

1 Einleitung

1.1 Einführung und Problemstellung

In dem Bestreben, die Dualität von individuumzentrierter Perspektive versus umweltorientiertem Paradigma zu überwinden, begreifen insbesondere psychosoziale Theorieansätze Drogenabhängigkeit als eine "...'Beziehungsstörung' des Menschen zu sich selbst, zu seinem Körper, zur sozialen und materiellen Umwelt..." im Lebenskontext [Krausz & Degkwitz 1996, p. 17] (vgl. auch [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985]).

Unter Sucht wird hierbei eine übermäßige Bindung an psychotrope Substanzen verstanden, und der jeweilige Stoff ist Mittel und *Mittler* in diesem belasteten Verhältnis. Das heißt, das Agens des krankmachenden Prozesses wird weder allein im Stoff selbst, noch einzig in der Person mit ihrer habituellen und auch physiologischen Konstitution, noch in der Umwelt identifiziert, sondern in den *Beziehungen* dieser Aspekte zueinander, die dadurch den Charakter von Momenten in einem Entwicklungsprozeß erhalten: "Ein vertieftes Verständnis erfordert, den Drogenkonsum in seiner subjektiven Bedeutung in der Biographie zu rekonstruieren." [Krausz & Degkwitz 1996, p. 17].

1.2 Zum Funktionalitätsbegriff

Thematisiert wird in diesen Ansätzen, daß der Drogengebrauch als eine spezifische Form von Bewältigung vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungen zu verstehen ist und darin dessen Funktion und Funktionalität begründet liegt. Demgegenüber wird der Status der Abhängigkeit oft als der dysfunktionale Ausgang der Drogenkarriere betrachtet.

Der offenbare Vorteil der Begriffe *Bewältigung* und *Funktionalität* liegt in ihrer Neutralität gegenüber speziellen theoretischen Konzeptionen (vgl. [Trautmann-Sponsel 1988]). Der Aspekt der Bewältigung von Anforderungen selbst und die Zuschreibung der Hilfsfunktion psychoaktiver Substanzen dabei, taucht in der wissenschaftlichen Literatur als Erklärungshilfe mit unterschiedlicher Reichweite in ganz verschiedenen Konzeptionen auf, besonders in dem Versuch, Ätiologien süchtigen Verhaltens zu be-

schreiben. Ob in der Betrachtung der Person bzw. der Persönlichkeit selbst (vgl. z.B. [Khantzian 1996]; [Burian 1994]) - im Sinne von Persönlichkeitseigenschaften bis hin zur Persönlichkeitsstörung - der ursächliche Schwerpunkt zugerechnet wird, oder ob im Rahmen sozialpsychiatrischer oder ökologischer Perspektiven das Schwergewicht auf das soziale Gefüge gelegt wird, betrifft auch das Spannungsfeld der Begriffe *Bewältigung* und *Funktionalität*. Dieses Spannungsfeld ist als Erklärungspotential der Begriffe in der bisherigen wissenschaftlichen Literatur nicht explizit entfaltet worden. Die Herausarbeitung der unterschiedlichen Entwürfe und *impliziten* Verwendungen eines Funktionalitätsbegriffs und der Verwendung von Bewältigungskonzepten ist daher ein Bestandteil dieser Darstellung. Die notwendige Erörterung der Begriffe erfolgt ausführlich im Literaturteil der vorliegenden Arbeit.

Als Grundannahme dieser Arbeit, und also unabhängig von einem bestimmten Theorieansatz, läßt sich hier bereits festhalten, daß die Funktionalität des Konsums psychoaktiver Substanzen und der Sucht so verstanden werden soll, daß die unmittelbar stofflichen und physiologischen Eigenschaften bzw. Wirkungen angesichts der außerstofflichen Zweckbestimmung hinter diese zurücktreten.

Vor diesem Hintergrund lassen sich Funktion und Funktionalität inhaltlich voneinander trennen: die Betrachtung der Funktion wird hier als eng an den Eigenschaften und der Wirkung einer Substanz orientiert aufgefaßt. Bekannte Eigenschaften psychoaktiver Substanzen sind auf der Ebene der Befindlichkeit bei Heroin z.B. die Angst- und Spannungsreduktion und bei Kokain z.B. die Stimulation und antidepressive Wirkung (vgl. [Khantzian 1996]) und die damit einhergehende Veränderung der Selbst- und Umwelteinschätzung im Zusammenhang mit der Veränderung biologischer Prozesse (vgl. [Grunberg & Baum 1985]; [Grunberg 1994]; [Kaminer 1994]; [Naber 1993]).

Bei der Betrachtung der Funktionalität hingegen rückt über diese, die Suchtentwicklung mit beeinflussenden und unterhaltenden Funktionen (z.B. [Wise 1988]) der Substanz hinaus, die Zweckbestimmung in den Vordergrund. Das heißt, daß es um die Konstellationen, die zu der Instrumentalisierung einer Substanz und ihrer Funktionen führen, geht. Interessant ist daher die Frage, welche Funktionen zu welchem Zweck instrumentalisiert werden.

Der Begriff der Funktionalität verweist also auf die Frage nach dem Sinn und der Zielgerichtetheit des Drogenkonsums und wurde ausdrücklich von Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] vor dem Hintergrund einer psychosozialen Perspektive diskutiert.

1.3 Der Kontext von Jugend und Umwelt

Bei diesem Konzept geht es Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] darum, nicht die Sucht als solche zu erklären, sondern den Süchtigen in seinem Umfeld zu verstehen, zu verstehen, was die Sucht für den Abhängigen ist. Dazu dient als Betrachtungsrahmen die Person-Umwelt-Beziehung - hier vor allem unter jugendtypischer Perspektive - und die Betonung der Prozessualität der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen.

Die Autoren setzen sich in ihrer Untersuchung mit der Frage auseinander, ob es Bedingungen im Lebensumfeld der Drogenabhängigen gibt, in denen sie sich von ihren 'normalen' Altersgenossen unterscheiden. Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] fordern, daß Forschung und Theoriebildung im Bereich der Drogenabhängigkeit die Perspektiven der Abhängigkeitsforschung, der Jugendforschung und der Devianzforschung zu berücksichtigen, und, so weit möglich, zu vereinen habe, da keine dieser Perspektiven für sich allein dem Phänomen Drogenabhängigkeit gerecht zu werden vermag. Sie teilen die Auffassung, daß Drogengebrauch im allgemeinen eine Verhaltensweise darstellt, die von den spezifisch jugendlichen Entwicklungs- und Kontrollanforderungen her instrumentalisiert werden kann.

In späteren Konzepten und Untersuchungsansätzen wird die Annahme, daß der Drogengebrauch Jugendlicher eine adaptive Funktion bei der Bewältigung von Entwicklungsanforderungen haben kann, konkretisiert (vgl. [Kastner & Silbereisen 1988]; [Kindermann 1991; 1992]; [Engel & Hurrelmann 1994]).

1.4 Ziel dieser Untersuchung

Die vorgetragenen Überlegungen führten bei der vorliegenden Arbeit zu der methodischen Herangehensweise, Verhaltensprobleme Jugendlicher - hier konkret den Konsum psychoaktiver Substanzen - als gescheiterten Versuch zu rekonstruieren, der zur Bewältigung von Orientierungsproblemen in bestimmten Risikokonstellationen beitragen sollte.

Es werden hierbei funktionelle Aspekte des schädlichen Konsums bei der Bewältigung von Problemen durch psychoaktive Substanzen herausgearbeitet. Angenommen werden hierfür insbesondere biographische und persönlichkeitspezifische Konstellationen, die einen nachhaltigen Einfluß auf die Person-Umwelt-Beziehung ausüben und in der

Bewältigung von Belastungen - gleichsam als Wirkfaktoren - Einfluß auf die Abhängigkeitsentwicklung nehmen.

Die vorliegende Arbeit setzt sich daher mit der Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen als besonderen Belastungen in der Adoleszenz auf der einen, und den Aspekten personaler Kontrolle und des Heroinkonsums als einer Form von Bewältigung auf der anderen Seite auseinander. In dem betrachteten Beziehungsgefüge Person-Umwelt werden die für die Bewältigung kritischer Ereignisse wesentlichen Faktoren und die Beziehung zu ihrer Kontrollierbarkeit im einzelnen untersucht. In Anlehnung an das Bewältigungskonzept von Lazarus [1966] und unter Berücksichtigung des Konzepts der *gelernten Hilflosigkeit* von Seligman [1975] und des Ansatzes zur Rolle der Kontrollüberzeugungen nach Rotter [1966] (vgl. auch [Prystav 1979]) wird untersucht, ob eine Beziehung zwischen der wiederholten Erfahrung nicht kontrollierbarer Ereignisse in der Adoleszenz und dem Bewältigungsverhalten in Problemsituationen im Sinne einer Überforderung rekonstruierbar ist.

Dabei sollen die einzelnen Faktoren, die einen wesentlichen Einfluß auf die Möglichkeit und Fähigkeit haben, Streßsituationen zu bewältigen, herausgearbeitet werden. Eines der hierbei zugrundeliegenden Konzepte der Untersuchung ist das weiterentwickelte transaktionale Streßkonzept von Lazarus [Lazarus & Launier 1981] (vgl. auch [Lazarus & Folkman 1984]; [Lazarus 1990; 1993]). Danach ist für die Bewältigung potentiell belastender Ereignissen ganz entscheidend, *wie* das Ereignis von der betroffenen Person eingeschätzt wird.

Es soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, ob und in wie weit sich solche Konstellationen verstärkter Belastung und Überforderung bei Drogenabhängigen empirisch nachweisen lassen, wobei die Funktion des schädlichen Konsums in diesem Kontext herausgearbeitet werden soll. Die Frage nach der Funktionalität des Drogenkonsums impliziert die Frage nach der Zielgerichtetheit des Handelns des Einzelnen im Kontext seiner personalen und situativen Bedingungen. Sie bezieht sich somit vorrangig auf das Verhältnis der Person zu ihrer Umwelt als Lebensraum, das auch als *Passungsgefüge* - insbesondere im Rahmen systemischer Ansätze (vgl. [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985]) - bezeichnet wird.

Als Basisannahme dieser Untersuchung wird davon ausgegangen, daß sich insbesondere unter dem Aspekt einer biographisch *erlebten* Hilflosigkeit die *erlernte Hilflosigkeit* verfestigt und sich hierin die Funktion des Heroinkonsums als ein Kontrollinstrument rekonstruieren läßt. Dazu werden wichtige Faktoren aus den Bereichen

der Biographie einerseits und persönlichkeitspezifischer Faktoren andererseits, unter der Bedeutung für das Bewältigungsverhalten, zueinander in Beziehung gesetzt.

Den Begriffen *Funktionalität* und *Dysfunktionalität* kommen in dieser Betrachtung wichtige Rollen für die Konzeption des Gesamtrahmens der Untersuchung zu; sie werden daher im Verlauf der Ausführungen gesondert problematisiert.

1.5 Überblick über diese Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat es sich zu Aufgabe gemacht, mit Hilfe der Konzepte und Modelle aus der Entwicklungspsychologie, der Bewältigungsforschung, aber auch mit Ansätzen aus den Bereichen der Life-event-Forschung und der Persönlichkeitstheorie den bisher in der wissenschaftlichen Literatur nur sehr allgemein diskutierten Begriff der *Funktionalität* zu konkretisieren. Es ist daher nötig, diese Konzepte und ihre Bedeutung für die Gesamtdarstellung eingehender zu betrachten. Dies ist Aufgabe der Darstellung des Standes der Literatur (Kapitel 2).

Die ausführliche inhaltliche Darstellung in Kapitel 2 ermöglicht und begründet die Ableitung der Untersuchungshypothesen (Kapitel 3). Kapitel 4 informiert über das methodische Vorgehen der Erhebung und über die Auswertung des erhobenen Untersuchungsmaterials. Darüber hinaus verweist es auf den Gesamtrahmen des Projekts in den diese Arbeit eingebettet ist.

In Kapitel 5 werden neben einem kurzen deskriptiven Überblick über die untersuchte Stichprobe die Untersuchungshypothesen (Kapitel 3) operationalisiert und die nachgewiesenen Resultate dargestellt.

Die Diskussion in Kapitel 6 reflektiert die Bedeutung der vorliegenden Ergebnisse vor dem Hintergrund des Stands der Literatur (Kapitel 2). Die für diese Arbeit zentralen Argumente werden im Hinblick auf die Ergebnisse dieser Arbeit herausgestellt. Die Arbeit schließt mit einigen Implikationen für die therapeutische Praxis und gibt Anregungen für weitere Forschungsbemühungen.

2 Stand der Literatur

2.1 Droge, Abhängigkeit und schädlicher Konsum

Der Begriff *Droge* wird in dieser Arbeit synonym mit dem Begriff *psychotrope Substanz* verwendet. In Anlehnung an die Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollen als psychotrope Substanzen Stoffe verstanden werden, die aufgrund ihrer chemischen Eigenschaften Veränderungen, insbesondere in den Sinnesempfindungen, im Gefühl und Bewußtsein, wie auch in der Stimmung und im Verhalten, bewirken (vgl. [Vogt & Scheerer 1989, p. 5f]).

Die Begriffe *Drogenmißbrauch*, *Drogenabhängigkeit*, *Sucht* und *Abhängigkeit* im allgemeinen finden oft unscharfe Verwendung, werden teilweise synonym gebraucht, bezeichnen aber oft Verschiedenes. Selbst von der WHO eingeführte Definitionen können hier wenig Klarheit schaffen, wie Schwendter [1992] bemerkt. Vor allem die Abgrenzung zwischen Gebrauch und Mißbrauch, die Differenzierung verschiedener Stadien der Abhängigkeitsentwicklung und das Konzept der Sucht als Krankheit bereiten Schwierigkeiten. Als ursprünglich generelle Bezeichnung für eine Krankheit, sollte der Begriff *Sucht* etwa 1950 nach der Definition der WHO einen Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation mit schädlicher Auswirkung für Individuum und Gesellschaft bezeichnen. Die körperliche Abhängigkeit war dabei wesentliches Merkmal der Sucht. Zugunsten des Begriffs der Abhängigkeit wurde 1957 der Begriff der Sucht wegen inhaltlicher Unschärfe von der WHO aufgegeben. Aus allgemein psychiatrischer Sicht ist der Begriff von seiner Fixierung auf Substanzen befreit und unter seinem metaphorischen Charakter des menschlichen Begehrens zurückgewonnen worden.

Das dann 1969 von der WHO vorgeschlagene Mißbrauchskonzept, das den Drogenmißbrauch als "andauernden oder gelegentlich übermäßigen Drogengebrauch, der mit einer akzeptablen ärztlichen Anwendung nicht übereinstimmt bzw. mit dieser nicht in Beziehung steht" definierte, wurde wiederum wegen seiner Allgemeinheit durch vier neue Konzepte ersetzt (referiert nach [Krausz & Dittmann 1996, p. 87]:

- **unerlaubter Gebrauch** (*unsanctioned use*): ein Gebrauch, der von der Gesellschaft oder einer sozialen Gruppe nicht gebilligt wird;

- **gefährlicher Gebrauch** (*hazardous use*): ein Gebrauch, der wahrscheinlich für den Konsumenten schädliche Folgen haben wird;
- **dysfunktionaler Gebrauch** (*dysfunctional use*): ein Gebrauch, der die Erfüllung psychischer oder sozialer Anforderungen beeinträchtigt (z.B. das Interesse an Mitmenschen und Umwelt, was zu Beziehungsproblemen und Verlust des Arbeitsplatzes führen kann);
- **schädlicher Gebrauch** (*harmful use*): ein Gebrauch, von dem man weiß, daß er beim Konsumenten bereits manifeste Schäden (Zellschäden, psychische Krankheit) hervorgerufen hat.

Das ICD-10 Kapitel V (F) (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, [Dilling et al. 1993]) der WHO, dessen Anspruch eine kriterienbezogene Diagnostik auf der Grundlage einer Deskription der Symptomatik der jeweiligen psychischen Störung ist, gibt einen Kriterienkatalog für die Vergabe der Diagnosen *schädlicher Gebrauch* und *Abhängigkeitssyndrom* vor.

Schädlicher Gebrauch wird auch hier unter der Bedingung, daß eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit vorliegt, diagnostiziert. Er ist vom Abhängigkeitssyndrom zu unterscheiden. Charakteristisch für das Abhängigkeitssyndrom ist der starke Wunsch nach der psychotropen Substanz. Sicher zu diagnostizieren ist eine Abhängigkeit nach den Kriterien der ICD-10 erst dann, wenn innerhalb des letzten Jahres mindestens drei der folgenden Kriterien gleichzeitig vorlagen [Dilling et al. 1993, p. 92f.]:

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren;
- verminderte Kontrollfähigkeit über das Ausmaß des Konsums;
- körperliches Entzugssyndrom;
- Nachweis einer Toleranz;
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen;
- anhaltender Konsum trotz nachweislicher und bewußter Schädigung.

Der Begriff der *Sucht* findet hier keine Verwendung. Wie bei fast allen operationalisierten Störungen in der ICD-10-Klassifikation liegen keine Beschreibungen oder Hinweise zur Ätiologie des schädlichen Gebrauchs und des Abhängigkeitssyndroms vor.

Es ist nicht der Anspruch dieser Arbeit, hinreichende Differenzierungen zwischen diesen Begriffen zu erreichen. Auch hier wird nur eine entsprechend unscharfe Be-

griffsverwendung von *Sucht, Mißbrauch, schädlichem Konsum* und *Abhängigkeit* vorgenommen. Die Formulierungen sind aber größtenteils bewußt allgemeiner gehalten, um ein größeres Spektrum des Umgangs mit psychotropen Substanzen in die Perspektive der Funktionalitätsbetrachtung von schädlichem Konsum mit einzubeziehen. Ebenso wird aus dem gleichen Grund bei den theoretischen Darstellungen und Betrachtungen keine Differenzierung zwischen den psychotropen Substanzen im einzelnen vorgenommen.

2.2 Jugendalter und Meisterung von Entwicklungsaufgaben

Sollen, wie eingangs kurz dargestellt, sowohl personenspezifische Faktoren, wie auch umweltbedingte Konstellationen in die theoretischen Überlegungen zum Drogenkonsum und zur Abhängigkeit eingehen, werden diesem Anspruch am ehesten ökologische Konzepte unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklungspsychologie gerecht. Diese Ansätze basieren im wesentlichen auf den Begriffen *Entwicklungsaufgaben*, *Bewältigung* und *kritische Lebensereignisse*.

Die Fokussierung bei der Betrachtung von (schädlichem) Drogenkonsum auf das Jugendalter, ist durch die Tatsache gerechtfertigt, daß 90% der kritischen Einstiegszeitpunkte in illegale Drogenkarrieren zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr liegen (vgl. [Kindermann 1992]). Im Jugendalter werden im Prozeß der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben auf den verschiedensten Ebenen der Person-Umwelt-Beziehung wichtige biographische und personenspezifische Anteile wirksam. Aus diesen Gründen ist auch in der vorliegenden Untersuchung die Konzentration der Betrachtung auf das Jugendalter motiviert.

Brandstädter [1985] beschreibt Entwicklungsprobleme Jugendlicher generell als *Passungsprobleme*. Sie sind als Diskrepanz zwischen den Entwicklungszielen des Individuums selbst, seinen Entwicklungspotentialen und -möglichkeiten, und den Entwicklungsanforderungen im sozialen Umfeld des Individuums zu verstehen. Entwicklungsprobleme manifestieren sich nach Brandstädter [1985] z.B. als Schulschwierigkeiten, Eltern-Kind-Probleme, Eheprobleme, Probleme mit der Berufswahl und mit Rollenverlusten. Sie können sich phänotypisch ganz unterschiedlich darstellen: als negative Befindlichkeit, als heftige aversive Emotion, als Leistungsversagen, als deviantes Verhalten, als neurotische oder psychopathologische Symptomatik etc.

Die ersten Forschungsansätze, jugendliches Problemverhalten, wie auch Drogenmißbrauch, im Kontext einer jugendgerechten Erlebnis- und Bewährungswelt zu betrachten, stammen aus den späten 70er Jahren (z.B. [Jessor & Jessor 1977]; [Kandel 1978]), wobei als heuristischer Rahmen für die Entwicklung eines Jugendlichen die Konzeption der *Entwicklungsaufgaben* von Havighurst [1972] und von Oerter [1978]¹ diente. Havighurst versteht unter Entwicklungsaufgaben soziokulturell normierte Anforderungen, mit denen Menschen in umschriebenen Zeiträumen ihres Lebens konfrontiert sind. Er formuliert die folgenden Aufgaben des Jugendalters in Orientierung an den Normen der amerikanischen Mittelschicht der 70er Jahre:

- Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung und Bewußtwerdung seiner Fähigkeiten;
- Erwerb der geschlechtsspezifischen Rollenidentität;
- Entwicklung reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen;
- Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern;
- Vorbereitung auf die berufliche Karriere;
- Erwerb von Kenntnissen und sozialen Fertigkeiten für Partnerschaft und Familie;
- Entwicklung eines sozial verantwortungsvollen Verhaltens;
- Aufbau von Wertsystem und ethischem Bewußtsein als Verhaltensbasis.

Entwicklungsaufgaben sind nicht zwingend aufeinanderfolgend, im Sinne eines chronologischen Anforderungskatalogs, zu verstehen. Aber soziokulturell festgelegte Normen sind als *Grundlage* der individuellen Anforderung zu verstehen: "Eine Entwicklungsaufgabe ist eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt" [Havighurst 1972, p. 2].

Die Art und Weise, wie frühere Aufgaben bewältigt wurden, hat demnach einen entscheidenden Einfluß darauf, welche Fähigkeiten zur Bewältigung zukünftiger Aufgaben der Jugendliche entwickelt.

Das Wesentliche bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist nach Oerter [1978] die produktive Anpassung des Individuums an die Gesellschaft. Er faßt die

¹ Diese Entwicklungsaufgaben haben inzwischen eine Anpassung an derzeitige Bedingungen erfahren, sind im wesentlichen aber erhalten geblieben (vgl. hierzu [Olbrich 1984]).

Komponenten, aus denen Entwicklungsaufgaben bestehen, unter individueller Leistungsfähigkeit, soziokultureller Entwicklungsnorm und individueller Zielsetzung in einzelnen Lebensregionen zusammen.

Um die damit verbundene Belastung für die Entwicklung eines Jugendlichen ausmachen zu können, reicht es demnach nicht, allein objektive Anforderungen zu identifizieren. Die resultierende Belastung ergibt sich aus den Anforderungen einerseits und den individuellen Zielen und Möglichkeiten ihrer Realisierung andererseits. Das Konzept der Entwicklungsaufgaben war insbesondere deshalb für die theoretische Entwicklung der Jugendforschung und damit für die Drogenforschung relevant, weil es soziologisch zu beschreibende Normen mit psychologisch aufzufassenden Möglichkeiten der Person verknüpft. "Diese Komponenten zeigen, daß die Entwicklungsaufgabe ein zentraler Erklärungs-begriff einer ökologischen Entwicklungspsychologie ist: Sie verbindet Individuum und Umwelt, indem sie kulturelle Anforderungen mit individueller Leistungsfähigkeit in Beziehung setzt, und sie räumt zugleich dabei dem Individuum eine aktive Rolle bei der Gestaltung der eigenen Entwicklung ein" [Oerter & Montada 1987, p. 120f].

2.2.1 Entwicklungskonzepte

Mit dem Konzept der *Entwicklung* wird einerseits direkt eine der Kernfragen der Entwicklungspsychologie aufgegriffen: die Frage, ob das Subjekt Gestalter seiner Entwicklung ist, oder ob seine Entwicklung von inneren und äußeren Kräften gelenkt wird. Andererseits wird hiermit auch mittelbar das Verhältnis des Jugendlichen zu seiner Entwicklung im Umgang mit Drogen berührt.

2.2.1.1 Entwicklung behavioristisch

Nach der behavioristischen Auffassung ist das Resultat von Entwicklung allein durch die äußeren Reize bestimmt, denen das Individuum im Laufe seines Lebens ausgesetzt wird. "Der Mensch ist vollkommen durch externe Reize kontrollierbar, deren Manipulation jedes gewünschte Ereignis bringt. Das Modell der mechanistischen Kausalität (der Wirkursache) besagt, daß der Anstoß zur Veränderung von außerhalb des Systems kommt ... Das Grundmodell des Behaviorismus enthält die Annahme einer strikten Reizkontrolle des erwünschten Verhaltens" [Oerter & Montada 1987, p. 77]. Individuelle Dispositionen spielen für die Entwicklung eines Individuums somit keine Rolle. Ebenso haben alle subjektiven Termini wie *Empfindung, Wahrnehmung, Vor-*

stellung, Wunsch, Absicht und sogar *Denken* und *Gefühl* nach der behavioristischen Entwicklungstheorie keine Bedeutung.

2.2.1.2 Entwicklung nach Plan

Demgegenüber führen endogenistische Theorien die Entwicklung eines Menschen auf die Reifung, d.h. auf die Entfaltung eines angelegten Plans zurück. Dieser genetisch determinierte Plan ist als Entwicklungsprogramm nur in bestimmten sensiblen Perioden für äußere Einflüsse offen. Eine "... normale Entwicklung wird nicht erklärt durch Einflüsse von außen: Sie ist nicht das Explanandum, das durch äußere Einflüsse erklärt würde. Die Entwicklung selbst erklärt die Einflüsse von außen: Sie ist Explanans, da spezifische äußere Faktoren nur bei bestimmtem Entwicklungsstand wirken." [Oerter & Montada 1987, p. 77].

2.2.1.3 Entwicklung als Konstruktion

Zunehmend wird der Mensch selbst als Gestalter seiner Entwicklung betrachtet. Im Rückgriff auf ältere Theorien, insbesondere von Piaget und Werner, begreifen neuere Ansätze Entwicklung als einen *Konstruktionsprozeß*, in den Eingriffe von außen nach einem mechanistischen Grundmodell nicht möglich sind. Die Umwelt kann die Entwicklung nicht steuern, sie kann lediglich Angebote machen. Insbesondere in den 70er Jahren entstanden solche Ansätze zum Person-Umwelt-Verhältnis, deren Denkansatz systemisch und interaktionistisch geprägt war. Als Gemeinsames der entstandenen Modelle läßt sich die Kernannahme herausstellen, daß der Mensch und seine Umwelt ein Gesamtsystem darstellen und *stets beide aktiv* und in Veränderung begriffen sind (vgl. [Oerter & Montada 1987]).

