogenabhängig.

4.2 DIE STUDIEN ÜBER DIE FAMILIE

Ein Großteil der Studien und Forschungen, die sich mit Familien befassen, die ein drogenabhängiges Mitglied haben, wurde Ende der siebziger Jahre in den Vereinigten Staaten durchgeführt.

Sie basierten hauptsächlich auf der Beobachtung in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, in denen Patienten Drogenersatzmedikamente einnahmen.

Im gleichen Zeitraum entstanden viele therapeutische Arbeiten, aus denen die Erkenntnis hervorgeht, dass

die Drogenabhängigkeit des Jugendlichen nicht allein von der Droge abhängt, sondern er einen Abhängigkeitsstatus gegenüber dem familiären Kern beibehält, der größer ist als der seiner Altersgenossen. Laut Stanton kann der Drogenabhängige einen Zustand der „Krankheit“ suchen, um die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu ziehen. Wenn die Drogenabhängigkeit unter Kontrolle ist, treten neue Gründe für Konflikte zwischen Ehemann und Ehefrau auf, bis hin zu einer kritischen Phase, in der das Phantasma der Trennung entsteht.

In diesem Fall fungiert das Kind als Regler für das System, indem es der Familie die Gefahr der Droge vorschlägt, im Austausch für eine größere Stabilität im Eheleben.

DIE TOXIKOPHILIE

Die meisten Menschen glauben, dass der Konsum von Betäubungsmitteln schädlich ist und eine Straftat darstellt.

Bei Individuen, die Drogen konsumieren, entsteht jedoch das Bedürfnis, Zugang zu einer besseren Erfahrung ihrer selbst und der Welt zu erhalten. Einige suchen durch emotionale Distanzierung Erleichterung von körperlichem oder moralischem Leiden, während andere Substanzen konsumieren, um für andere eine „wichtige“ Person zu sein.

Die biologische und psychologische Belohnung ist ein Faktor, der Konsumenten von psychoaktiven Substanzen verbindet, und die Menschen verändern ihre psychischen Zustände auf endogenem Wege. Mit dem Konzept der Toxikophilie können wir „die Suche nach befriedigenden Effekten einer oder mehrerer psychoaktiver Substanzen durch Personen bezeichnen, die absichtlich ihren körperlichen und geistigen Zustand verändern, indem sie daraus kognitive und emotionale Erfahrungen mit subjektivem Sinn und Bedeutung ableiten“ (A. SALVINI, I. TESTONI, A. ZAMPERINI, Droghe, tossicofilia e tossicodipendenza, zit. S. 6). Befriedigende Erfahrungen der ersten Ebene beinhalten Erlebnisse wie Freude, Aufregung, Enthemmung, sinnlich-wahrnehmungsbezogene Wirksamkeit oder verschiedene Veränderungen der

normalen Bewusstseins- und Stimmungszustände. Geistige und körperliche Zustände unterschiedlicher Intensität sind in der Lage, Ergebnisse der zweiten Ebene zu erzeugen, die aus kognitiver Sicht komplexer sind, wie:

- a) das Entfernen von zermürbenden, angstauslösenden und schmerzhaften Umständen;
- b) die Suche nach starken, interessanten und aufregenden Empfindungen;
- c) die empathische Manifestation von Emotionen;
- d) die Bestätigung und Verbesserung einer möglichen alternativen Identität;
- e) die Umsetzung einer gnostischen oder mystischen Transzendenz.

Die Vertiefung der eigenen Eigenschaften des Unterbewusstseins durch Drogenkonsum impliziert andere bemerkenswerte Aspekte, die sowohl in den Bereich der vorhersehbaren subjektiven Ursachen als auch in den der verfolgten Ziele fallen. Was die vorhersehbaren Ursachen betrifft, ist es notwendig erinnern an die Wichtigkeit:

- f) einiger biologischer Merkmale, die genetisch beeinflusst sind, wie metabolische, neurochemische und temperamentbedingte;
- g) von Einstellungsmustern, die durch Umwelteinflüsse verursacht werden;
- h) psychopathologischer Störungen;
- i) psychologischer Prozesse, die Toleranz und Abhängigkeit erzeugen.

Mit dem Begriff Drogenabhängigkeit wird auf das unkontrollierbare und zwanghafte Bedürfnis nach einer Droge angespielt, das grundlegend ist, um eine physiologische Stabilität zu wahren und die durch Entzug verursachten Symptome zu vermeiden.