2.2.2 Drogenkonsum und Entwicklung psychosozial

Das Konzept von Entwicklung als Konstruktion hat als transaktionales Wechselverhältnis zwischen Person und Umweltfaktoren vorrangig Einfluß auf die hier betrachteten Ansätze zur Drogenforschung genommen. Aber noch weitere Konzepte aus der Jugendforschung hatten deutlichen Einfluß auf die Hierarchisierung der psychosozial orientierten Forschungsansätze im Drogenbereich (z.B. [Kaplan et al. 1982]; [Projektgruppe TUdrop 1984]; [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985]; [Kindermann 1992]; [Weber & Schneider 1992]). In der vorliegenden Arbeit wird für die Herausarbeitung der Funktionalität von Drogenkonsum besonders der Aspekt der *Kontrollierbarkeit der*

Entwicklung im Sinne der erlebten Möglichkeit zur persönlichen Einflußnahme auf Ereignisse betrachtet.

In einer von Dreher und Oerter [1985] durchgeführten Untersuchung zur eigenen Einschätzung von Entwicklungsaufgaben durch Jugendliche fand sich bei der Befragung der Altersgruppe 14 bis 16 Jahre als zentrales Ziel des Erwachsenwerdens die *Umwelt- und Selbstkontrolle*. "Vorzugsweise ... hoben die Jugendlichen eindeutig die persönliche Kontrolle als das zentrale Ziel des Erwachsenenalters hervor. Selbständig mit dem Leben fertig werden, eine eigene Meinung haben, Selbstsicherheit und Stabilität besitzen, sind Beispiele für solche Zielvorstellungen." (vgl. [Oerter & Montada 1987, p. 279]).

Diese Stufe der Entwicklung, in der das Streben nach Selbständigkeit und Selbstverwirklichung in den Vordergrund tritt, gilt als charakteristisch für das Jugendalter. Zugleich ist dies die Entwicklungsstufe, auf der im Verständnis von 'Erwachsensein' Kontrolle ([Rotter 1966]; [Seligman 1975]) und Selbstwirksamkeit als eingeschätzte Wirksamkeit der Handlungen auf intendierte Ziele [Bandura 1985] am ausgeprägtesten in Erscheinung treten.

Unter den heutigen Bedingungen der Verbreitung und Verfügbarkeit von Drogen bedarf es eher besonderer Konstellationen, wenn ein Jugendlicher im Verlauf seiner Entwicklung nicht wenigstens vorübergehend einen Probierkonsum psychotroper Substanzen betrieben hat. Hierin begründen sich die Bestrebungen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung, *besondere* Konstellationen auszumachen, die einen jungen Menschen am fortgesetzten Konsum festhalten lassen.

Nach Silbereisen und Kastner [1985] bedeuten Probleme in der Entwicklung Einschränkungen, die erforderlichen Schritte zur selbstinitiierten Bewältigung von Entwicklungsanforderungen anzugehen. Sie verweisen auf einen gemeinsamen Ursprung jugendlichen Problemverhaltens: Ausdruck der Anstrengung zu sein, Kontrolle über die eigene Entwicklung wahren zu wollen. Das Problemverhalten Jugendlicher, zu dem auch der Drogenkonsum zählt, betrachten die Autoren als eine Antwort auf Belastungen des Jugendalters und es ist in dieser Hinsicht allen auf Entwicklung bezogenen Bemühungen gleichgestellt (vgl. auch [Hurrelmann & Hesse 1991]). "Problemverhalten schafft einerseits Risiken für die Entwicklung, hilft aber auch, Entwicklungsprobleme zu überwinden und entzieht sich damit jeder einfachen Bewertung ... Fremdbestimmung, Mangel an Passung, Widersprüche in der Planung und schließlich Schwierigkeiten der Verständigung sind es, auf die Jugendliche mit

Problemverhalten antworten" [Silbereisen & Kastner 1985]. Die Annahme einer direkten Beziehung zwischen dem jeweiligen Problemtyp und der Art des nachfolgenden Problemverhaltens wäre somit eine Simplifizierung dieser Beziehung. Ein und dasselbe Problemverhalten kann Ausdruck und Bewältigungsversuch ganz unterschiedlicher Entwicklungsprobleme sein. Umgekehrt kann unterschiedliches Problemverhalten Ausdruck und Bewältigungsversuch desselben Entwicklungsproblems bedeuten.

Systematische Längsschnittuntersuchungen in den USA zum Umgang Jugendlicher mit legalen und illegalen Drogen ergaben wichtige Hinweise auf Einflußfaktoren für den Übergang jugendlichen Probierkonsums zu fortgesetztem, häufigem Drogenkonsum [Kandel 1978; 1980]. Danach ist in der Einstiegsphase die Haltung Gleichaltriger bedeutsam, während sich beim Übergang zu häufigem Konsum eher familiäre Erziehungserfahrungen auf das Konsumverhalten auswirken. Zudem spielen soziale Faktoren in frühen Phasen des Drogenkonsums eine erhebliche Rolle, wohingegen in späteren Phasen fortgesetzten Konsums vor allem Faktoren der individuellen psychischen Pathologie entscheidendes Gewicht erhalten.

Kaplan [1980] bezieht sich auf die Beziehung zwischen jugendlichem Problemverhalten und der Auseinandersetzung mit den normativen Erwartungen einer Gruppe, deren Mitglied der Jugendliche ist oder gern wäre. Im Zuge erlebten Mißerfolgs den normativen Erwartungen gegenüber, erfolgt die Ausbildung des Problemverhaltens im Sinne der Normabweichung in mehreren Schritten: Der Jugendliche erkennt zunächst einen Zusammenhang zwischen erfolgter negativer Selbstbewertung und dem Mißerfolg und schreibt dies der von der Gruppe ausgehenden Fremdbestimmung im Sinne eines: "Was immer ich anstelle, die geben mir doch keine Chance" zu. Daraufhin kommt es zur Ausbildung positiver Einstellungen zu Verhaltensweisen, die von den Normen der ursprünglichen Bezugsgruppe abweichen. Hält die Hilflosigkeit gegenüber solchen selbstabwertenden Erfahrungen an, wird die Aufmerksamkeit zunehmend auf das abweichende Verhalten gerichtet: "*Abweichung hat die Funktion, das Selbst gegen aufgezwungene negative Bewertungen zu schützen.*" [Silbereisen & Kastner 1987, p. 909].

In den Untersuchungen von Jessor und Jessor [1977] wurde der Schwerpunkt auf den Drogenkonsum in seinem Zusammenhang mit anderen problematischen Verhaltensweisen einerseits und Varianten der Persönlichkeitsentwicklung und Milieucharakteristika andererseits gelegt. Die Autoren entwickeln hierzu das Konzept der Problem-disposition Jugendlicher (*problem behavior proneness*). "Als problematisch bezeich-

netes und negativ sanktioniertes Verhalten Jugendlicher fällt es häufig dem Zeitpunkt nach, in dem es auftritt, aus dem Rahmen sozialer Erwartungen: Problemverhalten ist im Vergleich zur Altersnorm oft verfrühtes Verhalten" [Projektgruppe TUdrop 1984, p. 41]. Am Beispiel des Alkoholkonsums Jugendlicher arbeiteten Jessor und Jessor [1977] heraus, daß der Konsum von Drogen juristisch und informell *altersgradierten Erwartungen* unterliegt. Zu einer gelungenen Lebensgestaltung würde damit sogar der alters- und erwartungsgerechte Gebrauch dazugehören. Im Vergleich zur Altersnorm verfrühtes Verhalten wird jedoch zu Problemverhalten. Einflüsse, die *Übergangsdispositionen (transition proneness)* d.h. nicht erwartungsgerechtes, sondern verfrühtes Verhalten fördern, entstammen den Bereichen soziodemographischer Bedingungen, Sozialisationseinflüssen, Persönlichkeit und der subjektiv repräsentierten Umwelt. Die beiden letzteren Faktoren haben nach Ansicht Jessors und Jessors dabei den stärksten Einfluß. Auf den Verlauf der Drogenkarriere haben wiederum Erziehungserfahrungen durch die Familie Einfluß (vgl. [Projektgruppe TUdrop 1984, p. 40ff]).

2.2.2.1 Die TUdrop-Studie

In Anlehnung und Weiterführung der Untersuchungen von Jessor und Jessor [1977] befragte die Projektgruppe TUdrop [1984] 50 Teilnehmer aus einer Basiserhebung von 574 unbetreuten, d.h. nicht in suchttherapeutischer Behandlung stehenden Jugendlichen in einem narrativen Interview. An der Herangehensweise von Jessor und Jessor kritisieren die Autoren die unzureichende Operationalisierung und daß die Jugendlichen in ihrem Verhalten als zu sehr passiv bestimmt betrachtet werden.

Nach der Projektgruppe TUdrop wird Sucht als Symptom einer Entwicklungsstörung verstanden und der Heroinabhängige als Akteur einer auch selbstbestimmten Entwicklung gesehen. Das Ziel der Untersuchung der Projektgruppe ist, die *Gründe* herauszuarbeiten, die das Individuum zu verfrühten Entwicklungsübergängen (*transition proneness*) oder zum Drogenkonsum und damit zum Problemverhalten bewegen.

Die Projektgruppe folgt in ihrer Untersuchung also der Grundannahme von der Entwicklung als Konstruktionsprozeß (vgl. [Silbereisen 1986]: "Entwicklung als Handlung im Kontext"), der nicht durch äußere oder innere, gleichsam genetisch festgelegte Strukturen kausal gesteuert wird. Drogenkonsum wird als spezifische Bewältigungsstrategie, die sich im Verlauf einer Drogenkarriere verändern kann, verstanden. Im Frühstadium des Haschischgebrauchs zum Beispiel erscheint der Drogenkonsum als Vermittler positiver Erfahrungen bzw. als Helfer zur Vermeidung negativer. Im Verlauf

aber werden Erregungsauf- oder Spannungsabbau zu den der Droge mehr oder weniger unmittelbar zugeschriebenen Wirkungen.

Die Funktion des Drogengebrauchs wird darin gesehen, ein optimales Verhältnis von Anspruch und Belastung und von Erregung und Beruhigung zu erreichen. Dies wird als eine spezifische Form der Bewältigung, bzw. in Anlehnung an das Konzept von Lazarus, als *Coping* bezeichnet. Weitere wesentliche Konzepte sind die der Entwicklungsaufgaben, der kritischen Lebensereignisse [Filipp 1990] und ihrer Bewältigung [Haan 1977]. Nach Lewin [1946] zur Charakterisierung des Erlebens und Verhaltens Jugendlicher, das sich aus der spezifischen Spannung zwischen Anforderungen des neuen Lebensraums und den persönlichen Möglichkeiten des alten Lebensraums ergeben, stellen die Autoren heraus: "Der Jugendliche steht ... zwischen zwei Welten, hat Schwierigkeiten, die neuen Anforderungen zu identifizieren, erlebt Konflikte zwischen thematisch gleichen, aber entgegengesetzt gerichteten Kräften und Valenzen aus beiden Lebensräumen. Hilflosigkeit und Kontrollverlust sind das dominierende Thema" [Projektgruppe TUDrop 1984, p. 38]. "In allen kognitiv komplexen Problemsituationen, in denen Menschen sich zurechtfinden wollen, sind Antizipierbarkeit und Kontrollierbarkeit der Folgen des eigenen Handelns unabdingbare Voraussetzungen, um eine persönlich neutral bewertete Gesamtverfassung zu halten ... Wie ist der Weg zum Drogengebrauch? ... Kontrollverlust und seine Folgen lassen sich durch Drogengebrauch subjektiv befriedigend, objektiv gesehen natürlich nur als Pseudo-Lösung bewältigen" [ebd., p. 54].

Das Anliegen der Untersuchung unbetreuter Jugendlicher ist, einen Beitrag zur Aufklärung der Ätiologie von Drogenabhängigkeit zu leisten. Die Studie wurde bewußt ohne festen Theorie- und Hypothesenrahmen durchgeführt. Es wurde auf einen Forschungsplan verzichtet, der vermutete Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge hätte überprüfen können, weil die vorliegende Erkenntnisbasis für solche Vermutungen zu schmal erschien. Dies ging jedoch zu Lasten der Erklärungsmöglichkeiten (vgl. [Projektgruppe TUDrop 1984, p. 368]). Wichtige Ergebnisse der Untersuchung sind:

- Die Tatsache, ob ein junger Mensch Drogen nimmt, ist nicht durch frühe, etwa elterliche Einflüsse, prognostizierbar. Sie erscheint situationsbedingt.
- Frühe Entwicklungseinflüsse determinieren indessen offensichtlich die Funktion des Opiatmißbrauchs für die weitere Entwicklung.

- Trotz gründlicher Suche ergaben sich keine Persönlichkeitsfaktoren, die zur Sucht disponieren.
- Drogenabhängigkeit ist Symptom einer Entwicklung, die dem Jugendlichen ein Aussteigen aus dem erwartungs- und normgerechten Lebenslauf nahelegt.

Bei dieser Untersuchung ist der methodische und heuristische Schwerpunkt eher qualitativer Art. Zwar wird im Vergleich zum Umfang der quantitativen Basiserhebung von 574 Heroinabhängigen nur ein relativ kleiner Anteil von 50 Personen im narrativen Interview exploriert, die Implikationen für weitere Überlegungen entstammen aber vorrangig diesem kleineren Anteil der Probanden. Zu dieser Auseinandersetzung der Projektgruppe TUDrop mit dem Drogenkonsum als Bewältigung sollen einige Unstimmigkeiten erwähnt werden.

Mit ihrem Verständnis vom Bewältigungsverhalten wollen die Autoren sich zwar auf Lazarus' Konzept beziehen, beziehen aber dann in ihren Bewertungen die immanente Grundlage des Modells des Stresses und seiner Beurteilung durch die betroffene Person nicht mit ein.

Zur Beurteilung des Bewältigungsverhaltens seiner Qualität nach beziehen sich die Autoren im Bewertungsteil ihrer Arbeit auf das Konzept von Haan [1977] mit ganz anderen Implikationen für das Bewältigungsverhalten. Haan faßte in ihren Auseinandersetzungen zur Bewältigung Bewältigungsverhalten nicht als aktiven Prozeß der Person auf, sondern vielmehr als Abwehrprozesse, die sie als rigides und passives Verhalten verstand. In Anlehnung an die amerikanische Ich-Psychologie differenzierte sie in zehn Ich-Prozesse, die drei hierarchisierten Kategorien des Verhaltens zugeordnet werden: Bewältigung, Abwehr und Fragmentierung. "The person will cope if he can, defend if he must, and fragment if he is forced to do so" [Haan 1977].

Zwar wird die Güte der Bewältigung durch Haans Aufteilung des Bewältigungsverhaltens in Abwehr (als eher defizitäre Variante) und Coping (als konstruktive und geglückte Variante) beurteilbar. Konsequenterweise müßten die Autoren in dem Resümee ihrer Arbeit dann aber von Drogenkonsum als Abwehrform sprechen. Damit sind aber andere Implikationen verbunden, als sie sich mit dem kognitiven Konzept nach Lazarus ergäben: das Individuum wäre dann doch mehr oder weniger Opfer seiner innerpsychischen Strukturen, der aktive Aspekt eigener und vor allem auch bewußter Konstruktion, wie von den Autoren der TUDrop-Studie ursprünglich verfolgt, geht

verloren. Ebenso werden die besonderen Aspekte des Stesses, die zur Beurteilung einer besonders hohen Belastung dienen, nicht mitberücksichtigt.

Unklar bleibt, wie die Funktion des Drogenkonsums gefaßt wird: einerseits beschreiben die Autoren der Projektgruppe TUdrop, "daß Drogengebrauch als eine spezifische Form von Bewältigung (Coping-Verhalten) anzusehen ist ...", um "... 'Gutes noch besser' und 'Schlechtes gar nicht so schlimm' ..." erleben zu lassen. Aufgrund der Wirkungsbreite der Drogen, ihrer Wirkungsintensität und der Verfügbarkeit soll der Droge zugleich aber ein Stück ihrer Exklusivität genommen sein: "Drogengebrauch läßt sich in einer Reihe mit anderen Bewältigungsstrategien, bzw. als möglicher Weg oder Variante anderer Bewältigungsstrategien sehen." [Projektgruppe TUdrop 1984, p. 52]. - Worin besteht dann das *Spezifische* am Drogenkonsum als Bewältigung, wenn diese Bewältigungsstrategie eine von vielen anderen darstellt?

Ferner sprechen die Autoren für den Fall des Übergangs vom Drogenkonsum in die Drogenabhängigkeit von Verfestigung des Bewältigungsverhaltens. Entscheidend sollen dafür frühere entwicklungsgeschichtlich bedingte Erfahrungen oder Konstellationen sein. - Was aber diese Beziehung zwischen der Erfahrung und dem Einstieg in eine manifeste Drogenkarriere bewirkt, was mit *Verfestigung* gemeint ist, bleibt unklar.

Auch wenn in der betrachteten Studie nicht explizit von Funktionalität oder Dysfunktionalität gesprochen wird, wird doch im Sinne einer an objektiven Kriterien orientierten Beurteilung der Funktion, die dem Drogenkonsum zugeschrieben wird, bewertet. Einerseits wird auf der Grundlage der allgemein die Jugend betreffenden Belastungen und die das Individuum im besonderen betreffenden kritischen Lebensereignisse, im Sinne einer Begründbarkeit des Drogenkonsums oder auch der Sucht, argumentiert und damit funktionale Aspekte suggeriert. Andererseits stellt für die Autoren die Bewältigung mit Hilfe von Drogen eine *Pseudo-Lösung* dar. - Hierdurch begeben sich die Autoren damit argumentativ in das Feld der Antinomie von Funktionalität und Dysfunktionalität, deren Grundlage die Trennung zwischen subjektiven Kriterien und Sinn einerseits und objektiven Kriterien und Anforderungen andererseits ist.

2.2.2.2 Die Studie von Uchtenhagen und Zimmer-Höfler

Enger am Funktionalitätsgedanken argumentieren Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] im Rahmen ihrer 1983-85 durchgeführten Studie an 215 Heroinabhängigen (bzw. 192 in der Folgerhebung) die dem Vergleich und damit dem Aufweis charak-

teristischer Unterschiede zwischen Heroinabhängigen und einer Kontrollgruppe nicht-abhängiger Jugendlicher diente. Ihr Ansatz ist ebenfalls ökologisch (mit Betonung systemischer Aspekte) und an den besonderen Bedingungen des Jugendalters orientiert.

In ihrer Auseinandersetzung wird Drogenkonsum als einer von mehreren möglichen Stabilisierungsversuchen in einer Krise aufgefaßt. Eine Krise wird als Destabilisierung eines aufrechtzuerhaltenden psychosozialen Gleichgewichts verstanden. Aus der gewählten Perspektive eines systemtheoretischen Ansatzes heraus betonen die Autoren den konsequenten Verzicht auf das Denkschema linearer Kausalität im sozialen Bereich, wobei die Person mit ihrer Umwelt als kleinste systemische Einheit betrachtet wird.

Wichtige Argumentationsgrundlage für den betrachteten Gegenstand ist außerdem das Begriffspaar *challenge* und *response* (Herausforderung und Bewältigungsversuch) von Toynbee (vgl. [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985, p. 25f]), "... das auf einfache Weise die Tatsache berücksichtigt, daß Systeme eine Funktion oder eine Mehrzahl von Funktionen haben, die sich auf die Bewältigung von Aufgaben beziehen, daß Systeme mithin funktional oder auch dysfunktional sein können ... Angesichts der 'äußeren' Anforderungen einerseits, der 'inneren' andererseits, hat sich die Funktionalität eines Systems sozusagen an zwei Fronten zu bewähren. Dies bedeutet praktisch immer, daß eine Kompromißbildung oder Versöhnungsarbeit zwischen eigenen inneren Bedürfnissen und von außen kommenden Erwartungen zu leisten ist." [ebd., p. 26]. Uchtenhagens Forderung an das Modell ist, daß sich die Abgrenzung normgerechten Verhaltens von abweichendem aus der Funktionalität des Verhaltens begründen läßt und den Rückgriff auf dogmatisch gesetzte Normen nicht erforderlich macht. Der Begriff des psychosozialen Gleichgewichts drückt aus, daß am Zustandekommen und an der Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtszustandes psychische, wie soziale Faktoren gleichermaßen beteiligt sind, weshalb es methodisch unumgänglich sei, beide Faktoren zu berücksichtigen. Als relevante Größen psychosozialen Gleichgewichts nennt Uchtenhagen die Faktoren *Anforderung*, *Ressourcen* und *Autonomie*, die sowohl inhaltlich, wie quantitativ einander entsprechen müssen.

Im Mittelpunkt der Untersuchung steht auch hier der Jugendliche mit seinen Anforderungen, "deren Komplexität mit entsprechenden Risiken für erlebten Kontrollverlust ... die Voraussetzungen für die unterschiedlichsten Formen beeinträchtigter Befindlichkeit" schaffen [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985, p. 16]. Ebenso wie die Autoren der Projektgruppe TUdrop [1984] erklärt auch Uchtenhagen: "Kontrollverlust

und seine Folgen lassen sich durch Drogengebrauch subjektiv befriedigend, wenn auch objektiv gesehen nur als Pseudo-Lösung bewältigen." [ebd.].

Als funktionelle Aspekte von Drogenkonsum führen Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] an:

- die Verwendung als Medikament im Sinne der gezielten Symptomverminderung;
- Drogenkonsum zum Zwecke der Sedierung;
- Drogenkonsum im Dienste rituell gebundener Erschließung einer anderen Wirklichkeit;
- individueller Drogenkonsum zum Zwecke der Selbststeuerung;
- Drogenkonsum als identitätsstiftende und Gruppenzugehörigkeit markierende "Symbolhandlung".

Den ubiquitären sozial und kulturell verankerten Konsum psychoaktiver Substanzen fassen die Autoren zur Hauptsache als funktionelle Lebenshilfe auf, während Drogenkonsum mit Krankheitswert einen dysfunktionellen Drogengebrauch bedeutet, da hierbei die individuell und kollektiv problemverdeckenden und entwicklungsbehindernden Auswirkungen im Vordergrund stehen würden. "Was im einzelnen den Umschlag von funktionellem zu dysfunktionellem Drogengebrauch kennzeichnet, wird meist an den unerwünschten Folgen desselben festgemacht: gesundheitliche Schädigung, psychopathologische Folgezustände, sozial unerwünschte Auswirkungen. So naheliegend dies ist, so sehr ist andererseits die Perspektive zu entwickeln, daß die Dysfunktionalität vor allem von den geforderten Leistungen des Individuums oder des Kollektivs her beurteilt wird." [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985, p. 22].

Die Dysfunktionalität sei darauf zu beziehen, daß die gestellten Anforderungen zwar zu einer Erhöhung des Drogenkonsums beitragen, dieser aber keine adäquate Hilfe zur Bewältigung der gestellten Anforderungen biete, sondern die Voraussetzungen dafür eher verschlechtere. Uchtenhagen führt weiterhin an, daß es auffällig sei, daß der Drogenkonsum Jugendlicher gerade mit der Kritik an der herrschenden Wachstums-ideologie und ihren Anforderungen koinzidiert. In Abgrenzung zu dieser könne der Drogenkonsum dann als Mittel zur "Beheimatung" dienen. Außer Zweifel stehe, daß alles dysfunktionell ist, was die Bewältigung der anstehenden Probleme beeinträchtigt. Als Dysfunktionalität gälte dabei häufig bereits der Zwangscharakter der Sucht-handlung, deren Funktionalität im allgemeinen oder im konkreten Augenblick nicht einsehbar sei. Demgegenüber erinnern die Autoren, "daß es auch dysfunktionalen Drogengebrauch ohne Abhängigkeit gibt ..., daß es aber auch eine Funktionalität der

repetitiven Suchthandlung gibt." [ebd., p. 23]. Als Funktionen der Suchthandlung werden beschrieben:

- Kommunikative Funktion: mit Mitteilungscharakter, als Selbstdarstellung, Abwehr gegen Fremdansprüche, Schutz vor Überforderung mit sekundärem Krankheitsgewinn als Grundfunktion;
- Selbstregulative Funktion: im Dienste der Affektabwehr, der Befindlichkeitssteuerung, Abwehr von Versagens- und Schamgefühlen, sowie von depressiven Gefühlen, aggressiven Phantasien und zur Triebabwehr, mit der Grundfunktion des primären Krankheitsgewinns;
- Palliative Funktion: als Substitute mit hoher Verlässlichkeit und Verfügbarkeit, mit der Vermittlung von Intimität und Zugehörigkeit.

Uchtenhagens Fazit ist, daß die Grenze zwischen Funktionalität und Dysfunktionalität nicht identisch ist mit der Grenze zwischen abhängigkeitsfreiem Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit. Es sei aus dem Ausgeführten ebenso deutlich zu schließen, daß, obwohl biologische und pharmakologische Bedingungen und Effekte zum Phänomen Sucht dazugehören, der Stellenwert des Drogenkonsums aber von der pharmakologischen Wirkung her allein nicht verstanden werden kann: daß es vielmehr auf die genannten Funktionen zurückgeht, als auf ein Stoffwechseldefizit, wenn bei bestimmten Menschen der Eindruck entsteht, daß sie mit ihren Abhängigkeitsgewohnheiten "besser" leben als ohne.

Unter der Zielvorstellung, wesentliche Unterschiede zwischen 248 Heroinabhängigen verschiedener Schweizer Institutionen und einer gematchten Kontrollgruppe aus einer repräsentativen Stichprobe herauszuarbeiten, wird von Uchtenhagen und Zimmerhöfler [1985] folgendes festgestellt: "In fast allen verglichenen Bereichen weisen die Opiatabhängigen massive Unterschiede zur Vergleichsgruppe auf, als deren Leitlinie die Schlagworte Defizit und Spannung gelten können, die sich als biographische Konstante Opiatabhängiger erweisen. Defizite bestehen vor allem im Bereich der familiären, sozialen und bildungsmäßigen Ressourcen. Die daraus resultierende Spannung äußert sich in beruflicher, ökonomischer und sozialer Instabilität, in ungeeignetem Konfliktlösungsverhalten und in vermehrter Delinquenz neben dem Leitsymptom der Sucht und des Substanzmißbrauchs" [ebd., p. 156].

Fehlende Ressourcen, z.B. Stabilitätsdefizite in der Herkunftsfamilie, werden ausgeglichen durch das Aufsuchen geeigneter Peer- und Freizeitgruppen, die als unterstützende Stabilisierungshilfe im Krisenfall zu funktionieren vermögen.

2.2.2.3 Die Amsel-Studie

Eine der wenigen deutschen Verlaufsstudien zur Abhängigkeit ist die Untersuchung *Ambulante Therapie und Selbstheilung* des Frankfurter Therapieverbundes "Jugendberatung und Jugendhilfe e.V." [Projektgruppe Rauschmittelfragen 1991]. Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie über die Jahre 1985 bis 1990 befragte und begleitete die Forschungsgruppe "Amsel" 324 Drogenabhängige (vgl. [Kindermann et al. 1989]; [Sickinger et al. 1992]). Davon waren 85 Frauen und 239 Männer im Alter zwischen 17 und 43 Jahren. Nach Abschluß des Beobachtungszeitraums ergab sich folgendes Bild: 26,6% waren vier Jahre später drogenfrei und führten ein Leben außerhalb von Institutionen. 9,6% wiesen einen problematischen Drogenkonsum von vorwiegend Cannabis ohne Abhängigkeit auf, Opiate konsumierte jedoch keiner. Etwa 22% der ursprünglich Befragten waren weiterhin abhängig, 6,5% inhaftiert, 8% befanden sich in stationärer Behandlung und 8,3% waren zum Abschlußzeitpunkt der Untersuchung bereits gestorben. Als eine der wichtigen Aussagen für die Betrachtungen der vorliegenden Arbeit soll festgehalten werden: Drogenkonsum ermöglicht, die gestellten Entwicklungsanforderungen zu verleugnen, illusionäre Vorstellungen und Phantasien über die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln oder Problemsituationen nicht wahrnehmen zu müssen (vgl. [Kindermann 1992]). "Die Chance zum Ausstieg aus der Sucht steigt in dem Maße, in dem Drogenabhängige Gelegenheit erhalten oder sich verschaffen, die 'verschleppten' Entwicklungsaufgaben, vielleicht verspätet, aber dennoch, Stück für Stück produktiv anzugehen" [Kindermann et al. 1989, p. 19].

Vier für den Ausstieg wesentliche Aspekte müssen dazu nach Auffassung der Autoren von dem Drogenabhängigen wahrgenommen werden:

- die eigene Situation;
- die eigene Verantwortlichkeit;
- die Möglichkeit zum Ausstieg;
- die eigenen Fähigkeiten, dies zu bewältigen.

Krausz und Degkwitz [1996] kritisieren daran: "Diese plausible Vorstellung bleibt aber bei den Prämissen auf der Ebene der Motive und bezieht die Bedingungen nicht ein. Sie

bezieht sich nicht auf 'Konstellationen', in denen ein Individuum entscheidet aufzuhören oder weiterzumachen. Letztlich bleibt so eine schematische Trennung zwischen Motivlage und Bedingungen" [ebd., p. 27].

2.2.3 Resümee: Zum Verhältnis von Drogenkonsum, Belastung und Kontrolle im Jugendalter

In dem bisher Dargestellten ist mehrfach ein Bezug zwischen Drogenkonsum, Belastung und der Möglichkeit, Kontrolle auszuüben, angedeutet. Da diese Bezüge für die Argumentation dieser Arbeit von zentraler Bedeutung sind, sollen sie hier noch einmal kurz aufgegriffen werden:

- Umweltkontrolle und Selbstkontrolle wurden in einer empirischen Untersuchung als hervorstechende Ziele des Erwachsenwerdens herausgearbeitet [Oerter & Montada 1987].
- Mit Bezug auf Lewin [1946] betonte die Projektgruppe TUdrop [1984] Hilflosigkeit und Kontrollverlust als die dominierenden Themen der Jugend.
- Antizipierbarkeit und Kontrollierbarkeit der Folgen sind gemäß der Projektgruppe TUdrop für eine persönlich als neutral empfundene, d.h. unbeeinträchtigte Gesamtverfassung unabdingbare Voraussetzungen.
- Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] stimmen mit der Einschätzung der TUdrop-Autoren überein, daß sich Kontrollverlust und seine Folgen subjektiv durch Drogengebrauch bewältigen lassen, wenn auch objektiv gesehen nur als Pseudolösung.

So wurde der Aspekt der Kontrolle bzw. des Kontrollverlusts in der Auseinandersetzung mit jugendlichem Drogenkonsum zwar oft erwähnt, ansatzweise auch berücksichtigt. Die Bedeutung und Beziehung des Kontrollverlusts zur Befindlichkeit, und damit zur Funktionalität des Drogenkonsums und der Abhängigkeit, wurde in der wissenschaftlichen Literatur bisher aber nicht problematisiert. Am deutlichsten tritt die Funktion und Bedeutung der Kontrolle für das Erleben, die Befindlichkeit und das Verhalten im Kontext belastender Situationen hervor.

2.3 Kritische Lebensereignisse, Streß und Bewältigung

2.3.1 Kritische Lebensereignisse und Streß

Als besondere Form belastender Situationen gelten kritische Lebensereignisse. Sie sind von den oben ausgeführten Entwicklungsaufgaben, die als gleichsam normative Lebensereignisse betrachtet werden können, zu unterscheiden. Kritische Lebensereignisse sind demgegenüber Ereignisse, die rein subjektive Ausnahmesituationen wie beispielsweise Scheidung der Eltern, Tod des Vaters oder der Mutter, Selbstmord von Bruder oder Schwester etc. darstellen. Sie bezeichnen die spezifisch subjektive Erlebnisqualität, die über die Erfahrungen der Alltagswelt hinausweist und durch die deren naiv vorausgesetzte Selbstverständlichkeit radikal in Frage gestellt wird. Nach dem Modell von Filipp [1990] lassen sich kritische Lebensereignisse als solche Ereignisse auffassen, die zu einer Neuanpassung des Verhaltens der betroffenen Person zwingen.

Aus der Perspektive der klinisch-psychologischen Forschung ist hierbei eine wichtige Grundannahme, daß mit dem Konzept der kritischen Lebensereignisse ein Ansatz zur Erforschung der psychosozialen Bedingungen von Erkrankungen und Störungen vorliegt. Wesentliche Ausgangshypothese ist dabei, daß die Konfrontation mit einer Vielzahl kritischer Lebensereignissen innerhalb eines bestimmten Zeitraums pathogene Effekte besitzt und als krankheitsauslösend oder -verursachend zu betrachten ist.

In Anlehnung an das Streßkonzept von Lazarus [1966] wird bei der Betrachtung kritischer Lebensereignisse davon ausgegangen, daß jede Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis mit den darauffolgenden Prozessen der Auseinandersetzung und Bewältigung ein transaktionales Geschehen ist. Das heißt nicht, daß etwa personenspezifische Faktoren oder Umweltfaktoren allein konstitutiv für das Auftreten von Streß sind, sondern daß es stets um die Interaktion der personenspezifischen Faktoren und der Umweltfaktoren geht. "Damit geht die Annahme einher, daß jegliche Analyse kritischer Lebensereignisse, die nicht zugleich den aktiven Umgang der Person mit diesen Ereignissen in die Betrachtung einschließt, einen mechanistisch verkürzten Zugang darstellen muß, der uns keine hinreichenden Erkenntnisse über die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen für personenseitige Veränderungen liefert" [Filipp 1990, p. 9].

Ein Ereignis ist per se nicht als kritisches Lebensereignis aufzufassen. Es ist ein kritisches Lebensereignis dann gegeben, wenn die Kongruenz zwischen Person und Umwelt, als *Passungsgefüge* aufgefaßt, ein Mindestmaß unterschreitet und deshalb die

Neuorganisation dieses Gefüges erforderlich macht. Sie sind durch die ausgelösten bzw. vollzogenen Veränderungen der betroffenen Person gekennzeichnet, die eine Anpassungsleistung bedeuten und als solche habitualisierte Handlungsabläufe unterbrechen und von affektiven Reaktionen begleitet sind. Kritische Lebensereignisse sind im Unterschied zu den normativen Entwicklungsaufgaben also ganz individuelle Belastungen, die von der betreffenden Person als beeinflussend oder sogar entscheidend für die Entwicklung der eigenen Biographie empfunden werden. Durch die dabei prinzipiell hervorgerufenen Veränderungen werden sie als streßreich angesehen, unabhängig von ihrer Art.

Mit Hilfe empirischer Untersuchungen in den 80er Jahren (vgl. [Filipp 1990]) wurden die Ereignisse dahingehend unterschieden, daß jene Ereignisse als positiv und wünschenswert erlebt werden, die ein geringes Maß an Wiederaanpassung erfordern, vorhersehbar sind und der Person kontrollierbar erscheinen. Unerwünschte Ereignisse hingegen besitzen den höchsten Vorhersagewert für einen Index psychiatrischer Symptomatik.

2.3.2 Streß und Bewältigung

An der Konzeption des Streßmodells von Lazarus [1990] wird die Bedeutung der Kontrolle der Ereignisse durch die das Ereignis erlebende Person deutlich.

Wesentliches Merkmal dieser Auffassung von Streß und dem ihm folgenden Bewältigungsverhalten ist seine kognitive Grundlage. Danach bezieht sich psychischer Streß auf Anforderungen, die in der Einschätzung der betroffenen Person interne oder externe Ressourcen auf die Probe stellen oder sogar überschreiten. Entscheidend dabei ist das Moment der kognitiven Einschätzung, wodurch Streß zum psychologischen Konstrukt wird und also weder gleichbedeutend mit einem Umweltreiz, noch mit einem Personenmerkmal ist (siehe Abb. 1). Dadurch also, daß bei diesem Ansatz weniger die Betonung auf Struktur- oder Eigenschaftstheorien liegt, die die Vorgänge zwischen Person und Umwelt beschreiben, liegt die Akzentuierung des Ansatzes in der Auffassung vom prozessualen Charakter der Auseinandersetzung einer Person mit ihrer Umwelt. Lazarus plädiert im Zuge seiner Untersuchungen zum Bewältigungsverhalten zunehmend für Veränderungen, die sich sowohl in der Person selbst, wie auch in ihrem Verhältnis zu ihrer Umwelt, über die gesamte Lebensspanne vollziehen, statt von Stabilität in diesem Verhältnis auszugehen [Folkman & Lazarus 1985]. Die Beziehung

zwischen Person und Umwelt und die daraus resultierende Einschätzung wird daher als transaktionaler Prozeß verstanden.

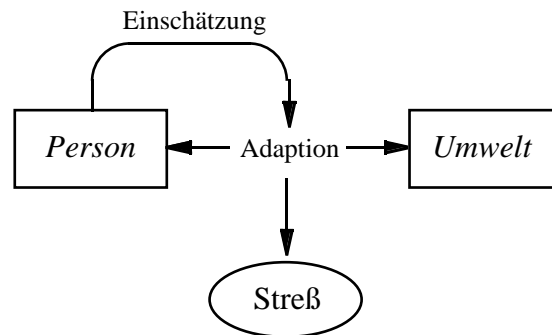


Abb. 1: Streß entsteht in der Einschätzung: das Streßkonzept nach [Lazarus 1966; 1990].

Die Beziehungen zwischen Person und Umwelt werden demnach durch die Wahrnehmung und Bewertung seitens der Person definiert. Oberstes Prinzip ist also die *kognitive Einschätzung*. Aus ihr resultieren Emotionen und Streß. Entscheidende Folgen für die Zukunft ergeben sich nach diesem Konzept aber nicht unmittelbar aus dem Streß selbst, sondern aus dessen Bewältigung, da sie die Veränderung des Person-Umwelt-Verhältnisses reguliert (vgl. [Silbereisen 1986]: "Entwicklung als Handlung im Kontext"). Das Verhalten der Person zu ihrer Umwelt wird demnach vornehmlich durch die kognitive Verarbeitung geleitet, die sich auf die jeweilige Situation mit ihren Anforderungen bezieht. Als situations- bzw. einschätzungsgebundenes Verhalten löst Lazarus dieses ab von einem eher starren Persönlichkeitskonzept, bei dem das Verhalten als Ausdruck der Person-Umwelt-Beziehung auf grundsätzlich überdauernde Strukturen der Persönlichkeit zurückzuführen wäre.

2.3.2.2 Die Bewältigung: *Coping*

Wie das Ereignis bewältigt wird, hängt nach dem Konzept von Lazarus also davon ab, wie es eingeschätzt wird. Bei der primären Einschätzung (*primary appraisal*) im Zuge der Konfrontation mit einem Ereignis kommt es auf die Bedeutung für das eigene Wohlbefinden an, mit der zugrundeliegenden Frage: "Bin ich bedroht?". In einem zweiten Prozeß der Einschätzung (*secondary appraisal*) geht es um die Frage der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Bewältigung: die Veränderung der Situation, die Akzeptanz der Situation, die Suche nach mehr Information oder Hilfe oder die

Zurückhaltung von impulsivem Verhalten u.a., die sich als Unterkategorien der Bewältigungsstrategien verstehen lassen.

Zwei prinzipielle Strategien der Bewältigung stellen Folkman, Lazarus et al. [1986] (vgl. auch [Lazarus 1990]) heraus: "Coping has two major functions: dealing with the problem that is causing the distress (problem-focused coping) and regulating emotion (emotion-focused coping)" (p. 572).

Zwar werden in einem Bewältigungsprozeß stets beide Strategien - *problemorientiertes* und *emotionszentriertes* Verhalten - eingesetzt. Allerdings wird je nach vorangegangener Einschätzung über die Größe und Art der Bedrohung und die zur Verfügung stehenden eigenen Mittel der Bewältigung eine Strategie vorrangig eingesetzt. Als ein bekanntes Beispiel für die verschiedene Zusammensetzung der Strategie bzw. deren Veränderung über die Zeit als Prozeß der Bewältigung gilt die Situation einer Person, die erfahren hat an einer tödlichen Krankheit zu leiden. Aus anfänglicher Verleugnung der Krankheit ist oftmals der Übergang in Hoffnung, Informationssuche und schließlich Akzeptanz der eigenen Situation zu beobachten.

Bewältigungsprozesse besitzen allgemein also zwei Grundfunktionen:

- die Verbesserung einer bedrohlichen Situation durch deren Veränderung und
- die Veränderung der physischen und erlebnismäßigen Komponenten der durch den Streß erzeugten Emotionen, um diese unter Kontrolle zu behalten, damit sie nicht das Wohlbefinden und das soziale Funktionieren beeinträchtigen (vgl. [Lazarus 1990, p. 216ff]).

Das bedeutet, daß die *Wahl* des Bewältigungsverhaltens auch von Umweltfaktoren abhängt, die *Art der Einschätzung*, ob es sich um eine Bedrohung handelt dagegen nicht. Die jeweilige Einschätzung der Bedrohung scheint dagegen wesentlich durch bereits gemachte Erfahrungen bei der Bewältigung belastender Ereignisse abzuhängen.

Die Einschätzung der Kontrollierbarkeit durch eigenes Verhalten spielt hierbei eine wesentliche Rolle: "The major criterion has to do with the extent to which an outcome is within the person's control. If it is, problem-focused forms of coping that are intended to achieve the desired outcome are appropriate, and emotion-focused forms of coping that interfere with problem-focused coping are inappropriate" [Folkman & Lazarus 1988]. "I am confident that personal meanings are the most important aspects

of psychological stress with which the person must cope, and they direct the choice of coping strategy" [Lazarus 1993].

2.3.2.3 Die Kontrollierbarkeit

Das Konstrukt des *locus of control of reinforcement* entwarf Rotter bereits 1966 im Rahmen einer sozialen Lerntheorie. Danach bilden sich generalisierte Erwartungshaltungen des Individuums danach aus, inwieweit es durch sein Handeln Einfluß auf Verstärkungsbedingungen hat. Daß heißt, daß eine Person über einen *internal locus of control* verfügt, wenn sie der Überzeugung ist, die Kontrolle über die Verstärkungsbedingungen des eigenen Verhaltens zu besitzen. Hingegen herrscht ein *external locus of control* der Person vor, wenn sie der Überzeugung ist, daß lediglich andere, äußere Faktoren und nicht sie selbst Einfluß auf die Auswirkungen des eigenen Verhaltens haben. Dieses Konzept der *generalisierten Kontrollüberzeugungen* von Rotter [1966] stellt also eher eine statisch konzipierte Persönlichkeitsdisposition dar, deren Grundlage die Annahme einer mehr oder weniger festgelegten Struktur der Persönlichkeit ist.

Die Auswirkung der wiederholten Erfahrung nicht kontrollierbarer Ereignisse wurde von Seligman [1975] in seiner - wenn auch von Lazarus später als "Labortheorie" kritisierten - Theorie über die *gelernte Hilflosigkeit* dargestellt (vgl. [Braukmann & Filipp 1990, p. 236 ff]). Die Grundannahme ist hierbei, daß die wiederholte Konfrontation mit Situationen, in denen keine der Reaktionen eines Individuums etwas bewirkt und somit eine ungerichtete, zufällige Beziehung zwischen eigenem Verhalten und intendierten Konsequenzen besteht, zur *gelernten Hilflosigkeit* führt. Je nach Häufigkeit, Intensität und Bedeutung dieser Erfahrungen neigt die betreffende Person zur Generalisierung dieser Erfahrung auch auf andere Kontexte. Das würde bedeuten, daß selbst potentiell kontrollierbare Ereignisse als nicht kontrollierbar eingeschätzt würden. Die Person glaubt, erneut hilflos zu sein, und faßt die bevorstehende Situation als Bedrohung auf, mit den nach Lazarus [1990] folgenden Konsequenzen im Bewältigungsverhalten.

Die Stringenz dieser hier aufgeführten Bezüge ist allerdings mit Vorbehalt theoretischer Annahmen und den experimentellen Bedingungen der Erforschung letzterer zu sehen: "Für die Komplexität realer Lebenssituationen stellt sich allerdings die Frage, auf welche Weise Personen spontan aus einer Vielfalt früherer Erfahrungen prototypische Hilflosigkeitssituationen selektieren und Transferbeziehungen im Erwartungsraum bevorstehender Situationen konstruieren" [Brunstein 1988].

Die Ausweitung des Begriffs der *Bewältigung* auf schwierige Situationen oder Herausforderungen generell hat eher zu einer Verwässerung des Konzepts geführt. Im Alltagsgebrauch, wie auch im 'Wissenschaftsjargon' wird oft von Bewältigung gesprochen, wenn im engeren Sinne Meisterung o.ä. gemeint ist. Die Verwendung des Bewältigungsbegriffs in der vorliegenden Arbeit erfolgt vor dem Hintergrund des Steßkonzepts von Lazarus (s.o.) und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Emotionalität und Gesundheit.

Trotz theoretischer Schwierigkeiten und Umsetzungsproblemen für die Empirie läßt sich zusammenfassend für die vorliegende Untersuchung festhalten, daß ein Ereignis dann als besonders belastend empfunden wird, wenn es

- ein hohes Maß an Wiederanpassung und Veränderungsleistung verlangt;
- sich durch geringe bzw. keine Vorhersagbarkeit auszeichnet und
- als unkontrollierbar erlebt wird.

Von Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und von kritischen Lebensereignissen zu sprechen impliziert also nach diesem Konzept immer das Vorliegen von Streß auf Basis der Einschätzung durch die Person und stellt die Frage der Kontrollierbarkeit mit in den Vordergrund. Die entsprechenden Konzepte aus der Copingforschung - wie *locus of control*, *mastery* und Attributionen zur Kausalität von Ereignissen und Selbstwirksamkeit - haben gemeinsam die Gewichtung des Gefühls der persönlichen Kontrolle und dessen Gegenteil, das Gefühl des Ausgeliefertseins.

In der vorliegenden Arbeit sollen diese Aspekte ebenso für die einem Drogenmißbrauch vorausgehenden und mitbedingenden Konstellationen gelten, wie auch für die Bewältigung des Ausstiegs aus einem praktizierten Konsummuster oder aus dem Konsum überhaupt.

2.3.2.4 Das soziale Netz

Als wichtige Ressource bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen darf das soziale Netz, d.h. unterstützende Familienmitglieder, Freunde und Partner etc., auf deren Hilfe zurückgegriffen werden kann, nicht vergessen werden (vgl. [Jung 1994]). Funktionierende soziale Stützsysteme können die Handlungsmöglichkeit der Person erhöhen und können in Krisensituationen als Puffer wirken, wenn es um das Abfedern nachteiliger Folgen geht. Das Vorhandensein von sozialer, aber auch von finanzieller Unterstützungsmöglichkeit, hat also einen moderierenden Effekt, was den Umgang mit

Belastungssituationen angeht. Diese Unterstützungsquellen müssen aber auch - seien sie nun ideell, materiell oder personell - von der betroffenen Person wahrgenommen und als für die Lösung des Problems relevant erkannt werden. Es gibt also nicht die Ressource schlechthin, sondern sie ist immer Ergebnis und Ausdruck der sozialen Beziehung und deren Verarbeitung durch die Person.

Andererseits kann sich eine belastete familiäre Situation negativ auf die Möglichkeit der Bewältigung von Problemsituationen und damit auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken. Brown [1988] beschrieb spezifische Bewältigungsmechanismen alkoholkranker Kinder (vgl. auch [Brown 1989]). Insbesondere Selbst- und Fremdkontrolle werden demnach für Kinder von alkoholkranken Eltern überaus wichtige Bewältigungsmechanismen, als Reaktion auf das Gefühl des Ausgeliefertseins in einer chaotischen häuslichen Umgebung. Im Bereich Emotionen und Persönlichkeit zeigen Kinder von Alkoholikern vermehrt Angst und depressive Symptome, ein geringes Selbstwertgefühl und eine eher externale Kontrollüberzeugung (vgl. [Baumeister & Riedesser 1996]).

2.3.2.5 Streß und Belastung über die Zeit

Es scheint plausibel zu sein, davon auszugehen, daß bei einer dauerhafteren Vorbelastung einer Person, die deren Bewältigungsvermögen strapaziert, ein hinzutretendes Ereignis schwerer wiegt und eher Streß bedeutet, als unter nicht belasteten Vorbedingungen (vgl. [Folkman et al. 1986]). Es wird in dieser Arbeit daher angenommen, daß unter Dauerbelastung stehende Menschen über eine geringere Toleranz gegenüber Streß verfügen, diese Vorbelastung in den Einschätzungsprozeß also eingeht und damit das Bewältigungsverhalten beeinflußt.

In dem Versuch, die spezifische Situation Jugendlicher zu rekonstruieren, müssen die oben ausgeführten Aspekte in die Auseinandersetzung mit einfließen, um beurteilen zu können, ob und wodurch speziell Jugendliche im Rahmen ihrer Entwicklung besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive stellen die Entwicklungsaufgaben mit ihren umfangreichen Veränderungen eine bedeutsame Belastung dar. Dies konnte anhand der bisher ausgeführten Überlegungen gezeigt werden. Innerhalb welcher Konstellationen ganz allgemein für Jugendliche Streß entsteht und welche Rolle dabei der Konsum von Drogen und Arzneimitteln spielt, haben Engel und Hurrelmann [1989; 1994] (auch [Hurrelmann & Hesse 1991]) in ihren Untersuchungen erarbeitet.

2.4 Streß im Jugendalter allgemein

In einer Querschnittsuntersuchung konnten Engel und Hurrelmann [1989] bereits den Zusammenhang von Nutzungsmustern von Arzneimitteln und psychoaktiven Substanzen und der gezielten Beeinflussung der Körperfunktionen und der seelischen Zustände bei Jugendlichen nachweisen:

- der Arzneimittelkonsum steigt in den Gruppen von Jugendlichen deutlich an, die wegen schulischer Leistungsschwierigkeiten und Konflikten mit den Eltern über starke Beanspruchungen und Belastungen berichten. Ihren Ergebnissen zufolge greifen schon Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren regelmäßig in den häuslichen Medikamentenschrank, um sich chemisch zu manipulieren.

2.4.1 Die Studie von Engel und Hurrelmann

In ihrer "Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter", durchgeführt an 491 Jugendlichen, stellen Engel und Hurrelmann [1994] heraus:

"Wie anfällig ein Mensch für bestimmte Gesundheitsbeeinträchtigungen ist, richtet sich nach dem Verhältnis zwischen den Risikofaktoren und den Schutzfaktoren, die er unter seiner Kontrolle hat. Kommt es zu einem Überwiegen von Belastungssituationen und -konstellationen im sozialen und im ökologischen Bereich, dann werden ganz offensichtlich auch die physiologischen Anpassungs- und Bewältigungsprozesse tangiert ... Der Gesundheitszustand ist ein Gleichgewichtsstadium zwischen körperlich-physiologischen und sozial-ökologischen Prozessen. Deutlicher als in anderen Lebensphasen wird im Jugendalter demonstriert, wie unsinnig es ist, Gesundheit oder Krankheit als allein auf körperliche Zustände abgestelltes Konzept zu definieren" [ebd., p. 3ff].

Die Autoren untersuchen drei Formen des Risikoverhaltens Jugendlicher:

- das Streßrisiko in Gestalt psychosomatischer Beschwerden;
- das Drogenrisiko in Gestalt des Konsums legaler Substanzen zur psychischen und physischen Manipulation und
- das Delinquenzrisiko in Gestalt der Regelverletzung sozialer Umgangsformen und Aggression gegenüber anderen.

2.4.1.1 Drogenkonsum und Anpassung

Während Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] in ihrer Untersuchung die unkonventionellen Einstellungen Heroinabhängiger und deren Abweichung von den Wertorientierungen der Norm schon durch deren Bereitschaft, illegale Drogen zu konsumieren, herausstellen, zeigen Engel und Hurrelmann [1994] im Gegensatz dazu, daß die Verwendung von Arzneimitteln vor allem dann erfolgt, wenn es um die gezielte Beeinflussung schulischer Leistungen geht und dadurch den Anforderungen und also den Wertorientierungen entsprochen werden kann.

Zwar bestehen große Unterschiede in den Konstellationen und Motivationen eines manifest Heroinabhängigen gegenüber einem Nichtabhängigen, die Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] ja gerade herausstellen. Es erscheint allerdings wichtig, hier festzuhalten, daß für Engel und Hurrelmann [1994] gerade für die Einstiegssituation in das Verhalten, mit Substanzen seine Befindlichkeit zu manipulieren, die *Anpassung an die Norm* im Vordergrund steht (siehe Abb. 2). Sie zeigen empirisch, daß psychosomatische Streßreaktionen als Überforderungsphänomene vor allem dann hervorgerufen werden, wenn Erwartungen, Wertorientierungen und Anforderungen, die an den Jugendlichen gestellt werden, von diesem auch internalisiert wurden.