Toxikophilie ist in der Welt des Verlangens und des Vergnügens durch Bedeutungen, Werte und Gedanken, die durch Drogenabhängigkeit an spezifische

Bedürfnisse geknüpft sind, maßgeblich vertreten.

Beispielsweise sind Marihuana, Kokain und Amphetamine Erfahrungen, die durch eine intensive Toxikophilie geschaffen werden.

Verbunden mit dem Wunsch, wichtige Zeitabschnitte zu erleben, ist die Befriedigung aus symbolischer und affektiver Sicht, und die durch Kokain hervorgerufene

Intensivierung modifiziert sich mit dem Missbrauch zur Abhängigkeit.

Betäubungsmittel sind kein Selbstzweck, sondern ein Mittel, um immer ausgefeiltere und umfassendere Befriedigungen zu erlangen, in der Illusion, gewünschte und gewollte Erfahrungen zu erhalten, die schwer zu erreichen sind.

Toxikophilie ist das Ergebnis der Fähigkeit, die Individuen durch Drogen erlernen, um ihre eigenen Gemütszustände zu verändern (zum Beispiel durch die Auswahl der Substanz, die im Verhältnis zu den gewünschten psychopharmakologischen Ergebnissen richtig ist).

DIE VIELFALT DER TOXIKOPHIEN ERFAHRUNG

Der Grad der Toxikophilie bestimmt den Konsum und den Missbrauch einer Droge, da sich die Wirkung der pharmakologischen Belohnung mit der somatopsychischen Erfahrung überschneidet, die durch persönliche und kulturelle Bedeutungen

bestimmt wird, welche eine weitere Ebene der Befriedigung darstellen können.

„Der symbolische und historisch veränderliche Wert einer Droge, der ihr Faszination und Anziehungskraft verleiht, wird durch drei Konstrukte mit unterschiedlichem Grad an Überlappung oder Koinzidenz vermittelt:

- a) transindividuell, wie Glaubenssätze und Einstellungen, die sozial mit der eigenen sozialen Bezugsgruppe geteilt werden;
- b) intersubjektiv, wie die Teilnahme an gemeinsamen Gefühlsweisen, die durch verschiedene Formen der Identifikation und das Teilen ähnlicher emotionaler Zustände gekennzeichnet sind;
- c) individuell, wie die Anerkennung einer Identität und eines Status, der mit dem symbolischen Prestige der verwendeten Substanz verbunden ist, die als

Zugehörigkeitszeichen gezeigt wird“ (A. SALVINI, I. TESTONI, A. ZAMPERINI, Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza, zit. S. 16).

Die Umgebung und die Ziele, für die eine Droge verwendet wird, wirken auf die Toxikophilie.

DIE ABHÄNGIGKEIT

Drogenabhängigkeit wurde als ein Zustand psychischer oder physischer oder psychophysischer Abhängigkeit definiert, der sich bei einem Individuum entwickelt, das gewohnheitsmäßig Betäubungsmittel konsumiert (M. RAVENNA, 1993, *Adolescenti e droga*, S. 41, in A. SALVINI, I. TESTONI, A.

ZAMPERINI, *Droghe, Tossicofilia e Tossicodipendenza*, zit. S. 78).

Der Begriff psychische Abhängigkeit bezieht sich auf die Unfähigkeit des Subjekts, emotional ohne den Konsum der Droge zu funktionieren, und folglich auf die Notwendigkeit, sie zu konsumieren, um angenehme Empfindungen zu erreichen und unangenehme zu vermeiden.

Physische Abhängigkeit manifestiert sich hingegen, wenn eine Person, die das Medikament chronisch

eingenommen hat, die Einnahme plötzlich unterbricht, was schwere Entzugssymptome auslöst.

Physische

Abhängigkeit geht im Allgemeinen mit psychischer Abhängigkeit einher und ist immer von Toleranzphänomenen begleitet.

Körperliche Abhängigkeit entwickelt sich zudem bei der Hälfte der Kinder, die von drogenabhängigen Müttern geboren wurden, und führt zu einem schweren Entzugssyndrom, das eine medizinische Behandlung erfordert.

Das DSM-IV-TR (2000) betrachtet die Antisoziale Persönlichkeitsstörung als ein „Bild der Missachtung und Verletzung der Rechte anderer“, das sich in der Kindheit oder frühen Jugend manifestiert und bis ins Erwachsenenalter andauert „(R. Maniglio, Attaccamento e disturbo antisociale di personalità.