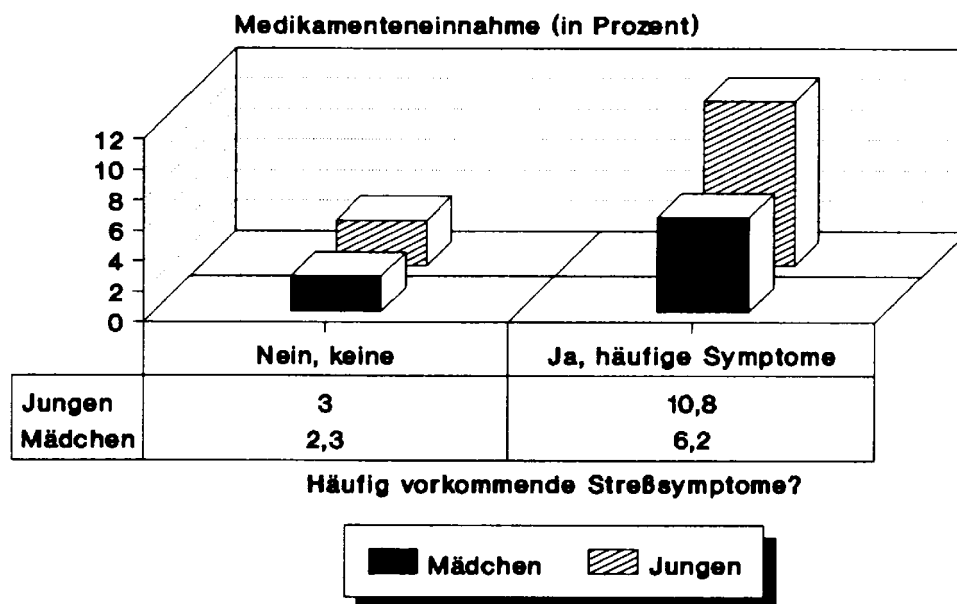


Abb. 2: Medikamenteneinnahme (zur Beruhigung bzw. Aufmunterung), um in der Schule besser mitzukommen, und der Tatbestand häufiger Streßsymptome (aus [Engel & Hurrelmann 1994, p. 181]).

Demnach kann auch das Praktizieren riskanter Verhaltensweisen, wie etwa der Zigaretten-, Alkohol- oder Drogenkonsum, den Akteuren subjektiv als durchaus sinnvoll erscheinen, z.B. dann, wenn die *kurzfristig erreichbaren* und *praktisch sicheren* Vorteile den *möglichen* langfristigen Nachteilen gegenüberstehen. Die Analyse der Funktion jugendlichen Tabak- und Alkoholkonsums ergab, daß der Konsum eher als Reaktion auf äußere Belastungsmomente aufzufassen ist, denn als Korrelat einer Lebenssituation, mit der die Jugendlichen positive Gefühle verbinden. Daher erweisen sich vor allem die Schulleistungen, die aus Sicht der Jugendlichen nicht den Erwartungen der Eltern entsprechen, als verstärkt mit dem Konsum von Alkoholika und Zigaretten verbunden.

Die Analyse zur Konsumprävalenz von Alkohol bei 13- bis 17jährigen Jungen und Mädchen konnte zeigen, daß in dem betrachteten Zeitraum von drei zurückliegenden Monaten nur ein Drittel keine weichen Alkoholika (Wein, Sekt, Bier) zu sich genommen hatte, während etwa ein Viertel der Befragten einmal pro Woche oder häufiger konsumierte. Immerhin 9% greifen danach bereits einmal pro Woche zu harten Spirituosen (vgl. [Engel & Hurrelmann 1994, p. 195]). Tab. 1 zeigt die Konsumententwicklung einer Gruppe von anfänglich 12- bis 13jährigen Schülern über den Zeitraum von vier Jahren.

Tab. 1: Alkohol- und Tabakkonsum im Jugendalter. Entwicklung innerhalb einer Gruppe von anfänglich ca. 12- bis 13jährigen Schülerinnen und Schülern (in Prozent). Aus [Engel & Hurrelmann 1994, p. 197].

	... innerhalb der Jahrgangsstufe			
	7.	8.	9.	10.
Jungen				
Weiche Alkoholika	6,0	15,0	23,3	39,5
Harte Alkoholika	4,9	6,4	9,0	13,2
Zigaretten	6,4	14,3	17,7	25,2
Mädchen				
Weiche Alkoholika	1,8	7,1	13,3	27,6
Harte Alkoholika	1,3	3,6	5,8	7,6
Zigaretten	7,6	13,8	16,9	28,0

* jeweils: "... in den letzten 3 Monaten ..."; N jeweils 266 Jungen bzw. 225 Mädchen; 'Weiche Alkoholika' = "Wein, Sekt, Bier"; 'harte Alkoholika' = "Schnaps, Likör, Weinbrand"

Bedacht werden muß, daß der Griff zur Zigarette oder das Trinken von Alkohol bei vielen sozialen Anlässen zum Standardrepertoire kulturell definierten Verhaltens gehört und ein der Norm entsprechender Umgang z.B. mit alkoholischen Getränken ebenfalls den Entwicklungsaufgaben zugerechnet werden muß, die es zu meistern gilt. Der deutliche Anstieg des Konsums in der Jugendphase kennzeichnet auch dieses Hineinwachsen in eine Kultur, wie sie vorgelebt und nicht zuletzt auch durch die Medien geformt wird.

2.4.1.2 Konsum und persönliche Belastung

Engel und Hurrelmann [1994] konnten in ihrer Untersuchung zeigen, daß sich die Wahrscheinlichkeit des Übergangs vom Nichtkonsumenten zum Konsumenten, also der Einstieg, deutlich früher vollzieht, wenn ein Verhältnis zu den Eltern besteht, das durch Streit geprägt ist (entsprechend dem oben beschriebenen 'Problemverhalten'). Darüber hinaus zeigten sie eine zeitspezifische Beziehung zwischen Konflikten mit den Eltern und der Steigerung des Drogenkonsums auf. Sie beschrieben dazu die Stärke des Konflikteffekts als Funktion der Zeit, in der der Effekt bereits wirkt. Dazu unterzogen sie die Beziehung zwischen Konflikten und Drogenkonsum zum einen und die Beziehung zwischen Konflikten und psychosomatischen Reaktionen zum anderen einer entsprechenden Strukturgleichungsanalyse und prüften, wie sich jeweils das Verhältnis der kurz- zu den längerfristigen Konflikteffekten darstellt (siehe Abb. 3).

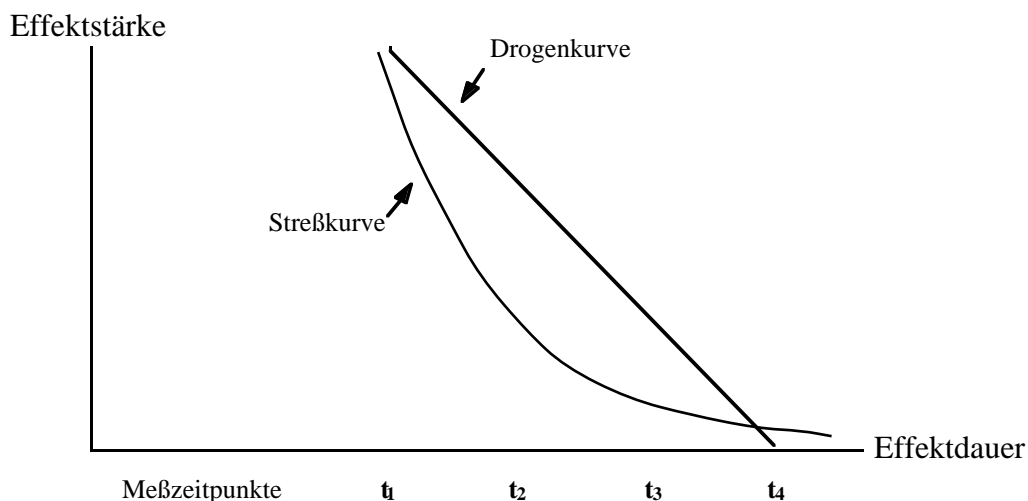


Abb. 3: Drogenkonsum und Streßsymptome: Modellannahmen zur Zeitstruktur von Konflikteffekten (aus [Engel & Hurrelmann 1994, p. 209]).

Konflikte entfalten demnach ihre stärkste und intensivste Wirkung im akuten Stadium und führen zu unmittelbaren Streßreaktionen. Grundlegendere Konflikte wirken aber über die Zeit noch nach. Ihre Wirkung entfaltet sich auch noch im postakuten Stadium und klingt über die Zeit nur asymptotisch ab, ohne sich jedoch völlig aufzuheben. "Es bleibt eine Belastung. Gegenteiliges anzunehmen würde bedeuten, die Tiefe der Wirkung zu verkennen, die ein durch häufige Konflikte geprägtes Verhältnis zu den Eltern zu entfalten in der Lage ist, sowie zu verkennen, daß ein solcherart belastetes Verhältnis zu den Eltern auch subjektiv Teil der Entwicklungsgeschichte des heranwachsenden Kindes und Jugendlichen wird" [Engel & Hurrelmann 1994, p. 209].

Abbildung 3 impliziert, daß sich aus akuten Konflikten heraus ein nachhaltiges, wenn auch schwaches Streßbelastungspotential entwickelt. Dies wird als das Fundament verstanden, welches durch zusätzliche Streßbelastungen im Sinne einer Kumulation entsteht. Weiterhin ist dem Schema die Annahme zu entnehmen, daß für die Auswirkung von Konflikten oder Belastungen auf die Häufigkeit des Konsums von Drogen eine vergleichsweise konstante Abnahmetendenz erwartet wird, was eine zunächst schwächere, dann stärkere Abnahme der Auswirkung im Vergleich zu der Streßkurve bedeutet.

Diese Differenz wird mit dem Umstand erklärt, daß am Drogenkonsum als Verhaltensweise, stärker als dies eigentlich bei Streßreaktionen zu unterstellen wäre, intentionale und bewußte Komponenten beteiligt sind, die durch massenmediale Einflüsse noch unterstützt werden und den Drogenkonsum als durchaus probate Reaktion auf Belastungsmomente erscheinen lassen. Dies würde diese Strategie entsprechend nachhaltig begünstigen, wenn der Drogenkonsum quasi in einer 'Schlüsselsituation' als Reaktion auf eine Problemlage initialisiert wurde. "Neben diesen 'Selbstverstärkungseffekten' wirken diese Komponenten aber auch zugleich Tendenzen entgegen, die [den Drogenkonsum] (wie bei psychosomatischen Reaktionsformen) in den subliminalen Bereich abdrängen, so der individuellen Kontrolle entziehen und dort unterschwellig ein sich tendenziell selbst-perpetuierendes Eigenleben entfalten lassen" [Engel & Hurrelmann 1994, p. 211].

Die deutlich mit dem verstärkten Konsum von Drogen korrelierenden Gefühle bilden dieser Untersuchung zufolge die Situation belasteter Jugendlicher ab. Mit Drogenkonsum ist verstärkt in Fällen zu rechnen, in denen die subjektive Welt der Jugendlichen emotional negativ getönt ist, in der Gefühle von Überflüssigkeit, Hilflosigkeit oder Einsamkeit dominieren. Ebenso sind Überforderungs- und Erschöpfungsgefühle

und Wut, wenn sie die Erlebniswelt prägen, verstärkt mit dem Konsum von Drogen verbunden. Insbesondere die Wahrnehmung nicht-erwartungsgemäßer Leistungen in der Schule elterlicherseits und die damit einhergehenden Konflikte sind neben sozialstatusbedingter Deprivation wesentliche Faktoren, die ursächlich am Drogenkonsum beteiligt sind.

Das Vorliegen positiver Gefühle erwies sich demgegenüber entweder als irrelevant für die Konsumhäufigkeit oder sogar als konsumsenkend. Demnach verstehen Engel und Hurrelmann [1994] Drogenkonsum vor allem als Reaktion auf belastende und problematische Lebenslagen. "So wie subjektive Belastungen und die damit vielfach verbundenen Überforderungen zu Streßsymptomen führen, so erhöhen Deprivationserfahrungen² die Neigung zu abweichendem jugenddelinquentem Verhalten" [ebd., p. 263].

2.5 Probierkonsum oder Karrierestart?

2.5.1 Das Problem des Zeitfensters

Zur Funktion des Drogenkonsums läßt sich demnach festhalten, daß Jugendliche in der Regel durch die an sie gestellten Anforderungen relativ stark belastet sind und in diesem Zusammenhang sowohl früh, als auch häufig ihre Befindlichkeit mit verschiedenen Substanzen zu manipulieren versuchen. Das angestrebte Ziel ist dabei die Anpassung an die Anforderung. Aus einem Gefühl der Beanspruchung bzw. der Überforderung heraus wird die jeweilige Substanz, sei es nun ein Medikament oder Alkohol und Zigaretten, zum Zwecke der Beseitigung negativer Befindlichkeit und der Bewältigung von Streß eingesetzt. Ein Großteil der Jugendlichen schätzt dabei sogar den eigenen Konsum als problematisch ein.

In der oben dargestellten Untersuchung Heroinabhängiger der Berliner TUdrop-Studie ergab sich aber ebenfalls diese Konstellation von Überforderung, Hilflosigkeit und dem Einsatz von Drogen zur Bewältigung belastender Situationen. "Eine Vorbedingung für Heroinabhängigkeit scheint eine Überforderung durch kritische Ereignisse zu sein, die defensives Abschirmen der eigenen Person gegen Anforderungen zur Folge hat. Dies

² Betroffen ist hier der sozialkritische Komplex des sog. sozialen Kapitals (bestehend aus ökonomischem, kulturellem und symbolischem Kapital) im Sinne der statusabhängigen Möglichkeiten, sich Entwicklungsräume in der Gesellschaft zu erschließen. Dieser Ansatz kann wegen der notwendigen Beschränkung hier nur erwähnt werden. Die Auseinandersetzung findet sich bei Bourdieu [1983].

impliziert weder eine generelle Passivität noch das Aussetzen moralischer Bewertung. Es muß auch nicht Folge mangelhafter Reflexion und Selbsteinsicht sein. Vielmehr spiegelt sich hierin eine Erfahrungsverarbeitung, nach der keine Hoffnung auf eine konstruktive und normgerechte Bewältigung von Aufgaben zu bestehen scheint, so daß nur noch die Abwehr übrig bleibt" [Projektgruppe TUDrop 1984, p. 376].

Diese Ähnlichkeit in der beschriebenen Konstellation bzw. den Bedingungen, die es einem Jugendlichen sinnvoll erscheinen lassen, seine Wahrnehmung und seine Befindlichkeit mit Hilfe von Drogen zu manipulieren, macht die Frage nach dem *Zeitfenster der Betrachtung einer Mißbrauchs - oder Abhängigkeitsentwicklung* schwierig: Wenn die Konstellationen von Drogenkonsum und Sucht in dieser Arbeit so erfaßt werden sollen, daß sich die Funktionalität als Bewältigung von Anforderungen und insbesondere als Bewältigung von Kontrollverlust zeigen läßt, stellt sich die Frage nach dem Beginn der Betrachtung bzgl. der biographischen Entwicklung.

Wenn die Entwicklung von Drogenabhängigkeit als Prozeß verstanden werden soll, ist dann der Probierkonsum eines Jugendlichen auch als Karrierestart anzusehen, etwa allein aus der Tatsache heraus, daß *illegale* Drogen konsumiert wurden?

Gegen die bildhafte Vorstellung vom Konsum illegaler Drogen als *Einbahnstraße in die Abhängigkeit* wenden sich z.B. Weber und Schneider [1992] in ihrer Untersuchung "Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen" deutlich. In dieser Studie wird auf die Unterschiede zwischen kontrollierten Gebrauchern illegaler Substanzen und Abhängigen hingewiesen. Erstere kontrollieren ihr Konsumverhalten, indem sie den Konsum selbst bestimmten Regeln und Riten unterwerfen. Sie distanzieren sich von einem Zusammenhang zwischen Konsum und Problembewältigung. Ihnen geht es um den Genuß in Gemeinschaft, und sie legen Wert auf die Beachtung finanzieller Grenzen: "Die Beibehaltung eines durchaus konventionellen Lebensstils, die schließlich auch nach außen demonstrierte Option, opiatunspezifische Sozialkontakte aufrecht zu erhalten, und die Erfahrung - entgegen der allgemein herrschenden Auffassung - selbst eine Droge wie Heroin 'im Griff zu haben', impliziert einen bedeutenden Einfluß auf die individuelle Kompetenzwahrnehmung" [Weber & Schneider 1992]. Ihrer Ansicht nach ist das noch vorherrschende lineare Abhängigkeitsmodell aus einer entwicklungsdynamischen Sicht heraus obsolet und hinfällig.

2.5.2 Ein Modellbeispiel zur Abhängigkeitsentwicklung

In dem Versuch, verschiedene Phasen für den Drogenmißbrauch Jugendlicher zu beschreiben, hat Muisener [1994] das sogenannte "Adolescent Chemical Use Experience (ACUE) continuum" (unter Berücksichtigung der Kriterien des DSM-III-R der amerikanischen Klassifikation) entwickelt, das auf Arbeiten von MacDonald und Newton [1981] basiert. Bei diesem Konzept zeigt sich die Verwobenheit von Copingprozeß, Drogenkonsum und Affektregulation (siehe Abb. 4).

EXPERIMENTAL (Learning Mood Swing)	SOCIAL (Seeking Mood Swing)	OPERATIONAL (Preoccupied with Mood Swing)	DEPENDENCY (Using to Feel Normal)
SUBSTANCE USE PROBLEM		SUBSTANCE USE DISORDER	
EARLY ADDICTION (Initiation)	MIDDLE ADDICTION (Escalation)	LATE ADDICTION (Maintenance)	

Abb. 4: Ein Modellbeispiel zur Abhängigkeitsentwicklung (nach [Muisener 1994]).

Verschiedene Funktionen verbinden sich nach Muisener mit den vier Stadien des Drogenkonsums, wobei stets der Umgang mit der jeweils hervorgerufenen Stimmungsveränderung im Vordergrund steht:

Auf der Prozeßebene der vier Stadien gehe es dem Konsumenten beim Erstkontakt um die Entdeckung, mit bestimmten Substanzen die Stimmung beeinflussen zu können. Im nächsten Stadium geht es als *social use* vornehmlich um die Teilung der Stimmungsveränderung mit Gleichaltrigen. Dieses Stadium würde demnach dem als normal geltenden Konsum, z.B. von Alkohol entsprechen. Eine andere instrumentalisierte Form erhält der Konsum nach Muisener [1994] im dritten Stadium als *operational use*. Ab hier sei von einem Substanzmißbrauch zu sprechen, da die Betroffenen in Sorge um ihren affektiven Zustand sind und sie den Drogenkonsum zum Zwecke der Selbstmedikation fortführen. Im Stadium vier ist demnach von einer manifesten Abhängigkeit auszugehen, da ein normaler Affektzustand nunmehr ohne Drogeneinnahme nicht zu erreichen ist.

Zur Krankheitsebene, als die mittlere dargestellt (siehe Abb. 4), stellt Muisener heraus, daß Jugendliche im zweiten Stadium bereits Probleme mit dem Drogenkonsum hätten, jedoch Drogenmißbrauch im Sinne einer *substance use disorder* gemäß DSM-III-R nicht vorläge, selbst wenn psychische Störungen, die als Adoleszentenkrisen aufgefaßt würden, vorliegen können.

In Anlehnung an das Konzept von Coombs und Coombs [1988] (vgl. auch [Gramigna 1996]) ist die Betrachtungsebene der Suchtentwicklung dreigeteilt: von der Initiation über die Eskalation hinaus erreicht der Suchtverlauf das chronische Stadium (*maintenance stage*), das auf der Prozeßebene mit dem Stadium *dependency* zusammenfällt. Ein konsekutiver Übergang aus einem Stadium in das nächst kritischere wird mit diesem Konzept aber nicht impliziert.

2.6 Drogen und Bewältigung: Die Selbstmedikationshypothese

2.6.1 Selbstmedikation psychodynamisch

Der Begriff der Bewältigung und sein Konzept ist, wie gezeigt wurde, relativ neuen Datums. Nicht übergangen werden soll aber das Konzept der Bewältigung, wie es sich aus der Psychoanalyse heraus entwickelt hat und zu dem auch heute Konzepte zum Verständnis von Funktion und Funktionalität des Drogenkonsums und der Abhängigkeit vorliegen.

Der Ursprung findet sich im Ansatz der klassischen psychoanalytischen Theorie der Abwehrmechanismen. Freud entwickelte dazu 1894 mit der Schrift "Die Abwehr-Neuropsychose" den Begriff der Abwehr, der die Prozesse bezeichnen sollte, durch die im Falle von Hysterie, Zwängen und Phobien unangenehme Affekte und Phantasien unterdrückt und somit der eigenen Wahrnehmung entzogen werden sollten. Auslöser der Abwehrfunktion ist danach die Angst, die aus unerfüllbaren oder verbotenen Wünschen resultiert und als solche das Ich bedrohen.

Unter der erfolgten thematischen Verschiebung der Schwerpunkte von den Triebkonflikten hin zu einer stärkeren Betonung des Ego und seiner Strukturen zur Regulierung von Emotion, Selbstwert, Anpassung und Verhalten bezog sich nicht nur Haan [1977] in ihrem Bewältigungskonzept vorwiegend auf die Funktion der Abwehr im Gegensatz zum weiter oben beschriebenen kognitiven Ansatz. Auch neuere Arbeiten

thematisieren den Zusammenhang von Abwehrprozessen allgemein und der Funktion von Drogenkonsum im speziellen. Dabei geht es um die Identifizierung der Risiken und Störungen, die bestimmte Individuen für eine Drogenabhängigkeit prädisponieren. Aus dieser Sicht entstand die These, daß der stoffliche Mißbrauch einen Versuch darstellt, einen Strukturverlust des Ichs vor allem im Rahmen psychotischer Krisen mit Hilfe des Rausches abzuwehren (vgl. [Khantzian 1996]). Dabei wird betont, daß der starke Konsum von (meist illegalen) Drogen mit einer starken und signifikanten Psychopathologie einhergeht und die Wahl der Substanz sich dazu nicht zufällig verhält.

Zum Beispiel konstatiert Khantzian [1996] (vgl. [Khantzian et al. 1974]; [Khantzian & Treece 1977]), daß die Anziehungskraft von Opiaten auf deren spezifische Wirkung zurückzuführen sei. Danach besteht eine Kongruenz zwischen der Persönlichkeitsorganisation mit ihren Ich-Störungen einerseits und dem Wirkprofil einer Substanz andererseits. Als beispielhaft für diesen Ansatz kann eine empirische Untersuchung von Milkman und Frosch [1973] gelten, in der Heroinabhängige sowohl nüchtern, als auch unter Drogeneinwirkung befragt wurden. Danach bevorzugten Heroinabhängige die beruhigende und dämpfende Wirkung der Opiate scheinbar zur Stärkung ihrer Abwehr, um das Bedürfnis nach Rückzug und Isolation zu unterstützen. Hingegen nutzen Amphetaminabhängige die stimulierende Wirkung zur Forcierung eines überheblichen Selbstwertgefühls. "Khantzian betonte die Triebabwehr und glaubte, daß Opiate regressive Zustände durch die direkte antiaggressive Wirkung umkehren, indem sie dem desorganisierenden Einfluß von Wut und Aggression auf das Ich entgegenwirkten. Beide Thesen kommen zu dem Schluß, daß die psychopharmakologische Wirkung der Drogen gestörte oder nichtexistente Ich-Abwehrmechanismen ersetzen kann" [Khantzian 1996, p. 48]. Er führt weiterhin aus, daß in Untersuchungen im angloamerikanischen Raum mit größeren Stichproben von Opiatabhängigen eine signifikante Inszidenz von schweren depressiven Störungen, Alkoholismus und antisozialen Persönlichkeiten zu finden ist. Khantzian und Treece [1977] konnten nach der DSM-III-Klassifikation in einer Untersuchung von 133 Opiatabhängigen aus drei Stichproben Depressionen bei 60% und verschiedene Persönlichkeitsstörungen bei über 65% der Befragten aufzeigen. Zusammenfassend wird betont, daß der Opiatkonsum als Versuch der Selbstmedikation verstanden wird, in dem vorwiegend unerträgliche dysphorische Gefühle bekämpft werden (vgl. auch [Krausz 1994b]).

Weiter gefaßt und nicht nur unmittelbar an der Persönlichkeit und ihrer wie auch immer defizitären Struktur orientiert, greift Burian [1991; 1994] den Zusammenhang von Psychoanalyse und der Drogenproblematik auf.

Die psychoaktive Wirkung bestimmter Substanzen muß nach seiner Auffassung nicht unbedingt im Vordergrund stehen, wodurch jede Drogeneinnahme eine bestimmte subjektive Dimension besitzt. Herwig-Lempp [1994] teilt aus konstruktivistischer Sicht die Annahme über die Bedeutung der spezifischen Erwartungshaltung der Wirkung einer Substanz gegenüber. " Bislang in der Regel nicht berücksichtigt wird, daß es sich um Individuen handelt, die diese Stoffe *in Erwartung einer Wirkung* zu sich nehmen, und daß diese Erwartung eine Rolle beim Zustandekommen und Erleben dieser Wirkung spielt ... Entscheidend ist, was wer als eine Droge (als etwas, was aufgrund seiner 'chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus' zu verändern vermag) versteht und welche Wirkung er erwartet." [Herwig-Lempp 1994, p. 24]. So ist auch für Burian [1994] die Erwartungshaltung ein konstitutives Moment der erwarteten und erlebten Wirkung der Droge. Die Substanz würde zwar direkt in die Gefühlswelt der Person eingreifen, diese sei aber ebenso von der Erwartungshaltung des Konsumenten beeinflusst - bzw. am Beispiel des Placebos verdeutlicht - unter Umständen sogar einzig durch sie gegeben. Burian warnt vor einer biologisch oder pharmakologisch verkürzten Sicht des Drogenproblems ebenso, wie vor einer reinen Psychologisierung, ohne die sozialen Faktoren zu berücksichtigen. Der psychoanalytischen Therapie hält er vor: "Das Leiden an den gesellschaftlichen Verhältnissen schlägt sich im Leiden des Einzelnen nieder. Unsere psychoanalytische Behandlung möchte es dem Leidenden möglich machen, sich als unfreiwilliger Autor seiner unverständlichen und selbstschädigenden Produktion zu begreifen" [ebd., p. 14].

2.6.2 Komorbidität und Selbstmedikation

Bereits 1975 formulierte Freed die Auffassung, daß im Falle des Alkoholismus etwa der Konsum eine zugrundeliegende Schizophrenie maskieren könne. Neuere Untersuchungen zeigen demgegenüber ein nicht bloß zufälliges Zusammentreffen von Suchterkrankungen und z.B. Psychosen auf, sondern verweisen auf die gegenseitige Beeinflussung beider (vgl. [Krausz 1994a; b]; [Verthein et al., im Druck]). Aus der Perspektive Drogenabhängiger zeigt sich: In Langzeitkatamnesen fanden sich in 2-4% der Fälle schizophrene Psychosen (vgl. [Zeiler 1985]). Das bedeutet, allein für die Betrachtung der Schizophrenie ergibt sich für Drogenabhängige insgesamt eine höhere Morbidität als für die Allgemeinbevölkerung. Andererseits "haben Patienten mit einer schizophrenen Psychose ein etwa zehnmals höheres Risiko zur Entwicklung von Drogenabusus als Nichtschizophrene ... Insbesondere in den Einrichtungen psychiatrischer Akutbehandlung wurden bei über 50% der Patienten sowohl eine schwere psychia-

trische Erkrankung als auch stofflicher Mißbrauch festgestellt" [Krausz & Dittmann 1996, p. 105ff]. Mit erhöhter Inszidenz finden sich neben dem stofflichen Mißbrauch ebenso affektive Störungen, Suizidalität, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen ([Krausz 1994b]; [Krausz et al., im Druck]).

Die These der Selbstmedikation, d.h. der mehr oder weniger gezielte Einsatz von psychotropen Substanzen zur Beeinflussung der Befindlichkeit, ist also auch innerhalb des Konzeptes der Komorbidität psychischer Störungen relevant. Während unter rein psychodynamischer Sicht auf Sucht und Psychopathologie noch Kausalitätsaspekte zum Tragen kommen, verhält sich unter dem Blickwinkel der Komorbidität, als dem gemeinsamen Vorliegen einer psychiatrischen Störung und stofflichem Mißbrauch, das Kausalitätsverhältnis dieser beiden Störungen wie ein Vexierbild (vgl. [Freyberger & Schürmann 1994]). Ganz in Anlehnung an das Konzept der ICD-10, Psychopathologie deskriptiv zu klassifizieren, ist es unter dem Komorbiditätsaspekt zu einer Relativierung der Hierarchisierung in der Nosologie psychiatrischer Störungen gekommen, wobei allerdings die Regel gilt, daß organisch bedingte psychische Störungen allen anderen psychischen Störungen übergeordnet sind.

2.6.2.1 Psychopathologie und Sucht

Nicht nur innerhalb psychoanalytischer Betrachtung ist also der Aspekt der Selbstmedikation schwer erträglicher Gefühlszustände im Rahmen einer mehr oder weniger defizitären Ich-Struktur der Persönlichkeit beschrieben worden. Auch im Zusammenhang mit anderen Phänomenen der Psychopathologie wird in der wissenschaftlichen Literatur die Instrumentalisierung von psychotropen Substanzen zur Symptomreduktion beschrieben. So legen empirische Untersuchungen (vgl. [Zeiler 1985]; [Castaneda 1994]) nahe, daß beispielsweise Menschen, die an einer schizophrenen Psychose und stofflichem Mißbrauch leiden und dabei eine ausgeprägtere Symptomatik aufweisen, den schädlichen Konsum zum Zwecke der Symptomreduktion betreiben (vgl. hierzu auch die Übersicht von Müller-Thomsen et al. [1994]). Suizidalität und Aggressivität sind nach Untersuchungen von Drake und Wallach [1989] in der Gruppe mit Mißbrauch weit häufiger zu beobachten als in der Vergleichsgruppe Schizophrener ohne stofflichen Mißbrauch. Angst, innere Unruhe, leibnahe Spannungszustände und paranoid-halluzinatorische Symptome sind nach Zeiler [1992] die vorrangig selbstbehandelten Zustände der Patienten. Ebenso sind seinen Untersuchungen zufolge depressive Stimmungen, wie auch Empfindungen der Leere und Isolation, die Zielsymptome bei der Selbstmedikation im Rahmen einer schizophrenen Psychose.

In anderen Studien dagegen wird die Intensivierung der produktiven Symptomatik, wie auch der Negativsymptomatik durch psychotrope Substanzen beschrieben. Exemplarisch sei hier auf eine Untersuchung von Dixon et al. [1990; 1991] hingewiesen:

In ihrer Untersuchung bestimmten die Autoren Prävalenz und Präferenz von Substanzgebrauch in einer Stichprobe von stationären Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiver oder schizophreniformer Psychose. Sie verglichen die Drogengebrauchenden mit den Patienten, die keine Drogen einnehmen unter demographischen und klinischen Gesichtspunkten, in der akuten Phase und während ihrer Stabilisierung im Klinikaufenthalt. Im Blickpunkt ihrer Untersuchung stand die Gewinnung von Daten über die Gründe für die Einnahme der Substanz, sowie deren Einfluß auf die Befindlichkeit: 83 psychotische, vorwiegend schizophrene Patienten (68; 12 schizoaffektiv, 3 schizophreniform) wurden mit Hilfe der DSM-III-R-Kriterien ausgewählt. Weitere Instrumente: Psychiatric Rating Scale, Global Assessment Scale, Scale for the Assessment of Negative Symptoms at Admission and at Discharge, Interviews of Premorbid Adjustment and Drug Abuse. 48% der Patienten konsumierten (abhängig oder nicht) insbesondere Cannabis: N=26; weitere N=21 Alkohol und N=14 konsumierten Kokain. Als Gründe für den Konsum wurden angegeben: "um 'high' zu werden", "Depressionen zu mildern", "um zu entspannen". Die Auswirkungen des Mißbrauchs bestanden in geringeren positiven wie negativen Symptomen zum Zeitpunkt der Entlassung und angemesseneren sexuellen, aber schlechteren schulischen Entwicklungen in der Adoleszenz. Die Autoren stellen zur Selbstmedikationshypothese anhand ihrer Daten fest: "Our findings add to the accumulating body of data indicating that schizophrenic patients preferentially abuse drugs that induce psychotic symptoms" [Dixon et al. 1990, p. 228].

Dixon et al. [1990; 1991] stellen eine Beziehung zwischen Drogengebrauch, Drogenwirkung und Symptomatik in der akuten Psychose im Sinne einer Selbstmedikation her. Die Gründe für die Annahme der Selbstmedikationshypothese ergeben sich, wenn auch empirisch anschaulich, hier allein aus der Beziehung: Psychose, Drogenwirkung Symptomveränderung. Der Aspekt des Drogengebrauchs wird hier durch die hergestellte Beziehung zur psychotischen Symptomatik, wie auch durch den Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und *antisocial behavior* und schlechter schulischer Entwicklung eher selbst pathologisiert, denn als eine Bewältigungsstrategie aufgefaßt. Vielleicht war das auch nicht der Anspruch dieser Arbeit, aber gerade deshalb, weil sie sich eher auf rein psychiatrisch klinische Aspekte konzentriert, geht verloren, was im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum über die Symptomatik - sei sie induziert oder durch den Konsum abgeschwächt - hinausweist:

Untersuchungen, wie die von Dixon et al. [1990; 1991] geben erst den Verweis auf Bewältigung. *Daß* bewältigt wird, verweist auf zweierlei:

1. Etwas muß bewältigt werden: hier wird der Schluß wahrscheinlich gemacht, daß es sich dabei um die schizophrene Symptomatik handeln muß, obwohl, wie oben zitiert, gerade die Substanzen bevorzugt werden, die eine produktive Symptomatik induzieren.
2. Es gibt den Patienten, der bewältigt, der also aktiv an der Herausbildung seiner Symptome oder an deren Veränderung Anteil hat.

Die Bedeutung, die Bewältigung mit Hilfe psychotiver Substanzen selbst zum Thema zu erheben, ergibt sich notwendigerweise bereits an dem Punkt, an dem der immanente Widerspruch der Beziehung zwischen Selbstmedikation und Symptomverstärkung von Dixon et al. [1990; 1991] angesprochen wird: es läßt sich schwer erkennen, warum Drogen konsumiert werden. Die Grenzen zwischen der Krankheit und ihrer Bewältigung scheinen sich zu verwischen.

2.7 Der Funktionalitätsbegriff

Die vorstehenden Abschnitte waren der Darstellung relevanter Konstellationen für die Auffassung von funktionellen Aspekten schädlichen Konsums gewidmet. Dabei wurde der in der wissenschaftlichen Literatur vorwiegend impliziten Verwendung des Funktionalitätsbegriffs dadurch Rechnung getragen, daß den Konzepten zunächst selbst Vorrang in der Darstellung gewährt wurde. Dies waren die Ansätze zur Entwicklung Jugendlicher, zur Drogenabhängigkeit und Suchtentwicklung unter den Bedingungen kritischer Lebensereignisse und Streß, sowie aus der Perspektive der Persönlichkeitsdefizite und Komorbidität. Dies erschien notwendig, da anhand der Darstellung der extensionalen Bedeutung des Begriffs der Funktionalität jugendlichen (schädlichen) Drogenkonsums bis hin zur Abhängigkeit Raum gegeben werden sollte, um darauf basierend eine kritische Reflexion auf den Funktionalitätsbegriff im Suchtbereich vorzunehmen und ein eigenes Konstrukt vorzuschlagen. Dazu wird zunächst die Logik und Erklärungskraft der bisherigen Verwendung des Funktionalitätsbegriffs und seines Gegenübers, der Dysfunktionalität, dargestellt. Die Möglichkeiten und Grenzen für die theoretische Reflexion, die Implikationen für die Praxis und die Widersprüche der bisherigen Auffassungen zur Funktionalität sollen hierbei besonders beachtet werden.

2.7.1 Zusammenfassung der Funktionalitätsaspekte in der zitierten Literatur

Die folgenden Funktionalitätsaspekte jugendlichen Drogenkonsums wurden anhand der wissenschaftlichen Literatur aufgezeigt:

- Drogenkonsum als Reaktion auf jugendtypisch erlebten Kontrollverlust, mit der Funktion, Kontrolle über seine eigene Entwicklung zu wahren;
- Drogenkonsum als eine von mehreren möglichen selbstgewählten Ausdrucksweisen, auf Passungsprobleme in der Person-Umwelt-Beziehung zu reagieren;
- Drogenkonsum als Versuch, Entwicklungsübergänge in das Erwachsenenalter symbolisch zu vollziehen;
- Drogenkonsum zur Erschließung einer anderen Realität;
- Drogenkonsum als identitätsstiftender Faktor innerhalb von *Peers*;
- Drogenkonsum als gezielte Beeinflussung subjektiver Befindlichkeit, zur Sedierung bzw. Angst- und Spannungsreduktion;
- Drogenkonsum mit kommunikativer Funktion mit Mitteilungscharakter, als Selbstdarstellung, zur Abwehr von Fremdsprüchen, als Schutz vor Überforderung;
- Drogenkonsum mit selbstregulativer Funktion, als Affektabwehr, zur Befindlichkeitssteuerung, zur Abwehr von Versagens- und Schuldgefühlen, sowie von depressiven Gefühlen, aggressiven Phantasien und zur Triebabwehr (mit der Grundfunktion des primären Krankheitsgewinns);
- Drogenkonsum mit palliativer Funktion, als Substitut mit hoher Verlässlichkeit und Verfügbarkeit, mit der Vermittlung von Intimität und Zugehörigkeit;
- Drogenkonsum als Möglichkeit, Entwicklungsanforderungen zu verleugnen, illusorische Vorstellungen und Phantasien über die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten zu entwickeln oder Problemsituationen nicht wahrnehmen zu müssen;
- Drogenkonsum zur Reduktion von Streßreaktionen als Antwort auf äußere Belastungen und zur Bewältigung der Gefühle der Überflüssigkeit, Hilflosigkeit und Einsamkeit;

- Drogenkonsum und Sucht zur Symptomreduktion im Sinne eines Selbstmedikationsversuchs bei Vorliegen einer psychiatrischen Störung, als Substitut bei Strukturdefiziten der Ich-Abwehrmechanismen der Persönlichkeit bzw. bei Persönlichkeitsstörungen.

Es ist hieraus zu entnehmen, daß die Funktionalität des Drogenkonsums aus der Rekonstruktion seiner jeweiligen Funktion, die er in den Konstellationen seines Gebrauchs übernimmt, erfolgt. Das heißt, daß es die Leistung des Konstrukts ist, durch diese Rekonstruktion der Funktion die Stellung und Bedeutung des Drogenkonsums in der Person-Umwelt-Beziehung zu beschreiben. Zwar wird die Funktionalität in der wissenschaftlichen Literatur selten explizit beschrieben, sie ist aber deshalb nicht weniger oft implizit wesentlicher Bestandteil der Argumentation innerhalb des jeweiligen Konstrukts, sei es nun aus dem Bereich jugendspezifischer Entwicklungsproblematik, sozialpsychiatrisch-ökologischer, analytischer oder ich-psychologischer Betrachtungen. Diese Möglichkeit ansatzübergreifender Thematisierung der Funktion von Drogenkonsum und Sucht erlaubt eine contra-reduktionistische Sicht auf die Problematik als eine *Beziehungsstörung* [Krausz & Degkwitz 1996] der Person zu sich und seiner Umwelt, unter der Bedingung, daß das Konstrukt der Funktionalität nicht in den Dienst allein eines Ansatzes gestellt wird, sondern gleichsam als kleinster gemeinsamer Nenner der theoretischen Ansätze anerkannt wird. Denn wird unter dieser Perspektive nicht mehr auf den Drogenkonsum und die Drogenabhängigkeit selbst fokussiert, sondern die Problematik transaktional als *Beziehungsstörung* begriffen, ist die Trennung zwischen personenspezifischen und Umweltfaktoren nach dem Anspruch des Konzepts hinfällig.

Weil die Begriffe *Funktion* und *Funktionalität*, abgesehen von ihrer Konstruktneutralität, die Beschreibung der Phänomene des Konsums vom alltagsangepaßten Gebrauch bis hin zur manifesten Drogenabhängigkeit zulassen, ergeben sich jedoch nicht nur Möglichkeiten, konsumrelevante Konstellationen aus den verschiedenen Bereichen, wie Kultur, Familie, Lebensumfeld, Biographie etc. in die Betrachtung mit einzubeziehen, sondern es besteht auch die Schwierigkeit, den Begriff der Funktionalität so zu operationalisieren, daß eine ebenfalls sinnvolle Abgrenzung zu dem, was als dysfunktional gelten kann, möglich ist.

Gemäß der Definition der WHO von 1969 (siehe Abschn. 2.1) liegt ein dysfunktionaler Drogenkonsum dann vor, wenn er die Erfüllung psychischer oder sozialer Anforderungen beeinträchtigt. Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985, p. 21ff] beschreiben in dem theoretischen Teil der Untersuchung Heroinabhängiger und ihrer normalen Alters-

genossen die Problematik der Festlegung, wann der Konsum noch als funktional oder bereits als dysfunktional aufzufassen ist. "Was im einzelnen den Umschlag von funktionellem zu dysfunktionellem Drogengebrauch kennzeichnet, wird meist an den unerwünschten Folgen desselben festgemacht: gesundheitliche Schädigung, psychopathologische Folgezustände, sozial unerwünschte Auswirkungen". Es stehe nach Uchtenhagen und Zimmer-Höfler außer Zweifel, daß alles dysfunktionell sei, was die Bewältigung der anstehenden Probleme beeinträchtigt. Allein aus der Tatsache einer manifesten Abhängigkeit sei die Dysfunktionalität der Suchthandlung aber nicht abzuleiten. Ebenso könne es sich durchaus um einen dysfunktionalen Drogenkonsum *ohne* Abhängigkeit handeln. "Fazit dieser Überlegungen ist, daß die Grenze von Funktionalität und Dysfunktionalität nicht identisch ist mit der Grenze zwischen abhängigkeitsfreiem Gebrauch und Drogenabhängigkeit" [ebd.].

Im Gegensatz zu Uchtenhagen, der die Dysfunktionalität also mit dem Scheitern an externen Anforderungen, ungeachtet des Suchtstatus begründet, erklären Krausz und Degkwitz [1996, p. 17]: "Von Sucht - im Unterschied zu exzessivem Konsum - kann man erst sprechen, wenn die dysfunktionalen Momente dieser Bewältigungsart überwiegen". Ferner unterscheiden die Autoren [ebd., p. 37]: "Was anfangs durchaus funktional, z.B. im Sinne von psychisch entlastend sein kann, wie der abendliche Beruhigungstrunk, kann im weiteren Verlauf hochgradig dysfunktional (bezogen auf eine produktive Realitätsverarbeitung) werden ... Was individuell funktional sein kann, kann z.B. familiär oder sozial hochgradig dysfunktional sein. Dies ist ein Widerspruch, aus dem ein bedeutendes Spannungsfeld entstehen kann, das bis zur unproduktiven Paralyse von Veränderungsbemühungen führen kann".

Die Argumentation dieser Darstellungen beruht also auf der prinzipiellen Gegenüberstellung von subjektiver Motivlage und objektiver Beeinträchtigung in den verschiedenen Bereichen, wie z.B. des sozialen Funktionierens, des Erhalts der Leistungsfähigkeit und Gesundheit etc. Wieviel leistet aber das Konstrukt, wenn die subjektive Funktionalität einer objektiven Dysfunktionalität gegenübergestellt wird? Was läßt sich noch als subjektiv funktional beschreiben und welche Relevanz hätte dies, wenn sich zu jeglichem Substanzgebrauch auch dysfunktionale Momente, im Sinne z.B. gesundheitsschädlicher Aspekte, finden lassen? Kippt das Konstrukt, das leisten sollte, die subjektive Perspektive, die Motivlage und ihre Veränderung über die Zeit, z.B. im Verlauf einer Drogenkarriere, abzubilden, nicht um, in den Bereich objektiver Kriterien und gesellschaftlicher Anforderungen, an denen die Funktionalität dann schließlich doch beurteilt wird? Was also müßte ein Konstrukt der Funktionalität schädlichen Konsums

leisten, um selbst nicht in die Paralyse subjektiver Funktionalität versus objektiver Dysfunktionalität zu geraten?

2.7.2 **Eigener Entwurf zum Funktionalitätsbegriff**

*Ich habe Engelchen und Teufelchen in meinem Kopf:
Das Engelchen sagt mir:
"hör' auf damit, Drogen zu nehmen,
dann geht es dir besser!".
Das Teufelchen sagt aber:
"nimm Heroin,
dann geht es dir noch besser !!!".*

Carmen, 21 Jahre, Entgiftung von Heroin, Tabletten und Kokain auf der niedrighschwelligem Entzugsstation des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Ochsenzoll.

Der empirische Teil dieser Arbeit bezieht sich im weiteren ausschließlich auf Heroinabhängige. Aus diesem Grund ist in der folgenden Darstellung vorrangig von Heroinabhängigkeit die Rede, wenngleich die dargestellten Aspekte und Argumentationen grundsätzlich für den Verlauf vom harmlosen bzw. kulturell akzeptierten Konsum bis hin zur manifesten Abhängigkeit sowohl für andere Substanzen, wie für andere Zeitpunkte einer Drogenkarriere, gelten können sollten.

2.7.2.1 **Was soll das Konzept leisten können?**

Ein Konstrukt der Funktionalität sollte den subjektiven Aspekten, wie Gründen für den Konsum und Konstellationen der Bedeutung und Aufrechterhaltung des Konsums, eine eigenständige Geltung zugestehen können, diese zunächst in den Vordergrund stellen und nicht durch sogenannte objektive Kriterien, wie Anforderungen etc. aufwiegen und damit nivellieren.

Welche theoretischen und praktischen Bezüge würden sich hieraus ergeben?

- Ansatzunabhängig ließe sich die Funktionalität aus der subjektiven Perspektive im Raum der ihr zusprechbaren Funktionen gleichsam verorten und sich damit der individuellen Konstellation des Konsumverhaltens annähern, da es nicht *den* Heroinabhängigen gibt. D.h. durch die Analyse der jeweiligen Funktion des Konsums bzw. der Suchthandlung kann der Individualität der Person und des eigenen Suchtverlaufs eines manifest Heroinabhängigen Rechnung getragen werden.

- Dadurch, daß subjektive Gründe und Funktionen in den Vordergrund - auch in der praktischen Arbeit mit dem Heroinabhängigen - gerückt werden, können trotz widersinniger und objektiv dysfunktionaler Aspekte die den Suchtverlauf aufrechterhaltenden subjektiven Bedingungen für den therapeutischen Ansatz erfaßt werden. Die Erfolglosigkeit der sogenannten *Leidensdruckhypothese* bei der Bekämpfung der Drogenwelle der 60er und 70er Jahre unterstützt diese Perspektive. Nicht die objektive Dysfunktionalität reißt jemanden aus dem Suchtverlauf heraus, sondern die Unterstützung bei der Realisierung *funktionaler Äquivalente*.
- Beim Konzept der Funktionalität wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, daß sich die Funktionen, die die Droge übernimmt, ihre Wirkung und Bedeutung, im Verlauf einer Suchtentwicklung ändern, Kernmotive aber konstant bleiben, sich sogar verschärfen. Die Verschärfung der Lebensbedingungen von Heroinabhängigen im Verlauf ihrer Karriere kann als dysfunktional beschrieben werden, sie trägt aber letztlich zur subjektiven Funktionalität bei. Daraus wird eine wichtige Kernhypothese entwickelt: die Funktionalität *wächst* mit der Abhängigkeit. Am Beginn liegt die Funktionalität z.B. in der erfolgreichen Bewältigung bestimmter Problemkonstellationen und in der Drogenwirkung selbst, später, d.h. im Stadium der Abhängigkeit und der desolaten sozialen Situation, entwickelt die Funktionalität eine zusätzliche Dynamik. Im Versuch der Bekämpfung der Entzugssymptomatik und in der Regulation der Einschätzung über eben diese desolante persönliche Situation erhält sie ihre Kraft als letztlich einzig übrig gebliebene Möglichkeit, diese Lebenssituation zu kontrollieren.
- Die Erscheinungsform des Konsums und auch der Sucht sollte aus dessen aktueller Funktion ableitbar sein. D.h., die Form des Konsums bzw. das Konsummuster folgt der aktuellen Funktion. Diese wiederum ist deshalb Ausdruck der jeweiligen Lebenssituation. Es kann daraus geschlossen werden, daß, wenn sich das Konsummuster geändert hat, sich als Ausdruck veränderter Lebensbedingungen und Ressourcen zur Bewältigung die zugrunde liegende Funktion ebenfalls verändert hat. Das jeweils zu einem konkreten Zeitpunkt vorliegende Bewältigungsverhalten soll hier als *ressourcenadaptiertes Verhalten* bezeichnet werden.

2.7.2.2 Funktionalität erster und zweiter Stufe

Der Funktionalität schädlichen Konsums werden somit zwei unterschiedliche Ebenen, auf denen sie zum Tragen kommt, zugeschrieben:

- Die Funktionalität erster Stufe ist abhängig von biographischen Ereignissen, insbesondere im zeitlichen Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben, Erfahrungen von Kontrollverlust und der subjektiven Funktion der Drogenwirkung.
- Die Funktionalität zweiter Stufe entwickelt sich in Relation zu der objektiven Dysfunktionalität des Konsums, d.h. sie *nimmt über die Zeit der Drogenkarriere zu*. Dies wiederum hat verstärkenden Einfluß auf die Funktionalität erster Stufe.

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit können nicht alle möglichen Funktionen und Aspekte der Funktionalität berücksichtigt werden. Da aber, wie in den Abschnitten 2.2.2.2 und 2.4.1.2 gezeigt, als eine der Hauptfunktionen jugendlichen Drogenkonsums die Bewältigung von Belastungen und Streß unter dem gleichzeitigen Bedürfnis, Kontrolle über die eigene Entwicklung zu wahren, herausgearbeitet werden konnte, wird das Bewältigungsverhalten in diesen Konstellationen als ein wesentlicher Indikator der Funktionalität betrachtet.

Bei der folgenden Darstellung der empirischen Untersuchungen und Befunde werden deshalb die Konstellationen zum Zeitpunkt des ersten Heroinkonsums in den Vordergrund gestellt. Die Faktoren *Bewältigungsverhalten*, *persönlichkeitsspezifische Merkmale* und *biographische Belastung* werden hinsichtlich ihrer Korrelationen zueinander untersucht (vgl. Abb. 5). Dabei werden Unterschiede einiger Merkmale der Heroinabhängigen zu einer Kontrollgruppe jugendlicher Nichtabhängiger herausgearbeitet.

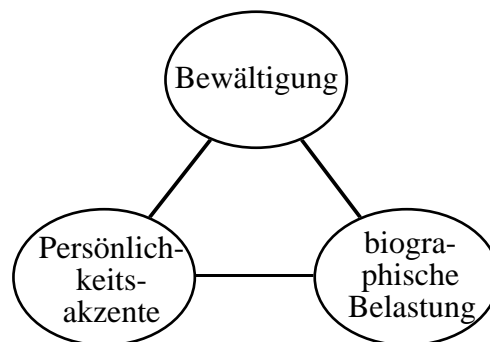


Abb. 5: Korrelationen zwischen den Faktoren *Bewältigungsverhalten*, *persönlichkeitsspezifische Merkmale* und *biographische Belastung* als Indikatoren der Funktionalität

3 Hypothesen

3.1 Schlußfolgerung und Arbeitshypothese

Die vorliegende Untersuchung folgt der leitenden Idee der empirisch unterstützbaren Annahme von Funktionalität schädlichen Konsums bei Heroinabhängigen. Damit wird von der empirischen Aufweisbarkeit einiger Indikatoren ausgegangen, die auf subjektive Funktionalitätsaspekte hinweisen.

Die folgenden Hypothesen sind somit vor dem Hintergrund zu betrachten, daß sich die Funktionalität schädlichen Konsums unmittelbar nicht messen läßt. Durch Ableitung aus Korrelationen bestimmter Phänomene des betrachteten Problembereichs kann jedoch mittelbar auf Funktionalitätsaspekte geschlossen werden.

3.2 Biographische Faktoren - die Stichprobe im Vergleich

Es wird angenommen, daß die Heroinabhängigen der Stichprobe eine höhere biographische Vorbelastung aufweisen als gleichaltrige Nichtabhängige.

3.2.1 Erfahrung kritischer Lebensereignisse

- Die Heroinabhängigen der Stichprobe berichten über mehr kritische Lebensereignisse in der Zeit der Kindheit und Pubertät als eine Vergleichsgruppe nicht abhängiger Jugendlicher.
- Bereits vor dem Einstieg in härtere Konsummuster liegt die biographische Belastung der Heroinabhängigen der Stichprobe höher als die der Jugendlichen ohne Abhängigkeitsproblematik.

3.2.2 Erhöhte Anforderungen und Anpassungsleistungen

- Als Ausdruck einer höheren biographischen Belastung finden sich Entwicklungsübergänge der Pubertät bei den Heroinabhängigen früher als in der Vergleichsgruppe.

3.2.2.1 Belastungen und psychiatrische Störungen

- Die Heroinabhängigen weisen eine erhöhte Prävalenz psychiatrischer, insbesondere somatoformer Störungen gegenüber der Durchschnittsbevölkerung auf.
- Eine hohe biographische Belastung der Heroinabhängigen korreliert gleichsinnig mit dem Auftreten psychiatrischer Störungen.

3.2.2.2 Einschätzung zum Kontext des Einstiegs

- Die Heroinabhängigen setzen in ihrer subjektiven Einschätzung den Heroinkonsum in direktem Zusammenhang mit Belastungen und Konflikten ein.

3.2.2.3 Belastungen und Schulschwierigkeiten

- Die Heroinabhängigen der Stichprobe weisen deutlich schlechtere Schulabschlüsse auf als die Jugendlichen der Vergleichsgruppe.
- Probleme in Schule und Ausbildung treten im wesentlichen bereits vor dem intravenösen Konsum von Heroin auf, nicht in dessen Folge.