Parental bonding in soggetti con disturbo antisociale, in Rassegna di Psicoterapie, Bd. 9, Nr. 1, 2004, S. 1).

Zu den grundlegenden Kriterien, um eine solche Diagnose stellen zu können, gehört das Vorliegen von Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens, die sich bereits vor dem 15. Lebensjahr manifestieren.

Die symptomatologischen Merkmale, die durch das

DSM hervorgehoben werden, sowie die theoretische und empirische Evidenz aus ätiopathogenetischen Studien in der Psychopathologie, verpflichten dazu, die frühen Lebensphasen auch bei Personen mit antisozialer Störung zu untersuchen.

Die Entwicklungspsychopathologie (Developmental Psychopatology) hat sich in den letzten Jahren mit dem

Studium der Ursachen befasst, die entweder ein Risikofaktor oder im Gegenteil ein Schutzfaktor für das Entstehen und die Verfestigung einer psychischen Erkrankung sein können.

Als Familien mit hohem Risiko für Psychopathologien gelten chaotische und misshandelnde Familien, solche, bei denen die Mutter ledig, jugendlich und wirtschaftlich benachteiligt ist, oder solche, in denen eine familiäre Konfliktsituation, Drogenmissbrauch oder eine schwere psychische Erkrankung bei den Eltern vorliegt (G. Liotti (1999), *Il nucleo del disturbo borderline di personalità. Un'ipotesi integrativa.*

Psicoterapia, 5,16/17:53-65 zit. in R. Maniglio,

Attaccamento e disturbo antisociale di personalità.
Parental bonding in soggetti con disturbo antisociale,
S. 3).

Verschiedene Studien sind der Ansicht, dass Schwierigkeiten im Bindungsprozess in der frühen Kindheit ein erhöhtes Risiko für die Entstehung antisozialer Störungen im späteren Alter darstellen können, im späteren Alter sowohl Adoleszenz, die im Erwachsenenalter eine Reihe von psychologischen Störungen, wenn auch nur auf unspezifische Weise. Jugendalter und im Erwachsenenalter eine Reihe von psychopathologischen Störungen aufweisen, wenn auch auf spezifische Weise.

4.3 DIE STUDIE

In dieser Studie wird der von den Eltern einer Gruppe von Probanden mit Substanzgebrauchsstörung praktizierte Erziehungsstil untersucht.

Das Ziel dieser Untersuchung besteht darin, erstens festzustellen, ob ein Zusammenhang zwischen den Erziehungs- und Kontrollverhaltensweisen der Eltern und der aktuellen Störung der Kinder besteht, und zweitens, ob Unterschiede zwischen den beiden Gruppen existieren.

PROBANDEN

Für diese Forschung wurden 20 Probanden rekrutiert; zum Zeitpunkt der Durchführung des Experiments gehörten sie einigen Diensten für Drogenabhängigkeiten des Salento-Gebietes an. Sie wurden auf der Grundlage folgender Kriterien

ausgewählt: Diagnose, die aus ihren Krankenakten hervorging und dementsprechend dem Parental Bonding Instrument (PBI) unterzogen wurden, um das Fürsorgeverhalten und die Fürsorgeeinstellungen ihrer Eltern zu erfassen.

4.4 DAS INSTRUMENT

Das Parental Bonding Instrument (PBI), entwickelt von Parker, Tupling und Brown (1979), ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen bestehend aus 25 Items, bei dem die Probanden gebeten werden, sich an die Verhaltensweisen und Einstellungen ihrer Eltern während der ersten 16 Lebensjahre zu erinnern. Es untersucht zwei wichtige Dimensionen in der Eltern-Kind-Beziehung: „Fürsorge“ und „Schutz/Kontrolle“. Diese beiden Aspekte bezüglich der Erziehung basieren auf wiederholten klinischen Beobachtungen

(Bowlby, 1969) und faktorenanalytischen Studien zu elterlichem Verhalten und Einstellungen (Hinde, 1974).

Elterliche Fürsorge, geprägt durch Zuneigung, emotionale Wärme und Nähe, zusammen mit geringer Kontrolle, sind grundlegend für eine sichere Bindung und eine normale Entwicklung.

Die Dimension „Fürsorge“ umfasst 12 Items (1, 2, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 24), die von einem Extrem großer Wärme und Empathie bis zu einem Extrem von Kälte und Gleichgültigkeit reichen.

Die Dimension „Schutz/Kontrolle“ umfasst 13 Items (3, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 25), die Kontrolle, Überbehütung, Eingriffe und auch die Förderung von Autonomie und Erkundung messen.

Für jeden Punkt kann das Subjekt seine Antwort abstufen, welche anschließend mittels eines ScoringProgramms ausgewertet wird: (von 0 bis 3 Punkte für die Items 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24, 25; von

3 bis 0 Punkte für die Items 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 23).

Die Antwortmöglichkeiten sind:

Absolut wahr

Ziemlich wahr

Nicht sehr wahr

Überhaupt nicht wahr

Die Ergebnisse der beiden Skalen, zusammengefügt, ergeben vier mögliche Kombinationen:

Hohe Fürsorge und geringe Überbehütung stellen eine „optimale Bindung“ dar.

Geringe Fürsorge und geringe Überbehütung werden als „schwache oder fehlende Bindung“ definiert.

Geringe Fürsorge und hohe Überbehütung können als „Kontrolle ohne Zuneigung“ definiert werden. Hohe Fürsorge und hohe Überbehütung charakterisieren eine „zuneigungsvolle, aber einschränkende Bindung“.

4.5 ERGEBNISSE

Die Ergebnisse sind in Tab. 1 dargestellt.

	OPTIMALE BINDUNG		ZUNEIGUNGSVOLLE, ABER EINENGENDE BINDUNG		KONTROLLE OHNE ZUNEIGUNG		SCHWACHE ODER ABWESENDE BINDUNG	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PARENTAL BONDING	1	5%	3	15%	15	75%	1	5%
MATERIAL	3	15%	4	20%	10	50%	3	15%

BONDI								
NG								

Tab. 1: Gesamtergebnisse des Parental Bonding von 20 Probanden mit Substanzgebrauchsstörungen. In der „Vater-Version“ des Instruments berichtet nur ein Proband (5%) von einer „optimalen Bindung“.

Drei Probanden (15%) berichten von einer „zuneigungsvollen, aber einschränkenden Bindung“, da sie vom eigenen Vater Fürsorge, aber auch zu viel Kontrolle erhalten haben.

Fünfzehn Personen (75%) berichten von einer spezifischen Form von fehlender Bindung: „Kontrolle ohne Zuneigung“ (affectionless control); sie erinnern sich an väterliche Verhaltensweisen, die durch übermäßige Kontrolle und fehlende Fürsorge gekennzeichnet sind.

Nur ein Proband (5%) berichtet von einer „schwachen oder fehlenden Bindung“; dieser nimmt die eigenen Eltern sowohl als fürsorglich als auch als kontrollierend unfähig wahr.

In der „Mutter-Version“ unterscheiden sich die Ergebnisse nicht wesentlich von denen der „VaterVersion“.

Drei Personen (15%) berichten von einer „optimalen Bindung“, was darauf hinweist, dass die Bindung zur Mutter gelungen ist.

Vier Personen (20%) berichten von einer „zuneigungsvollen, aber einschränkenden Bindung“, da sie von der eigenen Mutter Fürsorge sowie zu viel Kontrolle und Schutz erhalten haben.

Zehn von ihnen (50%) berichten von einer fehlenden Bindung vom Typ „Kontrolle ohne Zuneigung“ (affectionsless control) charakterisiert durch übermäßige Protektion und Kontrolle und das Fehlen von Fürsorge.

Drei Personen (15%) berichten schließlich über die andere Form mangelnder Bindung: „schwache oder abwesende Bindung“.

DISKUSSION

Die Ergebnisse dieser Forschung stimmen mit denen in der Literatur überein.

Bei den untersuchten Drogenabhängigen erweist sich der vorherrschende Erziehungsstil als vom Typ „Kontrolle ohne Zuneigung“ (affectionless control), d.h. dargestellt durch übermäßigen Schutz und Kontrolle sowie das Fehlen von Fürsorge.

Tatsächlich ist er bei 75% der Drogenabhängigen in Bezug auf die Bindung zum Vater und bei 50% von ihnen in Bezug auf die Bindung zur Mutter vorhanden.