3.2.3 Erfahrung von Kontrollverlust

- Bei ihrer Vorbelastung mit kritischen Lebensereignissen wurden die Heroinabhängigen häufiger mit der Erfahrung der Nichtkontrollierbarkeit konfrontiert als nicht abhängige Jugendliche.
- Die Erfahrung von Kontrollverlust liegt bei den Heroinabhängigen bereits vor dem ersten intravenösen Konsum von Heroin in erhöhtem Maße vor.
- Suizidgedanken finden sich in der Gruppe der Heroinabhängigen häufiger als in der Vergleichsgruppe Nichtabhängiger.
- Die biographische Belastung wirkt sich nachhaltig auf die Suizidalität aus: Je größer die Belastung durch kritische Lebensereignisse in der Biographie, desto ausgeprägter ist die Suizidalität bei den Heroinabhängigen der Stichprobe.

- Eine höhere biographische Belastung geht bereits *vor* dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum von mit einer ausgeprägteren Suizidalität einher.

3.3 Biographische Belastung und Heroinkonsum

Über die subjektive Einschätzung der Heroinabhängigen hinaus wird eine objektiv nachweisbare Beziehung zwischen biographischer Belastung und dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum angenommen, die auf die Funktionalität des schädlichen Konsums hinweist.

- Je belasteter die Biographie der Heroinabhängigen durch kritische Lebensereignisse ist, desto früher erfolgt der Einstieg in härtere Konsummuster.
- Insbesondere die vergleichsweise häufige Erfahrung nicht kontrollierbarer Ereignisse korreliert mit dem frühen Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum.

3.4 Biographische Erfahrung und aktuelle Bewältigung

Als Folge wiederholter Erfahrung nicht kontrollierbarer Ereignisse in der Biographie läßt sich bei den untersuchten Heroinabhängigen ein Bewältigungsverhalten nachweisen, das eher an der Regulation der Emotionen ausgerichtet ist, als an der Veränderung der Problemsituation.

3.4.1 Hinweise auf gelernte Hilflosigkeit

- Die Heroinabhängigen der Stichprobe bewältigen Streßsituationen vorwiegend durch Regulation der Emotion und weniger am Problem orientiert.
- Je ausgeprägter die biographische Belastung durch nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse ist, desto hilfloser fühlen sich die Heroinabhängigen bei aktuellen Problemen.

3.4.2 Überforderung und Heroinkonsum

Es wird angenommen, dass der Drogenkonsum im Verlauf der Drogenkarriere zunehmend direktes Regulationsinstrument der Emotion in Problemsituationen wird.

- Je höher die biographische Belastung durch kritische Lebensereignisse der Heroinabhängigen liegt, desto ausgeprägter ist die emotionszentrierte Bewältigung in Problemsituationen.
- Bei den Heroinabhängigen der Stichprobe gibt es einen nachweisbaren Zusammenhang zwischen dem Grad der Emotionsregulation in Stresssituationen und dem Konsumverhalten.
- Je ausgeprägter die Bewältigung von Problem- bzw. Stresssituationen der Heroinabhängigen emotionszentriert erfolgt, desto schwerer ist die Drogenabhängigkeit zum Zeitpunkt der Befragung.

3.5 Persönlichkeit und biographische Belastung

Es wird davon ausgegangen, daß die biographische Vorbelastung Heroinabhängiger auf die Persönlichkeitsentwicklung meßbar Einfluß nimmt.

- Mit der Zunahme der Belastung der biographischen Entwicklung durch kritische Lebensereignisse weisen die Heroinabhängigen der Stichprobe eine Verschärfung ihrer Persönlichkeitsakzentuierungen in Richtung auf eine Persönlichkeitsstörung auf.
- Insbesondere die biographische Erfahrung nicht kontrollierbarer kritischer Lebensereignisse weist einen Zusammenhang zum Ausmaß der Persönlichkeitsakzentuierung auf.
- Die biographische Belastung durch nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse geht einher mit der Ausprägung emotionaler Instabilität im Sinne des Neurotizismus.
- Die Einschätzung, ein aktuell belastendes Ereignis wenig kontrolliert haben zu können, korreliert mit einem hohen Wert für Neurotizismus der Persönlichkeit.

- Je höher die biographische Belastung der Heroinabhängigen durch nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse ist, desto höher liegen die Werte für Depressivität.
- Je höher die biographische Belastung der Heroinabhängigen durch nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse ist, desto ausgeprägter ist die Persönlichkeitsakzentuierung in den Bereichen Selbstunsicherheit und Dependenz.

3.6 Persönlichkeit und aktuelle Bewältigung

Es wird eine Beziehung zwischen dem Ausmaß einer Persönlichkeitsakzentuierung und der vorrangig gewählten Bewältigungsstrategie angenommen.

3.6.1 Persönlichkeitsakzentuierung und Schwerpunkt der Bewältigung

- Je ausgeprägter die Persönlichkeitsakzentuierung bis hin zur Persönlichkeitsstörung, desto ausgeprägter ist die emotionszentrierte Bewältigung.
- Insbesondere Persönlichkeitsakzentuierungen, die durch Gefühle der Überforderung, Hilflosigkeit und Unsicherheit gekennzeichnet sind, korrelieren mit einer überwiegend emotionszentrierten Bewältigung.
- Je ausgeprägter die Persönlichkeitsakzentuierung bis hin zur Persönlichkeitsstörung, desto geringer ist die am Problem orientierte Bewältigung ausgeprägt.

3.6.2 Persönlichkeitsakzentuierung und Sucht

- Je ausgeprägter die Persönlichkeitsakzentuierung in Richtung Persönlichkeitsstörung der untersuchten Heroinabhängigen ist, desto schwerer ist ihre Abhängigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung.

4 Material und Methode der Untersuchung

4.1 Vorbemerkungen zum Methodenproblem

4.1.1 Zur Modellbildung von Sucht

Die Ursachen süchtigen Verhaltens und der Drogenabhängigkeit lassen sich in einem Kausalitätsmodell nicht hinreichend erklären. Dies ist bei dem komplexen Sachverhalt, der durch das Ineinandergreifen von Aspekten verschiedenster Lebensbereiche im Suchtgeschehen gekennzeichnet ist, nicht nur intuitiv nachvollziehbar, sondern auch in der psychosozial orientierten wissenschaftlichen Auseinandersetzung zunehmend betont worden (vgl. [Krausz & Degkwitz 1992]). In Abkehr von rein naturwissenschaftlich orientierten Ansätzen, bei denen "jegliche wissenschaftliche Erklärung 'kausal' zu sein hat und individuelle Sachverhalte allgemeinen Gesetzen untergeordnet werden" [Simon 1993], haben sich in der Vergangenheit *verstehende* Ansätze der Sucht- und Drogenforschung diesem Problem gestellt (vgl. z.B. [Projektgruppe TUdrop 1984]; [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985]; [Weber & Schneider 1992]; [Herwig-Lempp 1994]).

Die jeweilige Blickrichtung auf den Gegenstand *Drogenkonsum und Abhängigkeitsentwicklung* wird damit konstitutiv für dessen Eigenschaften und Bedeutungen. Das ist im Bereich psychologischer und psychiatrischer Betrachtungen nichts Außergewöhnliches, bestimmt aber auch die für den Suchtbereich charakteristische Methoden- und Theorievielfalt (vgl. [Lettieri et al. 1980]).

Die Relevanz des Bedingungsgefüges zwischen dem Gegenstand und seiner Betrachtung kann in ihren Konsequenzen nicht überschätzt werden, und diese werden auf ganz unterschiedlichen Ebenen wirksam:

- in der wissenschaftlichen Diskussion, durch die vertretenen Theorien, in denen sich die Standpunkte der Forscher artikulieren;

- in der staatlichen Bevorzugung und Förderung bestimmter Forschungsprojekte zu Lasten anderer;
- in der Meinung der Öffentlichkeit und deren Reaktionen, z.B. auf staatliche Reglementierungen;
- im sozialen Umfeld von Drogenkonsumenten und / oder -abhängigen, wie in Schule Familie und Freundeskreis;
- in der Einschätzung von Ärzten und ihrem daraus resultierenden Verhalten im Bereich drogenunspezifischer Versorgung, wie internistischen und chirurgischen Kliniken;
- in der Haltung therapeutisch arbeitender Professioneller den Drogenkonsumenten und -abhängigen gegenüber; und nicht zuletzt
- im Selbstverständnis des süchtigen Menschen.

Wenn auch umgangssprachlich *Erklären* und *Verstehen* oft synonym gebraucht werden, verweist der psychologische Aspekt des Begriffs *Verstehen* im Rahmen wissenschaftlicher Methodenprobleme und Theoriebildung auf Dimensionen jenseits reiner Kausalitäten: "Die Methode des Verstehens basiert ... auf der prinzipiell möglichen Gleichartigkeit zwischen dem untersuchenden Subjekt und dem untersuchten Objekt bzw. der Prozesse, denen beide unterworfen sind" [Simon 1993, p. 27]. Es würde also den Gegenstand der Sucht und der Drogenabhängigkeit betreffend darum gehen, Prozesse der Suchtentwicklung einer Person zu verstehen, ohne sie auf die Zuschreibung *abhängig* zu reduzieren, als etwas allein ihr Anhaftendes, Unteilbares. "*Abhängigkeit* ist nicht als Eigenschaft des Subjektes oder in seiner Persönlichkeit liegend zu verstehen, sondern als in Relation zu den Lebensumständen subjektiv funktionales Symptom, das sich in der Tätigkeit, also im konkreten Lebensprozeß konstituiert" [Krausz & Degkwitz 1996, p. 36] (vgl. auch [Projektgruppe TUdrop 1984]; [Kindermann et al. 1989]; [Weber & Schneider 1992]).

4.1.2 Das Methodenproblem

Verstehende Ansätze im Bereich der Sucht- und Drogenforschung haben es sich daher zur Aufgabe gemacht, die Motive und Bedeutungen des Drogenkonsums, sowie die

überindividuellen Konstellationen seiner Entstehung und Aufrechterhaltung in das Blickzentrum theoretischer und methodischer Ansätze zu rücken.

Nach Lamnek [1993, p. 25ff] bedeutet das im Sinne qualitativ orientierter Forschung, daß die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen und (Leidens-)Erfahrungen im Mittelpunkt der Gegenstandsbetrachtung steht, wobei die Grundannahme darin besteht, den Bedeutungen von Handlungen, Deutungen und anderen Äußerungsformen eine prinzipielle Reflexivität zu unterstellen. Das heißt, daß jede Bedeutung *kontextgebunden* ist, womit sie reflexiv auf das *Ganze*, Person und Umwelt, verweist, und die Bedeutung eines Handelns oder auch eines sprachlichen Ausdrucks stets nur durch den Rekurs auf den sozialen und symbolischen Kontext seiner Erscheinung verständlich wird.

Die Schwierigkeit bei dieser Herangehensweise liegt aber darin, einerseits zwar durch qualitativ phänomenologische Arbeit sich so nah wie möglich an die Lebenswelt der betrachteten Person heranbewegen zu können, andererseits aber dadurch oft in die Enge subjektivistischer Ansätze zu geraten. Über die subjektiven Aspekte hinaus größere Allgemeingültigkeit und Vergleichbarkeit im Sinne von Objektivität zu gewinnen, wie es quantitative Ansätze für sich beanspruchen, stellt die Theorieentwicklung und insbesondere die Methodologie vor eine große Herausforderung. "Objektivität ist die Basiskategorie jeglicher wissenschaftlicher Forschung. *Von ihr wird dann gesprochen, wenn eine inter-individuelle Zuverlässigkeit bzw. Nachprüfbarkeit derart gegeben ist, daß unter ceteris-paribus-Bedingungen verschiedene Forscher zu demselben empirisch gewonnenen Resultat gelangen.*" [Lamnek 1993, p. 178].

Die Orientierung am Objektiven ist aber auch im Bereich empirischer quantitativer Betrachtungen von Drogenmißbrauch und Sucht ein konzeptionelles wie methodisches Problem. Denn objektive Bedingungen als *soziale Realität*, die sich direkt messen ließen, kann es auch für psychosozial orientierte Ansätze nicht geben, sondern nur deren Wahrnehmungen, Konstruktionen und Interpretationen. Ebenso stellt die quantitative Erfassung der Realitätsverarbeitung und der mit ihr in Verbindung stehenden Befindlichkeit und Bewältigung ein schwieriges Unterfangen dar.

Welche Möglichkeiten für Theorieentwicklung und Forschung bleiben dann bestehen? "Eventuell werden neue Bezugssysteme, zusätzliche Aspekte, im quantitativen Sinne vielleicht auch multivariate und eher modellhafte Erklärungen gesucht - und vielleicht sogar gefunden. Gerade divergierende Resultate können die Suche nach alternativen Erklärungen für ein Phänomen beschleunigen und damit befruchtend wirken" [Lamnek 1993, p. 253].

4.1.3 Die erweiterte Perspektive

Begriffe wie *ökologische* oder auch *biopsychosoziale Perspektive* z.B. in der Psychiatrie verweisen auf den Versuch, additiv oder sogar integrativ verschiedene Perspektiven theoretisch zu berücksichtigen (vgl. hierzu [Antons & Schulz 1990]). Es steht allerdings noch aus, ein integratives Modell von Sucht bzw. Drogenabhängigkeit zu entwerfen, das die unterschiedlichen Analyseebenen allein aus dem engeren psychologisch-psychiatrischen Bereich - wie die biologische, die psychoanalytisch-psychodynamische, die systemische, die entwicklungspsychologische, die genetische und die lerntheoretische - auf ein gemeinsames Erklärungsprinzip hin abbilden kann.

4.2 Die Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung ist in Mitarbeit an einem vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) geförderten Projekt "Psychose und Sucht" unter der Leitung von Prof. Dr. M. Krausz an der Psychiatrischen und Nervenlinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf entstanden. Diese auf fünf Jahre angelegte Studie zum Langzeitverlauf der Heroinabhängigkeit hat zum Ziel, Ausmaß und Auswirkung psychiatrischer Komorbidität auf den Verlauf und die Prognose einer psychiatrischen Erkrankung einerseits, wie auf die Heroinabhängigkeit andererseits zu untersuchen.

Die Stichprobe von 351 Heroinabhängigen wurde aus Klienten verschiedener Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen nach dem Zufallsprinzip zusammengestellt. Beteiligt waren Stationen des niedrigschwelligen Entzugs des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Ochsenzoll, Drogenambulanzen, Praxen substituierender ÄrztInnen, ambulante Beratungseinrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften.

Die Fragestellung der *funktionellen Aspekte schädlichen Konsums* wurde eigenständig und unter Verwendung ausgewählter standardisierter Instrumente aus der Gesamtuntersuchung erarbeitet und ausgewertet.

Als Kontrollgruppe zum Vergleich mit den untersuchten Opiatabhängigen wurde eine Stichprobe aus dem Datensatz der repräsentativen Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992] gebildet. Diese Studie umfaßt 4005 Jugendliche aus dem großstädtischen Lebensraum der alten Bundesländer. Nach den Charakteristika der Stichprobe der Heroinabhängigen wurde die Vergleichsgruppe auf den Umfang von 396 'normalen'

Jugendlichen zugeschnitten, indem eine Auswahl nach Geschlechts- und Altersverteilung und Großstadtzugehörigkeit getroffen wurde.

4.3 Der Untersuchungszeitraum

Die Untersuchung der 351 Opiatabhängigen wurde im April 1995 nach ausführlicher Schulung der Interviewer über die Erhebungsinstrumente und nach Einweisung in die Praxis der Interviewdurchführung begonnen und im Januar 1996 abgeschlossen.

4.4 Die Interviewsituation und der Datenschutz

Jeder Klient und jede Klientin wurde zunächst persönlich gefragt ob er / sie an der Untersuchung teilnehmen möchte, wobei bereits der Zweck der Gesamtuntersuchung erklärt wurde. Nach der Einwilligung wurde jeder Teilnehmer noch einmal ausführlich über Vorgehen, Umfang und den Schutz der Daten gegenüber unbeteiligten Dritten informiert und die Möglichkeit des Rückzugs des Einverständnisses betont. Erst dann wurde mit der Durchführung der Erhebung begonnen. Die Interviewsitzung, in der als Fremdbeurteilungsinstrumente der ASI (Addiction Severity Index 1993) und das CIDI (Composite International Diagnostic Interview 1990) verwendet wurden, dauerte jeweils etwa 3 bis 4 Stunden. Die Selbstbeurteilungsbögen des insgesamt recht umfangreichen Studiendesigns konnten von der befragten Person im Laufe etwa eines Tages ausgefüllt werden.

Die digitale Erfassung des Datenmaterials wurde durch DoktorandInnen des Projekts "Psychose und Sucht" mit Hilfe der Statistiksoftware Statview (Version 4.02) auf Apple Macintosh Personalcomputern geleistet. Zur rechnerischen Durchführung der Analysen wurde das Programmpaket SPSS (Superior Performing Software Systems) verwendet. Sie fand in den Räumen der Arbeitsgruppe Drogenforschung in der Psychiatrischen und Nervenambulanz des Universitätskrankenhauses Eppendorf statt.

Die Anonymisierung des Datenmaterials erfolgte durch die Verwendung von Identifikationsnummern. Die persönlichen Daten wurden von MitarbeiterInnen der Arbeitsgruppe in einer von den übrigen Datenbeständen separierten und paßwortgeschützten Datei erfaßt, die ausschließlich diesen Personen zugänglich war.

4.5 Die Instrumente und ihre statistische Auswertung

Folgende Erhebungsinstrumente wurden aus dem umfangreichen Erhebungsinventar des Gesamtprojekts zur Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung herangezogen:

- EuropASI (Addiction Severity Index), 6. Fassung. Deutsche Fassung: Gsellhofer, Fahrner, Platt (Hrsg.). München: IFT, 1993; (Original: [McLellan et al. 1980]).
- CIDI (Composite International Diagnostic Interview), World Health Organisation, Deutsche Bearbeitung: Wittchen & Semler. Beltz Test, Psychologie Verlags Union, 1990.
- PDQ-R (Personality Diagnostic Questionnaire); [Hyer et al. 1984].
- BDI (Beck-Depressions Inventar). Deutsche Fassung: Hautzinger. Bern: Huber, 1987; (Original: [Beck 1978]).
- NEO-FFI (Fünf-Faktoren-Inventar). Deutsche Fassung: [Ostendorf et al. 1994]; (Original: [Costa & McCrae 1985]).
- SEBV-K (Kurzform der Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens). Deutsche Fassung: [Ferring & Filipp 1989]; (Original: *Ways of Coping Checklist* [Folkman & Lazarus 1980]).
- Ausgewählte Fragebögen zum lebensbiographischen und psychosozialen Hintergrund der Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992]: Kritische Lebensereignisse; Entwicklungsübergänge.

4.6 Die statistischen Verfahren

Neben der deskriptiven Darstellung von absoluter und relativer Häufigkeit, sowie dem arithmetischen Mittel, wurde die Überprüfung von Gruppenunterschieden und die Ermittlung statistischer Korrelationen mit Hilfe der folgenden Verfahren vorgenommen:

1. t-Test für unabhängige und abhängige Stichproben bei zweistufigen Gruppenvergleichen, zur Überprüfung, ob sich zwei Variablen bezüglich einer abhängigen Variablen im Mittelwert statistisch signifikant unterscheiden. Je nach Abhängigkeit oder Unabhängigkeit der Stichproben wurden Wilcoxon-Test bzw. Levene-Test oder der U-Test nach Mann-Whitney angewandt.

2. Varianzanalysen mittels One-way ANOVA zur Überprüfung der systematischen oder zufälligen Abweichungen zwischen den Gruppenmittelwerten über den sog. F-Wert. Zur Identifizierung signifikanter Gruppenunterschiede diente der Scheffé-Test.
3. Chi-Quadrat-Test als nonparametrisches Verfahren: Mittels Kreuztabellen wurden mit diesem Verfahren relative und absolute Häufigkeiten nominal- und ordinalskalierter Daten ermittelt werden.
4. Korrelationen bei Zusammenhangshypothesen: Die Ermittlung der Stärke der Beziehung zwischen zwei Meßgrößen wurde über den Korrelationskoeffizienten r als Pearsons-Produkt-Moment-Korrelation ermittelt. Mittels Regressionsgeraden wurden die Werte des Punkteschwarms zweier Variablen im Koordinatensystem in ihrer Beziehung zueinander dargestellt.

Bei der Ermittlung korrelativer Zusammenhänge wurden Korrelationskoeffizienten ab 0,20 als relevant angesehen. Für die Formulierung der Signifikanzen wurde auf 5%-Niveau die Bezeichnung "signifikant" (p: *), auf 1%-Niveau die Bezeichnung "sehr signifikant" (p: **) und auf Promille-Niveau die Bezeichnung "hochsignifikant" (p: ***) verwendet. P-Werte im Bereich zwischen 5 und 10% wurden im Sinne einer Tendenz interpretiert.

5 Ergebnisse

5.1 Die Stichprobe

Es wurden im Rahmen dieser Untersuchung 351 Opiatabhängige³ befragt, die zum Untersuchungszeitpunkt in Kontakt zu unterschiedlichen Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen standen. Die männlichen Teilnehmer waren mit einem Anteil von 69,5% (244) gegenüber 30,5% (107) Frauen in der Gesamtstichprobe vertreten. Abb. 6 zeigt die Altersverteilung insgesamt, sowie differenziert nach Geschlecht.

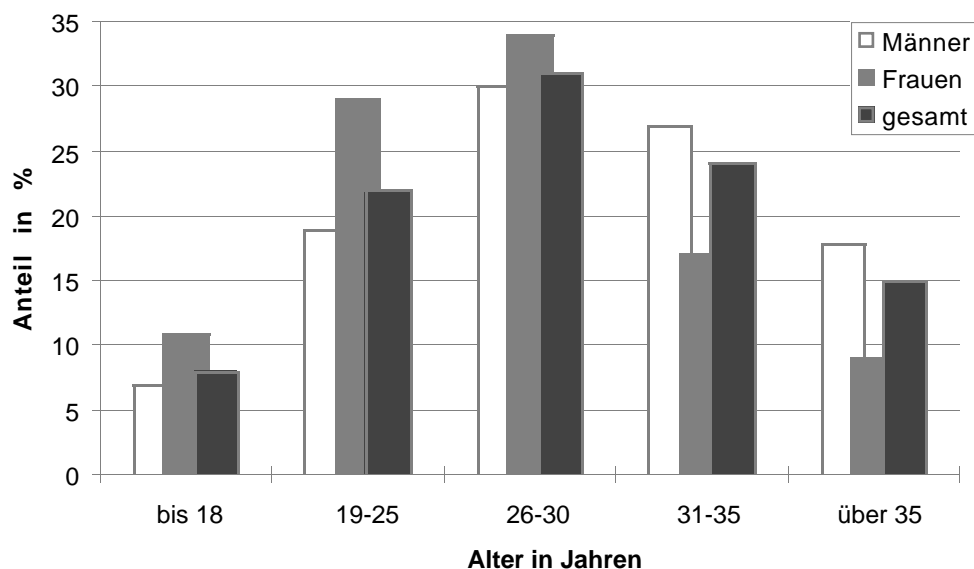


Abb. 6: Altersverteilung der Heroinabhängigen der Stichprobe differenziert nach Geschlecht (N=351).

Das Durchschnittsalter der untersuchten Stichprobe liegt bei knapp 29 Jahren (30% sind unter 25 Jahre alt und 39% sind älter als 30 Jahre). Die Frauen der Stichprobe sind im Durchschnitt etwa 2,5 Jahre jünger als die männlichen Probanden. Das Einstiegsalter in

³ In der vorliegenden Untersuchung wird im weiteren die Unterscheidung zwischen allgemein Opiatabhängigen und Heroinabhängigen zugunsten der Bezeichnung *Heroinabhängige* unterlassen. Es wird dabei davon ausgegangen, daß bei der Bezugnahme auf biographische Konstellationen dieser aktuelle Unterschied nicht ins Gewicht fällt.

den Heroinkonsum liegt bei den männlichen Probanden bei 20 Jahren, bei den weiblichen um gut ein Jahr darunter, bei 18,9 Jahren. Zum Untersuchungszeitpunkt betrug die Konsumdauer von Heroin im Mittel 6,8 Jahre bei den Männern bzw. 5,9 Jahre bei den Frauen (siehe Tab. 2).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung befand sich ein Großteil (42%) der Teilnehmer und Teilnehmerinnen in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon. In stationärer Langzeittherapie befanden sich zum selben Zeitpunkt 23% der Befragten, und 17% führten einen sogenannten *qualifizierten Entzug* in einer dafür spezialisierten psychiatrischen Drogenentzugsstation durch. 10% befanden sich in Nachsorgeeinrichtungen und therapeutischen Wohngruppen, während sich der mit 3% kleinste Teil der Stichprobe in ambulante Abstinenztherapie begeben hatte. Ohne Behandlung in einer dieser Einrichtungen waren 5% der Befragten.

Tab. 2: Alterscharakteristika und durchschnittliche Heroinkonsumdauer der Stichprobe; Angaben in Prozent (N=351).

Durchschnittswerte:	Männer	Frauen	Gesamt
Alter bei Erhebung	29,5	26,9	28,7
Einstiegsalter Heroin	20,0	18,9	19,6
Konsumdauer Heroin	6,8	5,9	6,5

5.2 Biographische Faktoren - die Stichprobe im Vergleich

5.2.1 Erfahrung kritischer Lebensereignisse

Die Erfassung lebensverändernder bzw. kritischer Lebensereignisse wirft eine Reihe von methodischen Problemen auf, die bei der Betrachtung der Ergebnisse Berücksichtigung finden sollten. Ein Hauptproblem hierbei besteht darin, daß die Befragten Schwierigkeiten haben, vergangene Ereignisse überhaupt zu *erinnern*. Es kann aber davon ausgegangen werden, daß gerade belastende negative Ereignisse deshalb noch relativ zuverlässig im Gedächtnis präsent bleiben, weil sie bei ihrem Auftreten Problembewältigungsressourcen beanspruchen, Anpassungsleistungen erfordern und noch stärker als positive Ereignisse mit anderen Lebensbereichen verknüpft sind. Ein anderes Problem in der Erfassung kritischer Lebensereignisse besteht in der *Bewertung* des Ereignisses im Rückblick. Bei der Frage nach der Bewertung eines Ereignisses, das eventuell mehrere Jahre zurückliegt, wird implizit davon ausgegangen, daß die Be-

wertung sich nicht oder nur kaum mit der Zeit verändert. Diese Annahme würde aber im Gegensatz zum Streßkonzept von Lazarus [Folkman & Lazarus 1985] stehen, nach dem sich die Einschätzung eines Stressors über die Zeit in Abhängigkeit von Ressourcen und dem Erfolg der Bewältigung wandelt. Das hier verwendete Instrument folgt daher der Grundannahme, daß die *aktuelle Einschätzung* der Betroffenen das entscheidende Moment des Belastungserlebens ist, und diese ist daher zentrale Prämisse der Meßtheorie.