4.6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Aus dem Großteil der Forschung und empirischen Studien bezüglich der Bindung von Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung oder einer Störung des Sozialverhaltens im Jugendalter ergibt sich, dass solche Individuen Bindungsmuster aufweisen, die als „ungelöst in Bezug auf Traumata oder Verluste“ oder „distanziert“ gelten (Allen et al., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996) (P. Allen, S. T. Hauser & E. BormanSpurrell, (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263, zit. in R. Maniglio, *Attaccamento e disturbo antisociale di personalità*, zit. S. 5). In der Studie von Allen et al. sind besonders prädiktiv für kriminelles Verhalten Personen, die im Adult Attachment Interview (AAI) als „nicht klassifizierbar“ identifiziert wurden, sowie solche, die als mit „abwertender Verachtung der Bindung und mangelnder Verarbeitung von Traumata“ klassifiziert wurden, im Vergleich zu Personen, die als „sicher“ oder als „besorgt“ eingestuft wurden.

Die als nicht klassifizierbar eingestuften Personen entsprachen mehreren und inkompatiblen Kriterien, wohingegen diejenigen, die als abwertend eingestuft wurden, die Bindungsfiguren oder Erfahrungen verachteten.

Fonagy und andere identifizierten einen Zusammenhang zwischen antisozialer Persönlichkeitsstörung und Bindungszuständen, die ungelöst und besorgt sind, was eine Verstärkung der Bindungsbedürfnisse widerspiegelt.

Unter den verschiedenen elterlichen Erziehungsstilen, die mit antisozialer Persönlichkeitsstörung oder Störung des Sozialverhaltens bei Kindern korrelieren, treten vor allem Kombinationen aus Ablehnung und/oder Vernachlässigung mit Überbehütung oder übermäßiger Kontrolle hervor.

Die Qualität der Bindung zwischen einem Kind und der für es sorgenden Person in den ersten Lebensphasen stellt einen relevanten Risikofaktor für Verhaltensprobleme in der frühen Kindheit dar.

Die mütterliche Sensibilität scheint keine ausreichende

Voraussetzung für die Entwicklung einer sicheren Bindung zu sein.

Aus verschiedenen wissenschaftlichen Beiträgen geht hervor, dass die Bindungsbeziehung auch von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen der betreuenden Person, der Stabilität der Paarbeziehung, der Unterstützung durch die Elternfiguren, dem Temperament des Kindes, den durch den beruflichen Bereich verursachten Spannungen und der sozioökonomischen Situation beeinflusst wird. Liotti (1990) erklärt, dass in Familien mit einem hohen Risiko für psychopathologische Störungen ein hoher Prozentsatz der Minderjährigen in der Lage ist, ihr Bindungsverhalten gegenüber beiden Betreuungspersonen zu organisieren, wobei Modalitäten verwendet werden, die den von jeder Bezugsperson erhaltenen Betreuungsstil widerspiegeln.

Belsky, der die Ergebnisse der Forschung zu elterlichem Verhalten und Bindungssicherheit vergleicht, vertritt die Auffassung, dass es eine nicht korrelationale, sondern kausale Beziehung

zwischen der Qualität der mütterlichen Fürsorge und der Bindungssicherheit gibt (J. Belsky, 1999. Ital. Übers. *Influenza delle interazioni e del contesto sulla sicurezza dell'attaccamento*, in J. Cassidy e P. R. Shaker (Hrsg.), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerche e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore (2002), zit. in R. Maniglio, *Attaccamento e disturbo antisociale di personalità*, zit. S. 6).

Angesichts des bisher Gesagten ist das Ziel dieser Studie, die Rolle des elterlichen Verhaltens zu untersuchen, das in der Kindheit von Personen mit einer substanzbezogenen Störung wahrgenommen wurde.

Zwanzig drogenabhängige Personen wurden dem Parental Bonding Instrument unterzogen: Dabei handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, bei dem die Person gebeten wird, sich an die Einstellungen und Verhaltensweisen ihrer Eltern in den ersten Lebensjahren zu erinnern.

Das PBI besteht aus zwei Dimensionen: Fürsorge und Schutz/Kontrolle.

Die Individuen dieser Studie berichteten, von ihren Eltern wenig Fürsorge und hohen Schutz/Kontrolle wahrgenommen zu haben.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein elterlicher Erziehungsstil, der durch „Kontrolle ohne Zuneigung“ (affectionless control) gekennzeichnet ist, mit der substanzbezogenen Störung assoziiert zu sein scheint.

„Wenn das Bindungsband die Wurzel unseres Schmerzes ist, ist die emotionale Intelligenz der Lebenssaft, der es ermöglicht, zu jener Wurzel zurückzukehren, um das Leben zu nähren, indem ein gerissener roter Faden in ein Band des Bewusstseins verwandelt wird.“

BIBLIOGRAPHIE

Allen, J. P., Hauser, S. T. & Borman-Spurrell, E.,
Attachment theory as a framework for understanding
sequelae of severe adolescent psychopathology: An
11-year follow-up study. Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 64, 254-263, 1996.

APA (American Psychiatric Association), DSM-IV, Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, Mailand, 1996 in Salvini, A., Testoni, I., Zamperini, A., Drogen, Toxikophilien und Drogenabhängigkeit, S. 84. Arnao, G., Bericht über Drogen, Feltrinelli, Mailand, 1985.

Belsky, J. & Isabella, R., Mütterliche, kindliche und soziale Kontextdeterminanten der Bindungssicherheit.

In Belsky, J. & Nezworski (Hrsg.), Klinische Implikationen der Bindung (S. 41-94), Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

Belsky, J., Rosenberger, K. & Crnic, K., Mütterliche Persönlichkeit, Qualität der Ehe, soziale Unterstützung und kindliches Temperament: ihre Bedeutung für die Mutter-Kind-Bindung in menschlichen Familien. In Pryce, C., Martin, R. & Skuse, D. (Hrsg.), Mutterschaft bei Menschen und Menschenaffen (S. 115-124), Basel: Karger, 1995.

Belsky, J. & Isabella, R., Mütterliche, kindliche und soziale Kontextdeterminanten der Bindungssicherheit.

In Belsky, J. & Nezworski (Hrsg.), Klinische

Implikationen der Bindung (S. 41-94), Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988, Entwicklungspsychologie. Belsky, J., Einfluss von Interaktionen und Kontext auf die Bindungssicherheit. In Cassidy, J., E. Shaker, P. R. (Hrsg.), Handbuch der Bindung. Theorie, Forschung und klinische Anwendungen. Rom: Giovanni Fioriti Editore, 2002.

Bowlby, J., Bindung und Verlust, Bd. 1: Bindung an die Mutter, Editore Bollati Boringhieri, 1976.

Bowlby,

J., Aufbau und Bruch affektiver Bindungen, Raffaello Cortina Editore, Mailand, 1982.

Bowlby, J., The making and breaking of Affectional Bonds, pt. 1. Etiology and Psychopathology in the Light of Attachment theory, Br. J. Psychiat. Bd. 130, 201-10, 1977.

Bowlby, J., Ein sicherer Hafen, Raffaello Cortina Editore, Mailand, 1988.

Bowlby, J., Bindung und Verlust, Bd. 3: Verlust der Mutter, Editore Bollati Boringhieri, Turin, 1983.

Brown, G. W., Early Loss and Depression, in Parkes Stevenson-Hinde, 1982.

Byrne, D. G. und Duncan-Jones, Neurosis and the

- Social Environment, Academic Press, New York, 1981.
- Cagossi, M., *Therapeutische Gemeinschaften und nicht*, Borla, Rom, 1988.
- Cancrini, L., *Jene Tollkühnen auf den fliegenden Maschinen*, Nuova Italia Scientifica, Rom, 1982.
- Cancrini, L., *Psychotherapie. Grammatik und Syntax*, NIS, Rom, 1987.
- Cassidy, J., Kobak, R., "Advance and its relationship to other defensive processes", in Belsky, J., Nezworski (Hrsg.), *Clinical Implications of Attachment*, (S. 300323), Hillsdale, N. J. Erlbaum, 1988.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., *Die Familie des Drogenabhängigen*, Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Cocores, J. A., Miller, N. S., *Diagnosis, Pharmacology and treatment*, Journal of addictive diseases, 1993.
- Costantini, D., Mazzon, S., *Die Gemeinschaften für Drogenabhängige*, La Nuova Italia Scientifica, Rom, 1989.
- Crittenden, P. M. & Di Lalla, D., *Compulsive Compliance. The Development of an Inhibitory*

coping Strategy in Infancy, in „Journal of Abnormal Child Psychology“, 16, S. 585-599, 1988.