Das für die Untersuchung der biographischen Vorbelastung der Heroinabhängigen verwendete Selbstbefragungsinstrument wurde im Rahmen der Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992] entwickelt. Hierin werden mittels einer Liste von 15 vorgegebenen kritischen Lebensereignissen der Vergangenheit Erlebensalter und Ausmaß der damit verbundenen Lebensveränderung auf fünf Stufen ermittelt.

Beim Vergleich der durchschnittlich erlebten Anzahl kritischer Ereignisse zwischen den Heroinabhängigen der Stichprobe und der gematchten Vergleichsgruppe der Shell-Studie "Jugend '92" zeigt sich bereits ein deutlicher Unterschied über die betrachteten Alterstufen zwischen 5 und 25 Jahren (vgl. Abb. 7).

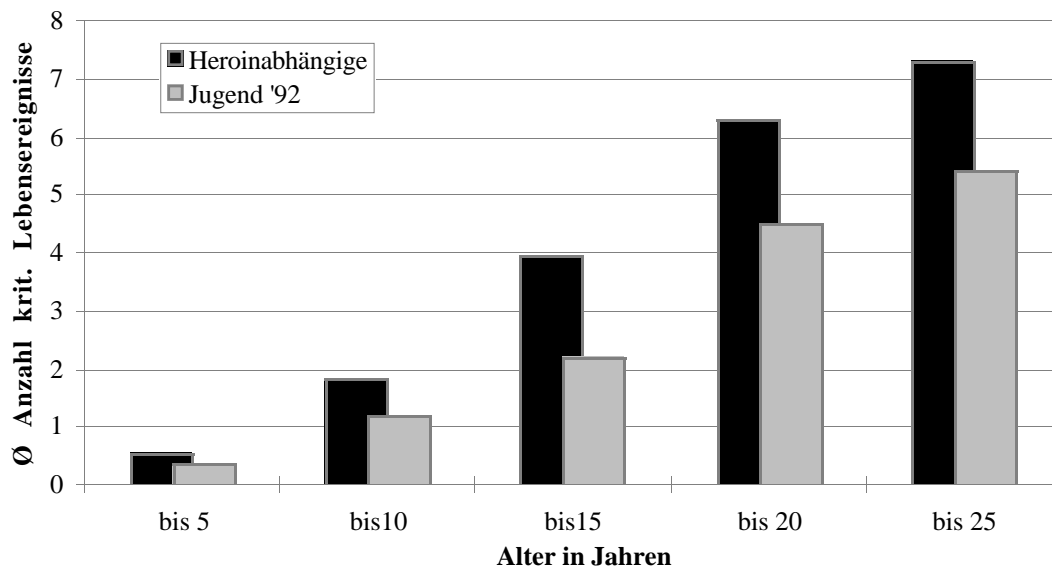


Abb. 7: Vergleich der durchschnittlichen Anzahl kritischer Lebensereignisse: Heroinabhängige N=351, "Jugend '92" N=396 (t-Test für ungepaarte Stichproben df=745: **Alter bis 5:** $t=2,96$ $p<,01$; **Alter bis 10:** $t=5,97$ $p<,001$; **Alter bis 15:** $t=10,6$ $p<,001$; **Alter bis 20:** $t=8,28$ $p<,001$; **Alter bis 25:** $t=7,78$ $p<,001$).

Bei der Differenzierung beider Untersuchungsgruppen nach Geschlecht zeigt sich stets eine höhere Belastung der weiblichen Befragten gegenüber den männlichen, unabhängig davon, welcher Gruppenzugehörigkeit (siehe Abb. 8).

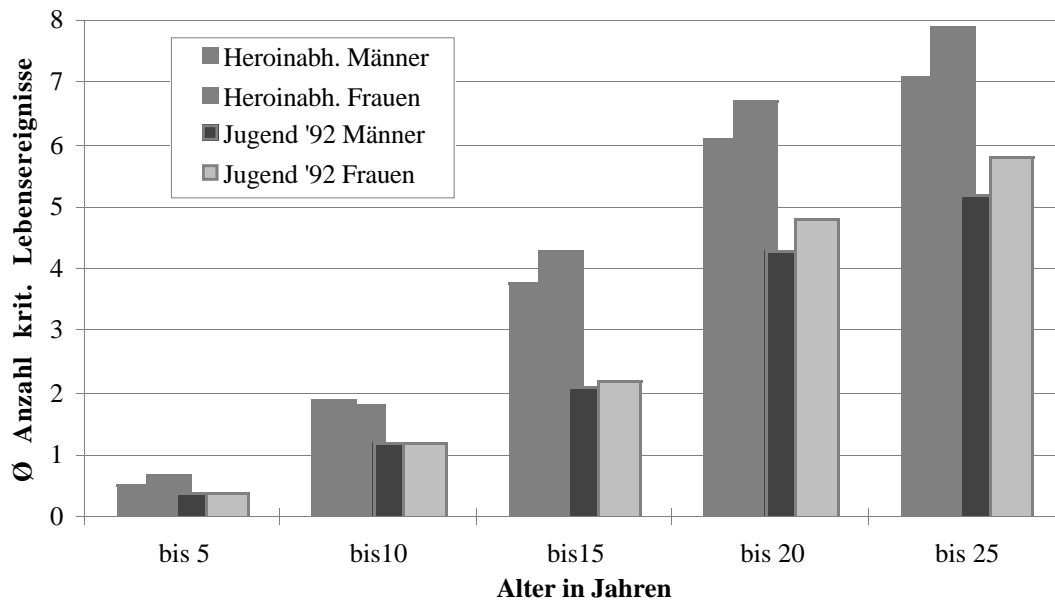


Abb. 8: Verteilung der kritischen Lebensereignisse nach Geschlecht (ANOVA, $df=3$: **Alter bis 5:** $F=4,1$ $p<,01$; **Alter bis 10:** $F=12,1$ $p<,001$; **Alter bis 15:** $F=38,4$ $p<,001$; **Alter bis 20:** $F=26,0$ $p<,001$; **Alter bis 25:** $F=23,0$ $p<,001$).

Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern könnte an einer grundsätzlich anderen Selbst- und Umwelteinschätzung der Mädchen und Frauen liegen, wohl weniger aber an einer präziseren Erinnerung, zumal hier noch keine Bewertung der Ereignisse mit einfließt und es nur um die Erinnerung an das Ereignis überhaupt geht.

Es zeigt sich in Abbildung 7, daß die Heroinabhängigen der Stichprobe durchschnittlich mit etwa 2 kritischen Lebensereignissen mehr belastet sind als ihre Altersgenossen der Vergleichsgruppe. Die Differenzierung nach der Art des jeweiligen Erlebnisses und seinem Auftreten in den beiden betrachteten Untersuchungsgruppen stellt Tabelle 3 dar.

Signifikante Unterschiede in der Verteilung der kritischen Lebensereignisse zeigen sich in den Bereichen der schulischen und beruflichen Bildung. Hier weisen die Heroinabhängigen weit problematischere biographische Entwicklungen auf, als die verglichenen Jugendlichen aus der Shell-Studie "Jugend '92".

Tab. 3: Verteilung der kritischen Lebensereignisse über die Untersuchungsgruppen (Heroinabhängige: N=351; "Jugend '92": N=396); Signifikanzniveaus (Chi-Quadrat-Test): *: $p < ,05$; **: $p < ,01$; ***: $p < ,001$.

	Heroin- abhängige	Jugend '92	
Wechsel auf andere Schule od. Ausbildungsplatz	83,3	70,4	***
Sitzenbleiben in der Schule	52,4	20,3	***
Wegen Schule/Ausbildung Elternhaus verlassen	21,0	26,3	n.s.
Lehre/Ausbildung abbrechen	50,3	8,9	***
Schwere Abschlußprüfung (Schule/Ausbildung)	46,7	74,4	***
Geburt oder Adoption eines Geschwisters	30,6	26,9	n.s.
Umzug an einen anderen Ort	77,7	48,4	***
Trennung/Scheidung der Eltern	45,2	15,2	***
Vater oder werden Mutter arbeitslos	15,8	7,6	***
Tod von Vater oder Mutter	30,5	11,9	***
Tod von Großvater oder -mutter	66,8	67,6	n.s.
Verlust eines nahen Freundes oder Freundin	61,6	30,6	***
Eigene schwere Krankheit	40,5	16,5	***
Schwere Krankheit einer nahestehenden Person	39,4	35,2	n.s.
Nicht mehr weiter leben wollen	58,0	15,2	***

Daß deutlich mehr Jugendliche der Vergleichsgruppe eine schwere Abschlußprüfung zu bewältigen hatten, ergibt sich nicht zuletzt aus den genannten schlechteren Verhältnissen bei den Heroinabhängigen. Aber auch im Bereich des familiären Umfelds zeigt sich bei den Heroinabhängigen eine höhere Belastung, insbesondere unter dem Aspekt nicht gesicherter stabiler Lebensverhältnisse: der Trennung der Eltern, die von rund 45% der Heroinabhängigen erlebt wurde, stehen nur 15% erlebter Trennungen der als normal geltenden Vergleichsgruppe gegenüber. Ein krasser Unterschied liegt insbesondere bei der Belastung durch den Tod der Mutter oder des Vaters vor: hier stehen mehr als 30% der Heroinabhängigen, die davon bis zur Befragung betroffen waren den knapp 12% Betroffenen aus der Vergleichsgruppe gegenüber. Ebenso läßt sich schließen, daß die finanziellen Ressourcen der Familien Heroinabhängiger im Rückblick der Befragten deutlich schlechter lagen, als die der Nichtabhängigen: etwa doppelt so hoch wie die Arbeitslosigkeit der Eltern in der Vergleichsgruppe liegt sie mit über 15 % bei den Eltern der Heroinabhängigen vor. Auch die äußere Stabilität der Heroinabhängigen

fällt beim Vergleich mit den Jugendlichen der Shell-Studie wesentlich schlechter aus: die Heroinabhängigen haben signifikant häufiger den Wohnort gewechselt und einen Freund oder eine Freundin verloren als die Vergleichsgruppe. Ebenso ist die eigene Stabilität im physischen, wie auch im psychischen Bereich der Heroinabhängigen gegenüber der Vergleichsgruppe wesentlich stärker beeinträchtigt: mit über 40% geben mehr als doppelt so viele Heroinabhängige an, selbst schwer erkrankt gewesen zu sein. Als extrem kann der Unterschied bei der Suizidalität (als Wunsch, nicht mehr weiter leben zu wollen) bezeichnet werden: 58% der Heroinabhängigen stehen etwa 15% der Vergleichsgruppe gegenüber.

Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei der Angabe, welche Ereignisse noch ein zweites Mal erlebt wurden. Das Muster der Unterschiede zwischen den Heroinabhängigen und der Kontrollgruppe ist hier vergleichbar deutlich und ebenso signifikant (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Verteilung der zum zweiten Mal erlebten kritischen Lebensereignisse über die Untersuchungsgruppen (Heroinabhängige: N=351; "Jugend '92": N=396); Signifikanzniveaus (Chi-Quadrat-Test): *: $p < ,05$; **: $p < ,01$; ***: $p < ,001$.

zum zweiten Mal erlebt:	Heroin- abhängige	Jugend '92	
Wechsel auf andere Schule od. Ausbildungsplatz	41,0	20,7	***
Sitzenbleiben in der Schule	8,5	2,0	***
Wegen Schule/Ausbildung Elternhaus verlassen	1,7	0,8	n.s.
Lehre/Ausbildung abbrechen	8,5	0,8	***
Schwere Abschlußprüfung (Schule/Ausbildung)	7,1	16,2	***
Geburt oder Adoption eines Geschwisters	5,7	4,5	n.s.
Umzug an einen anderen Ort	29,1	10,4	***
Trennung/Scheidung der Eltern	5,7	0,3	***
Vater oder werden Mutter arbeitslos	1,4	0,0	*
Tod von Vater oder Mutter	2,0	0,8	n.s.
Tod von Großvater oder -mutter	19,7	17,7	n.s.
Verlust eines nahen Freundes oder Freundin	17,1	4,8	***
Eigene schwere Krankheit	6,6	1,0	***
Schwere Krankheit einer nahestehenden Person	3,1	2,3	n.s.
Nicht mehr weiter leben wollen	19,7	1,3	***

Es stellt sich bei diesen Angaben natürlich die Frage, ob nicht ein erheblicher Anteil der belastenden Ereignisse durch den Drogenkonsum selbst entstanden sind und damit nicht als biographische Vorbelastung vor dem Einstieg in eine Drogenkarriere zu werten sind. Angenommen werden kann hierbei zunächst, daß nicht alle Lebensbereiche durch einen schädlichen Konsum oder auch durch eine manifeste Drogenabhängigkeit beeinflußt sind. Dies trifft insbesondere für die Ereignisse Trennung der Eltern, Tod der Eltern und Arbeitslosigkeit der Eltern zu. Aber auch kritische Lebensereignisse, die durch die Heroinabhängigkeit selbst hervorgerufen werden, stellen sich nicht sofort, sondern eher erst nach Jahren ein.

Die Unterscheidung zwischen der Belastung *vor* und *nach* einem Einstieg in härtere und damit das unmittelbare Lebensumfeld beeinträchtigende Konsummuster ist aber notwendig, um hier genauere Aussagen über die Konstellationen, in denen zu härteren Konsummustern übergegangen wird, treffen zu können. Als Einstieg in härtere Konsummuster wird für die weitere Untersuchung deshalb der Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum gewertet⁴. Es wurden daher diejenigen kritischen Lebensereignisse, die *vor* dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum lagen gegen diejenigen, die erst *danach* stattfanden, differenziert. Abbildung 9 zeigt, daß bereits *vor* dem Einstieg in härtere Konsummuster die biographische Belastung der Heroinabhängigen der Stichprobe um durchschnittlich mehr als ein kritisches Lebensereignis höher liegt als die der Jugendlichen ohne Abhängigkeitsproblematik.

5.2.2 Erhöhte Anforderungen und Anpassungsleistungen

Die oben stehenden Daten zeigen die der Vergleichsgruppe gegenüber höher liegenden Anforderungen an die Aufrechterhaltung des psychosozialen Gleichgewichts der befragten Heroinabhängigen. Es wird nun im Folgenden hypothetisiert, daß die stärkere biographische Belastung der Heroinabhängigen durch kritische Lebensereignisse in Kindheit und Jugend mit früheren Entwicklungsübergängen in jugendtypische Verhaltensweisen (erste sexuelle Erfahrungen, zum ersten Mal Alkohol / Zigaretten konsumieren etc.) einhergehen. Dabei wird hier davon ausgegangen, daß der vergleichsweise frühere Vollzug bestimmter Verhaltensweisen der Anpassung an die erhöhten Anforderungen gilt.

⁴ Dies schließt natürlich härtere Konsummuster, etwa den intravenösen Gebrauch anderer Substanzen oder beispielsweise exzessiven Alkoholkonsum, nicht aus und stellt insofern eine eher theoretische Grenzziehung dar. Für die Praktikabilität der empirischen Untersuchung in diesem Rahmen, war es jedoch notwendig, sich für eine präzise Operationalisierung zu entscheiden.

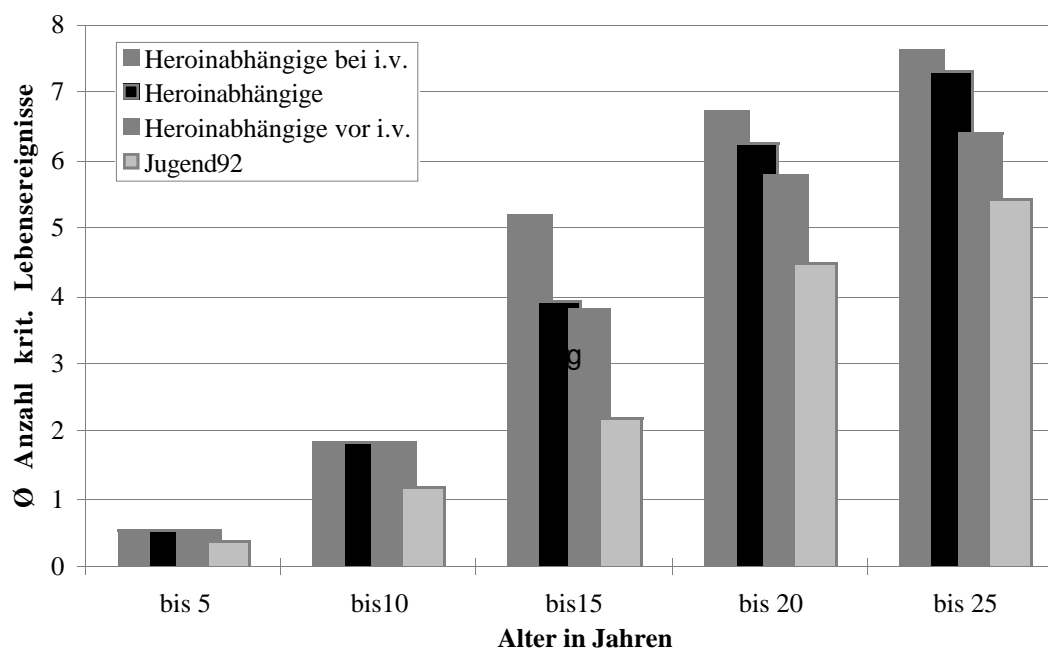


Abb. 9: Kritische Lebensereignisse vor und bei i.v. Konsum von Heroin (Heroinabhängige: N=351, "Jugend '92": N=396); (ANOVA $df=2$: **Alter bis 5:** $F=4,5$ $p<,05$; **Alter bis 10:** $F=18,5$ $p<,001$; **Alter bis 15:** $F=58,0$ $p<,001$; **Alter bis 20:** $F=39,2$ $p<,001$; **Alter bis 25:** $F=35,7$ $p<,001$).

Zur Erfassung der Entwicklungsübergänge wurde das Instrument aus der Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992] verwendet und damit die Vergleichbarkeit der im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Daten mit einer Gruppe Nichtabhängiger geschaffen. Es werden darin 23 Items abgefragt, die das erstmalige Erleben bestimmter jugendtypischer Unternehmungen bzw. Verhaltensweisen erfragen. Dabei wird von den Probanden angegeben, ob, und wenn ja, wann dies jeweils erstmalig erlebt wurde. Abbildung 10 zeigt, daß die Heroinabhängigen in ihrer Entwicklung Entwicklungsübergänge im Mittel früher vollziehen als ihre nicht abhängigen Altersgenossen. So ist erkennbar, daß der Anteil der nicht abhängigen Jugendlichen, die keinen oder nur einen der abgefragten Übergänge früher vollziehen gegenüber den Heroinabhängigen überwiegt. Die Gruppen der Personen, die 2 oder mehr Entwicklungsübergänge verfrüht vollziehen, machen bei den Heroinabhängigen hingegen einen durchgehend größeren Anteil aus. Tabelle 5 stellt die abgefragten Entwicklungsübergänge dar und zeigt, Entwicklungsübergänge welcher Art von den Heroinabhängigen früher vollzogen werden. Die durchschnittliche Altersdifferenz zeigt, daß vor allem die Übergänge "aus dem Elternhaus ausziehen", "zum ersten Mal regelmäßig Zigaretten rauchen", "zum ersten Mal richtig Alkohol trinken" und "selbst bestimmen, wie man aussehen will" von den Heroinabhängigen mehr als 2 Jahre früher vollzogen wurden.

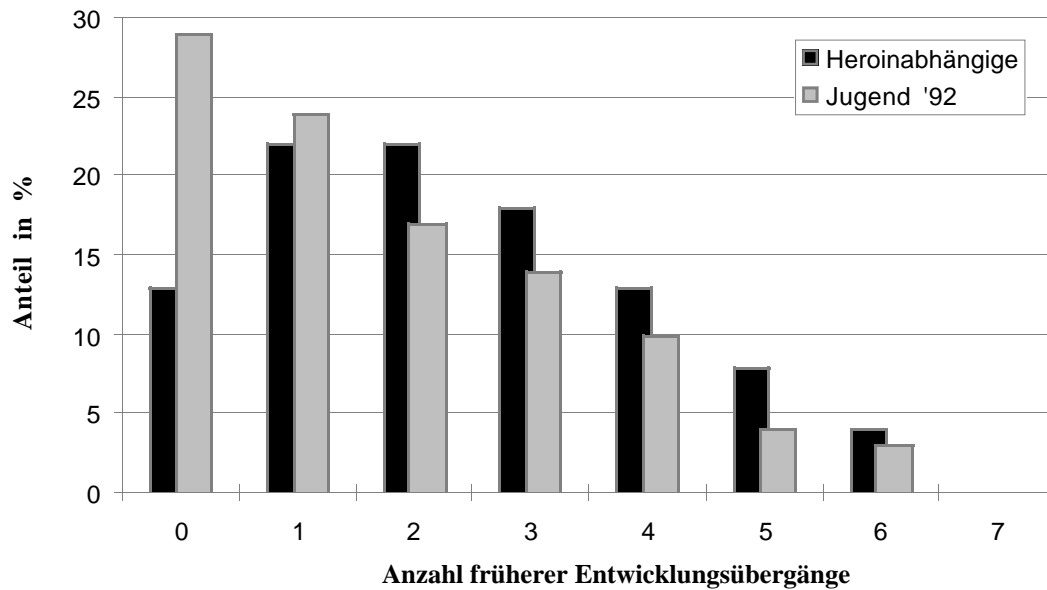


Abb. 10: Vergleich früherer Entwicklungsübergänge (Heroinabhängige: N=351; "Jugend '92": N=396; Chi-Quadrat-Test: df=7, $p < ,001$).

Tab. 5: Frühere Entwicklungsübergänge der Heroinabhängigen im Vergleich (t-Test für unabhängige Stichproben).

Entwicklungsübergang	Alter Heroin	Alter Jugend	Alters-diff.	p=
Weggehen u. heimkommen wann man will	15,0	17,0	- 2,0	***
Aus dem Elternhaus ausziehen	17,6	20,2	- 2,6	***
Erste sexuelle Erfahrung machen	14,4	16,0	- 1,6	***
Erstes Geld verdienen	18,1	19,8	- 1,7	***
Selbst bestimmen, wie man aussehen will	13,9	16,2	- 2,3	**
Zum ersten Mal verliebt sein	13,8	14,9	- 1,1	***
zum ertsten Mal in die Disco gehen	14,1	15,3	- 1,2	***
Männer: erste feste Freundin haben	15,3	16,8	- 1,5	***
Frauen: ersten festen Freund haben	14,5	16,4	- 1,9	***
Zum ersten Mal regelm. Zigaretten rauchen	13,7	16,2	- 2,5	***
Zum ersten Mal richtig Alkohol trinken	13,9	16,0	- 2,1	***
Mit einem festen Partner zusammenwohnen	19,3	21,2	- 1,8	***

Zusammenfassend zeigt sich also, daß die Heroinabhängigen im Vergleich zu 'normalen' Jugendlichen jugendtypische Verhaltensweisen, die den Übergang in das Erwachsenenalter markieren, deutlich *früher* vollziehen. Insbesondere unter der vorangestellten Betrachtung der höheren biographischen Belastung der Heroinabhängigen läßt sich eine erhöhte Anpassungsleistung, die sich in diesem frühen Vollzug ausdrückt, ebenso annehmen, wie auch die erhöhte Gefahr subjektiver Überforderung dadurch begründeterweise angenommen werden kann.

Wie Abbildung 11 zeigt, liegen die Heroinabhängigen mit der durchschnittlichen Anzahl *später* erlebter Entwicklungsübergänge - konsistent mit den obigen Ergebnissen - unter dem Anteil der späteren Entwicklungsübergänge der Vergleichsgruppe.

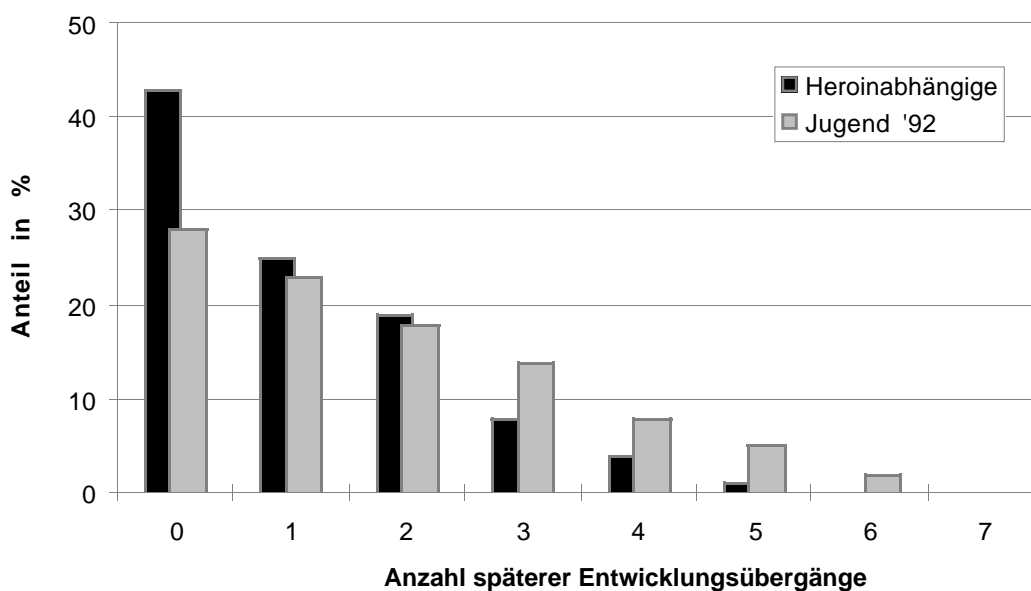


Abb. 11: Vergleich späterer Entwicklungsübergänge (Heroinabhängige: N=351; "Jugend '92": N=396; Chi-Quadrat-Test: df=7, $p < ,001$).

5.2.2.1 Belastungen und psychiatrische Störungen

Wenn die Annahme, daß es unter einem erhöhten Belastungsdruck auf das psychosoziale Gleichgewicht einer Person zu einer akuten und unter Umständen auch chronischen Streßreaktion kommt, müsste sich - in Anlehnung an die Untersuchung von Engel und Hurrelmann [1994] (vgl. Abschnitt 2.4.1) - bei der aufgezeigten Konstellation von hoher biographischer Belastung durch kritische Lebensereignisse, vergleichsweise schlechter familiärer Ressourcenlage und frühen Entwicklungsübergängen ein

erhöhtes Auftreten an psychischen Störungen bei den Heroinabhängigen feststellen lassen.