Crittenden, P. M., Maltreated infants: Vulnerability and resilience, „Journal of Child Psychology and Psychiatry“, 26, S. 85-96, 1985a. Crittenden, P. M., Social networks, quality of parenting and child development, „Child Development“, 56, S. 1299-1313, 1985b.

Crittenden, P. M., Preschool Assessment of Attachment, unveröffentlichtes Manuskript, 1994.

Crittenden, P. M., Nuove prospettive sull'attaccamento

(Neue Perspektiven zur Bindung), Edizioni Angelo Guerini e Associati, Mailand, 1994.

Crittenden, P. M., Pericolo, sviluppo e adattamento (Gefahr, Entwicklung und Anpassung), Masson, Mailand, 1997.

Di Blasio, P., Psicologia del bambino maltrattato (Psychologie des misshandelten Kindes), Il Mulino, Bologna, 2000.

Dole, V. P. & Nyswander, M. E., Medical treatment for diacety, „JAMA“, 193, 1965.

- Dole, V. P. & Nyswander, M. E., Narcotic Blockade, „Arch. Inter Med.“, 118, 1967.
- Egeland, B. & Sroufe, L. A., Attachment and early maltreated, „Child Development“, 52, S. 44-52, 1981a.
- Fadda, P. & Fratta, W., I sistemi oppioidi endogeni. Medicina delle tossicodipendenze (Die endogenen Opioidsysteme. Medizin der Drogenabhängigkeit), 16, S. 16-20, 1997.
- Field, T. M., Attachment as Psychobiological Attunement: Being on the same Wavelength, in Reite & Field, 1985.
- Finette, L. et al., Gene mutations with characteristic deletions in cord blood lymphocytes associated with passive material exposure to tobacco smoke, „Nature Medicine“, 1988.
- Fivush, R., Hammond, N. R., Autobiographical memory across the preschool years: Toward reconceptualizing childhood amnesia. In Fivush R., Hudson, J. A. (Hrsg.), Knowing and remembering in young children (S. 223-248), New York: Cambridge University Press, 1990.
- Freud, S. (1905), Drei Abhandlungen zur

Sexualtheorie, In: Werke, Bd. 4, Bollati Boringhieri, Turin, 1970.

Furlan, P. M., Picci, R. L., Alkohol Alkoholiker Alkoholismus, Bollati Boringhieri, Turin, 1990.

Gaensbauer, T. J., Harmon, R. J., Bindungsverhalten bei misshandelten/vernachlässigten und frühgeborenen Säuglingen: Implikationen für Bindungskonzepte, in R. N. Emde, Harmon, R. J. (Hrsg.), Die Entwicklung der Bindung und des affektiven Systems (S. 263-280), New York: Plenum Press; Schneider-Rosen, K., Braunwald, K., Carlson, V., Cicchetti, D., Aktuelle Perspektiven der Bindungstheorie: Illustrationen aus der Studie misshandelter Säuglinge, 1982; Gorge, C., Kaplan, M., Main, M., Das Erwachsenen-Bindungsinterview, Unveröffentlichte Dissertation, University of California, Berkeley, CA, 1986.

Guidano, V., Das Selbst in seinem Werden, Bollati Boringhieri, Turin, 1992.

Hart, S. N., Brassard, M. R., Karlson, H. C., Psychologische Misshandlung, in Trier, J., Berliner, L., Bulkey, J., A. Jenny, Ce Reid, T. (Hrsg.), Das

APSAC-Handbuch zur Kindesmisshandlung, London, Sage, S. 72-89, 1996.

Harvey, J. H., Flanary, R., Morgan, M., Vivid Memories of Vivid Loves Gone by, J. soc. Pers. Relat, Bd. 3, S. 359-73, 1986.

Helfer, R. E., Die Ätiologie des Kindesmissbrauchs, Pediatrics, 51, S. 777-779, 1973.

Hinde, R. A., Biological bases of human social behavior, New York: Mc Graw Hill, 1974.

Hofer, M. A., Relationship as Regulator: a Psychobiologic Perspective on Bereavement, Psychosom. Med., Bd. 46, 183-97, 1984. Hofman, A., Il mio bambino difficile (Mein schwieriges Kind), Ura, Mailand, 1998. Hudolin, V., Manuale di alcologia (Handbuch der Alkoholologie), Erickson, Trient, 1980. Hudson, J. A., The emergence of autobiographical memory in mother-child conversation. In Fivush, A. (Hrsg.), Knowing and remembering in young children, New York: Cambridge University Press, 1990.

Hughes, J. R., Smoking is a Drug Dependence. A Reply to Robinson and Pritchard "Psychopharmacology", 1993.

Jarvik, M. E., Schneider, N. G., in Lowinson, J. H. et al. (Hrsg.), Substance Abuse: A Comprehensive textbook, Williams & Wilkins, Baltimore, 1992.

Jellinek, E. M., The Disease concept of Alcoholism, Hillhouse Press, New Haven, 1960.

Julien, M. R., Droghe e farmaci psicoattivi (Drogen und psychoaktive Medikamente), Zanichelli, Bologna, 1997.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A., Psichiatria. Manuale di Scienze del comportamento e psichiatria clinica (Psychiatrie. Handbuch der Verhaltenswissenschaften und klinischen Psychiatrie), Masson, Mailand, 1996.

Law, M. R., Hackshaw, A. K., Environmental tobacco smoke, "British Medicine Bulletin", 1996.

Leventhal, H., A perceptual-motor theory of emotion. In Berkowitz (Hrsg.), Advances in experimental social psychology, Bd. 17. Theorizing in Social psychology: Special Topics (117-182), New York: Academic Press, 1984.

Liotti, G., Il nucleo del disturbo borderline di personalità: Un'ipotesi integrativa (Der Kern der

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Eine integrative Hypothese), *Psicoterapia*, 5, 16/17: 53-65, 1999.

Longo, V., Die Entdeckung des Selbst in der Erziehung der Kinder, 2023, unabhängig veröffentlicht.

Lorenz, K. Z., *Instinctive Behaviour*, New York: International Universities Press, 1957.

Maniglio, R., Bindung und antisoziale Persönlichkeitsstörung. Parental bonding bei Probanden mit antisozialer Störung, in *Rassegna di Psicoterapia*, Bd. 9, Nr. 1, S. 75-86, 2004. Meloni, S. L., Die Bedeutung der Entwicklung der emotionalen Intelligenz im Vorschulalter, 2024, unabhängig veröffentlicht.

Newhouse, J., Hughes, G., The role of nicotinic mechanism in neuropsychiatric disease, 1991.

Pipe, M. E., Goodman, G. S., Elements of secrecy: Implication for children's testimony, *Behavioral Sciences and the Law*, 9, 33-41, 1991. Ravenna, M., *Jugendliche und Drogen*, Il Mulino, Bologna, 1993. Ravenna, M., *Psychologie der Drogenabhängigkeiten*, Il Mulino, Bologna, 1997b.

Sacchetti, E., Clerici, M., Begegnung mit Heroin, Masson, Mailand, 1996, in Salvini, A., Testoni, I.,

- Zamperini, A., Drogen, Toxikophilien und Drogenabhängigkeit, S. 57.
- Salvini, A., Testoni, I., Zamperini, A., Drogen, Toxikophilien und Drogenabhängigkeit, Utet Libreria, 2002.
- Solowij, N., Michie, P. T., Fox, A. M., Effects of Long-Term Cannabis Use on Selective Attention: An Event-Related Potential Study, Pharmacology, Biochemistry & Behavior, 1991.
- Stanton, M. D., Familie und Drogensucht, Familientherapie, 1979.
- Taussing, H. N., Litownik, A. J., Self and Otherdirected Destructive Behaviours: Assessment and Relationship.
- type of Abuse, in „Child Maltreatment“, 2, S. 173182, 1997.
- Tyler, S. E., Illusionen, Giunti, Florenz, 1989.
- Virno, M., Heroinabhängigkeit: eine therapeutische Strategie, „Quaderni della Fondazione Villa Maraini“, 1993.
- Walters, A. J., Sutton, S. R., Direkte und indirekte

Auswirkungen von Nikotin/Rauchen auf die Kognition bei Menschen, „Addictive Behaviours“, 2000.

Wenner, N. K., Abhängigkeitsmuster in der Schwangerschaft. In J. H. Masserman (Hrsg.), Sexualität der Frau, New York: Grune & Stratton, 1966.

Wozniak, D. F. et al., Mk-801 induziert neuronale Nekrose in posteriorer/retrosplenialer Rinde, „Neuroscience Abstracts“, 1993.

Zucconi, P., Raucherentwöhnung, „Animazione Sociale“, 1997.