Um hierüber Aussagen treffen zu können, wurden die 351 Heroinabhängigen mit dem *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, [World Health Organization 1990]) befragt. Die Auswertung der Daten zur Lifetime-Prävalenz der ICD-10 - Störungen F2 - F5 (vgl. Tab. 6) zum Untersuchungszeitpunkt zeigt Abbildung 12. Hier läßt sich zunächst ein deutlicher Geschlechtsunterschied in der Prävalenz psychischer Störungen erkennen: weniger als ein Drittel der Frauen (31%) zeigt gegenüber den männlichen Heroinabhängigen mit 51% keine zusätzliche psychiatrische Störung. Fast alle erhobenen Störungsgruppen treten bei den Frauen deutlich häufiger auf (siehe Tab. 6).

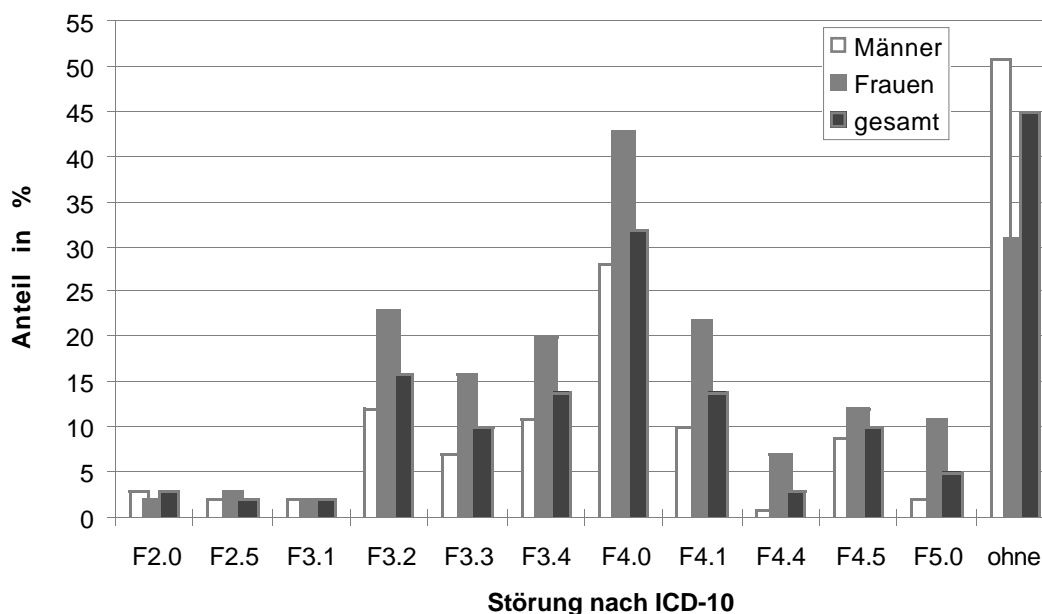


Abb. 12: Prävalenz der Störungen nach Kap. V der ICD-10 der Heroinabhängigen der Stichprobe (N=351).

Beim Vergleich dieser Daten mit den Angaben zur Prävalenz dieser Erkrankungen in der Normalbevölkerung wird das hohe Morbiditätsrisiko, als Wahrscheinlichkeit im Laufe seines Lebens überhaupt an einer dieser Störungen zu erkranken, von Heroinabhängigen mit dieser biographischen und aktuellen Lebenskonstellation deutlich. So wird die Prävalenz depressiver Erkrankungen der Bevölkerung allgemein auf etwa 1-3%, unter Einbeziehung der leichteren Depressionsformen auf ca. 7% geschätzt (vgl. [Freyberger & Stieglitz 1996, p. 143]). Unter Einschluß aller depressiven Störungen,

auch der nichtbehandelten, gehen die Angaben über das Morbiditätsrisiko auf bis zu 26%, wobei der Häufigkeitsgipfel etwa im 30. Lebensjahr liegt. Die Daten der untersuchten Stichprobe der Heroinabhängigen zeigen dagegen eine Prävalenz depressiver Störungen von etwa 40%, wobei hier besonders berücksichtigt werden muß, daß rund 50% der untersuchten Heroinabhängigen noch unter 30 Jahre alt ist.

Tab. 6: Lifetime-Prävalenz weiterer psychischer Störungen nach ICD-10 nach Geschlechter, **Angaben in %** (z.T. Mehrfachdiagnosen); N=351 (Chi-Quadrat-Test: * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$).

Störungsgruppe nach ICD-10	Männer	Frauen	gesamt	p
F20 Schizophrenie	3	2	3	n.s.
F25 schizoaffektive Störung	2	3	2	n.s.
F2 gesamt	5	4	5	n.s.
F31 bipolar-affektive Störung	2	2	2	n.s.
F32 depressive Episode	12	23	16	***
F33 rezidiv. depressive Störung	7	16	10	*
F34 anhaltende affektive Störung	11	20	14	*
F3 gesamt	26	44	32	**
F40 phobische Störung	28	43	32	**
F41 sonstige Angststörung	10	22	14	**
F44 dissoziative Störung	1	7	3	*
F45 somatoforme Störung	9	12	10	***
F4 gesamt	38	55	43	**
F50 Eßstörungen	2	11	5	**
F5 gesamt	2	11	5	**
keine weitere psychische Störung	51	31	45	**
Ø Diagnosenzahl	1,0	1,8	1,3	**

Ebenso liegt die Prävalenz schizophrener Erkrankungen der Heroinabhängigen mit 3% deutlich höher als die der Durchschnittsbevölkerung, die mit etwa 1-1,5% anzunehmen

ist. Das Lebenszeitrisko der Durchschnittsbevölkerung, an einer bipolar-affektiven Störung zu erkranken, wird ebenfalls mit etwa 1% angegeben und liegt bei den befragten Heroinabhängigen zum Untersuchungszeitpunkt bereits mit 2% vor. Auffallend an den vorliegenden Daten ist ebenso die hohe lebenslange Prävalenz phobischer Störungen der Heroinabhängigen: in der Durchschnittsbevölkerung liegt sie bei etwa 14%, in der untersuchten Stichprobe dagegen bei 32%. Ebenso liegt der Prozentsatz der Prävalenz somatoformer Störungen mit 10% um den Faktor 100 höher als in der Durchschnittsbevölkerung, der mit 0,1% angegeben wird [Freyberger & Stieglitz 1996, p. 52].

Bei der Überprüfung einer statistisch nachweisbaren Korrelation zwischen dem Ausmaß der biographischen Belastung durch kritische Lebensereignisse und dem Auftreten einer psychischen Störung gemäß ICD-10 zeigen vor allem die Störungen F33, F34 und F40 eine erwähnenswerte - wenn auch z.T. nur schwache - Korrelation (siehe Tab. 7).

Tab. 7: Zusammenhang zwischen der Anzahl kritischer Lebensereignisse und dem Auftreten der Störungen F33, F34 und F40 nach ICD-10 (Spearman, N=351).

Korrelation	F33 rezidivierende depressive Störung		F34 anhaltende affektive Störung		F40 phobische Störung	
	r	p	r	p	r	p
Anzahl kritischer Lebensereignisse	,1199	*	,1470	**	,1927	***

Betrachtet man bei dem vergleichsweise hoch korrelierenden Auftreten der phobischen Störung F40 und der biographischen Belastung die zeitliche Beziehung zum Einstieg in den intravenösen Konsum von Heroin, so zeigt sich, daß nur 9,4% der Betroffenen diese Störung *nach* dem Einstieg in den intravenösen Konsum aufwiesen. Dagegen weisen 22,8% der von einer phobischen Störung betroffenen Heroinabhängigen die Störung *vor* dem Einstieg in den intravenösen Konsum auf.

5.2.2.2 Einschätzung zum Kontext des Einstiegs

Um der subjektiven Einschätzung für die Gründe und Konstellationen für den Einstieg in den Heroinkonsum überhaupt Rechnung zu tragen, wurden die Probanden nach den drei wichtigsten Gründen für den Konsum**beginn** gefragt. Außerdem wurden sie aufgefordert, die *zuletzt relevanten* (aktuellen) Gründe für die Aufrechterhaltung ihres Konsums zu benennen. Die aus der Befragung resultierende Verteilung der Einstiegsmotive ist in Abbildung 13 dargestellt. Wie die Abbildung zeigt, wurde das Motiv "Neugier" mit 68% am häufigsten genannt. Mit einem Anteil von 26% ist das Motiv "abschalten können" das zweithäufigste Motiv beim *Einstieg* in den Heroinkonsum, gefolgt von den Motiven "Probleme haben" (23%) und "Cliquen-Annerkennung" (21%).

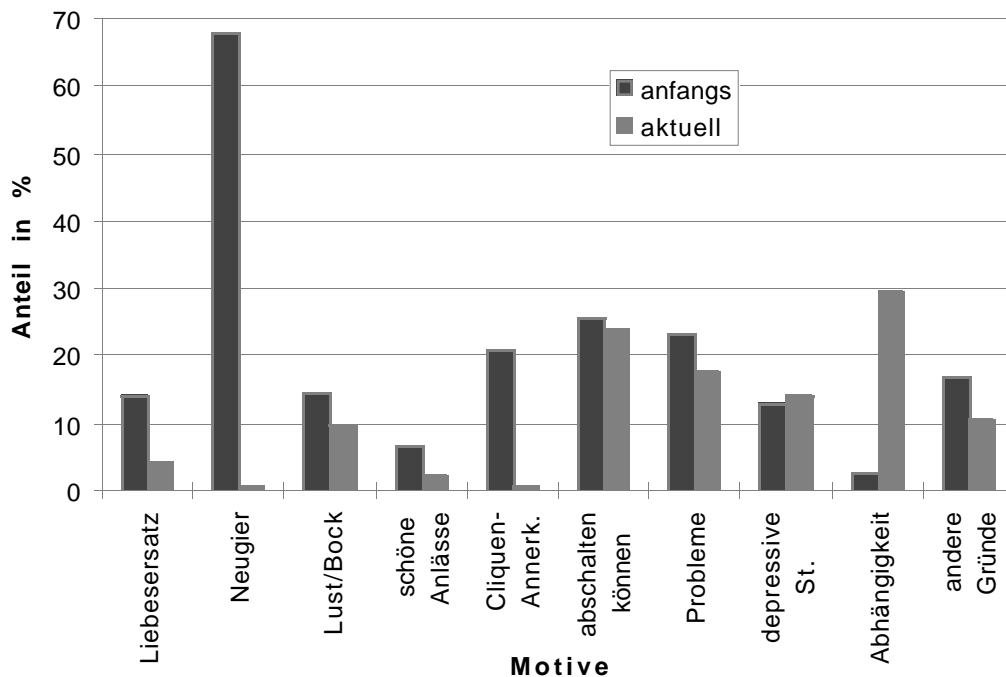


Abb. 13: Einstiegs- und aktuelle Motive der befragten 351 Heroinabhängigen.

Als *aktuelle* Motivationen für den Heroinkonsum stehen neben der Abhängigkeit die Motive "abschalten können" (24%), "Probleme haben" (18%) und "depressive Stimmung" (14%) im Vordergrund. Bemerkenswert ist der relativ niedrige Anteil von nur 30%, der die Abhängigkeit selbst als aufrechterhaltendes Motiv für den Drogenkonsum angibt, wenn man berücksichtigt, daß diese Aussagen von manifest Heroinabhängigen getroffen wurden.

Bei der direkten Frage nach ihrer Einschätzung dazu, welche Bedeutung die erlebten Belastungen und Konflikte für den Einstieg in den Heroinkonsum hatten, urteilten die Heroinabhängigen wie in Abbildung 14 dargestellt. Demnach stellen 82% der befragten Heroinabhängigen einen als relevant einzustufenden Zusammenhang zwischen biographischer Belastung und ihrem Drogenkonsum her. Zwei Drittel (67%) der Befragten beurteilten die Bedeutung ihrer biographischen Belastung für ihren Heroinkonsum als "extrem" oder "erheblich". Wie schwer sich eine bestehende psychische Störung auf diese Einschätzung auswirkt und damit eigentlich von dem Einfluß kritischer Lebensereignisse zu trennen wäre, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht werden. An anderer Stelle wird aber noch auf das Verhältnis zwischen kritischen Lebensereignissen und der Fähigkeit, Probleme zu lösen auf der einen, sowie auf das Verhältnis von Persönlichkeitsstörungen und Problemlöseverhalten auf der anderen Seite eingegangen (siehe Abschnitte 5.4 bzw. 5.6).

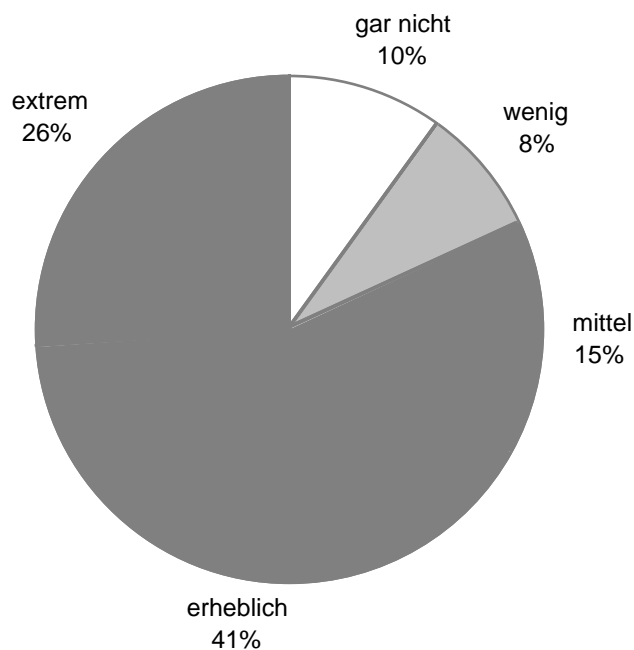


Abb. 14: Einschätzung der Heroinabhängigen über die Bedeutung ihrer biographischen Belastungen für den Heroinkonsum (N=351).

5.2.2.3 Belastungen und Schulschwierigkeiten

Der Einfluß einer biographischen Belastung sollte sich - ebenfalls in Anlehnung an die Untersuchung von Engel und Hurrelmann [1994] - gerade bei Jugendlichen an den schulischen Leistungen erkennen lassen können. Als weiterer Indikator zur Identi-

fizierung einer erhöhten psychischen Belastung der Heroinabhängigen wurden daher die schulischen Leistungen (Schulabschlüsse) und das Sitzenbleiben in der Schule mit dem jeweiligen Alter des Auftretens erfaßt. Abbildung 15 bietet zunächst eine Übersicht über die Verteilung der Häufigkeiten erreichter Schulabschlüsse in der Stichprobe der Heroinabhängigen und in der Vergleichsgruppe der Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992]. Es zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich des erreichten schulischen Bildungsstands. Daraus läßt sich ableiten, daß die Ausgangsbedingungen - etwa einen Ausbildungsplatz oder nach einer Drogenkarriere Arbeit zu finden - sicher stark beeinträchtigt sind. Über 20% der Heroinabhängigen besitzen keinen Schulabschluß, gegenüber etwa 1% normaler Altersgenossen. Mit steigendem Niveau des Schulabschlusses nimmt der Anteil der Absolventen bei den Heroinabhängigen stark ab.

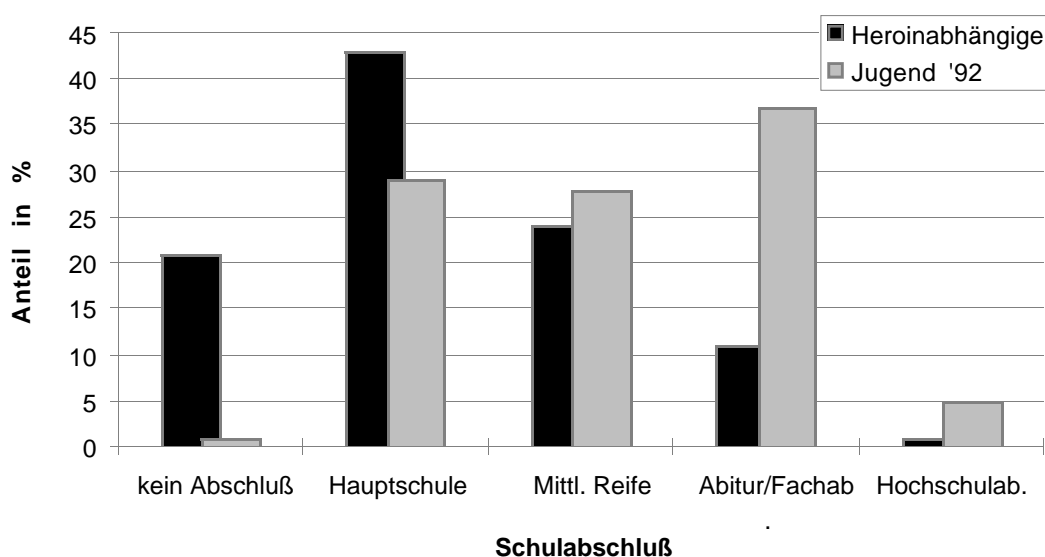


Abb. 15: Vergleich der Schulbildung Heroinabhängiger und Jugendlicher der Vergleichsgruppe "Jugend '92" (N= 351 bzw. N= 396).

Als weiterer Aspekt der schulischen Leistungsbeeinträchtigung der Heroinabhängigen wird im folgenden das Sitzenbleiben in der Schule, als Ausdruck, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, betrachtet. In dieser Untersuchung wurden die Heroinabhängigen der Stichprobe gefragt, ob und in welchem Alter sie einmal und evtl. auch ein zweites Mal sitzengeblieben sind (siehe Abschnitt 5.2.1). Den Vergleich zur Gruppe der nicht abhängigen Altersgenossen der Shell-Studie "Jugend '92" stellt Tabelle 8 dar.

Tab. 8: Vergleich Anteil des Sitzenbleibens in der Schule in % (Chi-Quadrat-Test, N=351 bzw. N=396, *** $p < ,001$).

Sitzenbleiben in der Schule	Heroinabhängige	Jugend '92	p
zum 1. Mal	52,4	20,3	***
zum 2. Mal	8,5	2,0	***

Danach ist etwa jeder zweite Heroinabhängige einmal in der Schule sitzen geblieben. Das ist gegenüber der Vergleichsgruppe, in der nur etwa ein Fünftel davon betroffen ist, ein sehr hoher Anteil. Häufiger als viermal so oft kommt darüber hinaus bei den Heroinabhängigen auch noch ein zweites Mal Sitzenbleiben in der Schule vor.

Es stellt sich auch hier wieder die Frage, welchen Einfluß der Heroinkonsum hierbei hat. Unter der Annahme, daß sich insbesondere beim Einstieg in härtere Konsummuster der Drogenkonsum auf das nähere Lebensumfeld und damit auch auf die Schulleistungen auswirkt, wäre ein Abfall der schulischen Leistungen *nach* dem Einstieg in härtere Konsummuster nicht erstaunlich. Im Rahmen dieser Untersuchung wird jedoch angenommen, daß das Nachlassen schulischer Leistungen vor dem Hintergrund einer verstärkten biographischen Belastung zu sehen ist. Deshalb sind hier die Fälle von Sitzenbleiben, die *vor* dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum liegen gegen diejenigen abzugrenzen, die *nach* dem Einstieg in den intravenösen Konsum liegen (siehe Tab. 9).

Tab. 9: Unterscheidung von Sitzenbleiben vor vs. nach dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum, Angaben in % (N=351).

	nicht sitzen geblieben	1mal sitzen geblieben	2mal sitzen geblieben
vor Einstieg in i.v. Konsum	57,5	35,9	6,6
nach Einstieg in i.v. Konsum	98,0	2,0	0,0

Es zeigt sich, daß 42,5% der Heroinabhängigen bereits *vor* dem Einstieg in den intravenösen Konsum von Heroin den Anforderungen der Schule nicht mehr gerecht

wurden⁵. Dies ist mindestens ebenso bemerkenswert, wie das Resultat, daß 98% der Heroinabhängigen der Stichprobe nach dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum nicht mehr sitzen geblieben sind. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund zu betrachten, daß 29% der Heroinabhängigen der Stichprobe bereits vor dem Ende ihrer Schulzeit intravenös Heroin konsumiert haben (bei zusätzlichen 5% liegen der Schulabgang und der Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum in demselben Jahr). 66% beginnen mit dem intravenösen Heroinkonsum erst nach Verlassen der Schule (siehe Tab. 10).

Tab. 10: Zeitliche Beziehung zwischen dem Schulabgang und dem Einstieg in härtere Konsummuster von Heroin (N=351).

Einstieg in den intravenösen Konsum von Heroin ...	N	%
vor Schulabgang	102	29,1
im selben Jahr mit Schulabgang	18	5,1
nach Schulabgang	231	65,8

Ein mit der Schulkarriere vergleichbares Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Ausbildungsabbrüche im zeitlichen Zusammenhang mit dem Einstieg in den intravenösen Konsum von Heroin. Es zeigt sich, daß 13,7% *nach* dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum wenigstens einmal ihre Ausbildung abbrechen. Demgegenüber liegt der Anteil der Heroinabhängigen, die ihre Ausbildung bereits *vor* dem Einstieg in das härtere Konsummuster abgebrochen haben, bei 32,5% (vgl. Tab. 11).

Tab. 11: Unterscheidung von Ausbildungsabbruch vor vs. nach dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum, Angaben in % (N=351).

	keine Ausbildung abgebrochen	Ausbildung 1mal abgebrochen	Ausbildung 2mal abgebrochen
vor Einstieg in i.v. Konsum	67,5	28,8	3,7
nach Einstieg in i.v. Konsum	86,3	12,3	1,4

⁵ Die Prozentwerte für "1mal sitzen geblieben" und "2mal sitzen geblieben" sind hierbei zu addieren, da sie sich disjunkt zueinander verhalten.

5.2.3 Erfahrung von Kontrollverlust

Bisher wurden die kritischen Lebensereignisse nur insgesamt hinsichtlich ihrer kumulativen Bedeutung betrachtet. Für die Berücksichtigung des Aspekts der gelernten Hilflosigkeit ist es von besonderem Interesse, die Lebensereignisse besonders zu berücksichtigen, die sich der Kontrolle durch das Individuum - im Sinne der Möglichkeit der Einflußnahme - per se entziehen. Unter der Annahme, daß das wiederholte Auftreten kritischer Lebensereignisse solcher Art in der Biographie des Jugendlichen auf die eigene Einschätzung der Kontrollierbarkeit in weiteren belastenden Problemsituationen Einfluß nimmt, werden die als nicht kontrollierbar zu charakterisierenden Lebensereignisse hier besonders untersucht.

Die bei der vorliegenden Arbeit verfolgte Annahme, daß ein wesentliches Moment der Funktionalität jugendlichen Drogen- und auch Heroinkonsums mit erlebtem Kontrollverlust in Beziehung steht, soll deshalb durch den Vergleich der Anzahl der erlebten nicht kontrollierbaren kritischen Lebensereignisse der Heroinabhängigen mit denjenigen der Vergleichsgruppe gestützt werden.

Für die Operationalisierung der folgenden Betrachtungen wurden daher bestimmte kritische Lebensereignisse des verwendeten Fragebogens aus der Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992] ausgewählt. Alle kritischen Lebensereignisse, die im allgemeinen einen, wenn auch womöglich geringen, Einfluß der betroffenen Person zulassen würden, sind in dieser Auswahl nicht enthalten. Das unter diesem Aspekt widersprüchliche Ereignis "Nicht mehr weiterleben wollen" wurde zunächst ausgeschlossen und im folgenden gesondert betrachtet. Berücksichtigung als nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse fanden daher:

- Geburt oder Adoption eines Geschwisters;
- Trennung oder Scheidung der Eltern;
- Arbeitslosigkeit von Vater oder Mutter;
- Tod von Vater oder Mutter;
- Tod von Großvater oder -mutter;
- Verlust eines nahen Freundes oder Freundin und
- eigene schwere Krankheit.

Für die vergleichende Betrachtung der Häufigkeiten dieser Ereignisse in der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe wurde eine Einteilung in die drei Altersgruppen

bis 14, bis 16 und bis 18 Jahre vorgenommen. Ältere Personen wurden deshalb nicht mehr berücksichtigt, weil

1. der Einfluß solcher Ereignisse als am größten angenommen werden kann, wenn diese im Kindes- und früheren Jugendalter auftreten,
2. sich einige der Ereignisse bei älteren Personen nicht mehr stark auswirken (z.B. Arbeitslosigkeit der Eltern),
3. einige Ereignisse naturgemäß immer wahrscheinlicher werden und daher nicht als besondere Belastung gelten können (z.B. Tod der Großeltern).

Der Vergleich der Mittelwerte der nicht kontrollierbaren kritischen Lebensereignisse für die Heroinabhängigen und die Jugendlichen der Vergleichsgruppe ist für die unterschiedlichen Altersgruppen in Tabelle 12 dargestellt. Dabei zeigt sich, daß die Heroinabhängigen im Mittel ein halbes Lebensereignis pro Altersgruppe mehr erlebt haben. Das bedeutet also, daß jeder zweite Heroinabhängige durch ein nicht kontrollierbares Lebensereignis *mehr* belastet ist.

Tab. 12: Vergleich der Mittelwerte erlebter nicht kontrollierbarer Ereignisse, Heroinabhängige N=351, "Jugend '92" N=396 (t-Test für unabhängige Stichproben, *** p<,001).

Ø Anzahl nicht kontrollierbarer Ereignisse	Heroinabhängige	Jugend '92	Differenz	p
bis 14 Jahre	1,1	0,7	0,4	***
bis 16 Jahre	1,4	0,9	0,5	***
bis 18 Jahre	1,6	1,0	0,6	***

Auch hierbei interessiert die zeitliche Konstellation zwischen dem Auftreten dieser Ereignisse und dem Zeitpunkt des Einstiegs in härtere Konsummuster für die Untersuchung des Zusammenhangs im Sinne einer Abhängigkeitsentwicklung. Dazu wurden die nicht kontrollierbaren Ereignisse, die *vor* dem Einstieg in den intravenösen Konsum auftraten denen, die zeitlich *danach* lagen, gegenübergestellt (siehe Tab. 13). Anhand dieser Daten erweist sich die Belastung durch nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse *vor* dem Einstieg in den intravenösen Konsum als deutlich höher: Etwa zwei Drittel dieser Ereignisse (1,7 gegenüber 0,9) liegen vor dem Einstieg in härtere Konsummuster von Heroin; dieses Ergebnis ist hochsignifikant.

Tab. 13: Unterscheidung nichtkontrollierbarer Ereignisse in zeitlicher Beziehung zum Einstieg in den intravenösen Konsum (N=351, Wilcoxon-Test, *** $p < ,001$).

Ø Anzahl nicht kontrollierbarer Ereignisse (gesamt)	vor i.v. Einstieg	nach i.v. Einstieg	p
	1,7	0,9	***

Die Suizidalität wird in dieser Untersuchung als die extremste Form erlebten Kontrollverlusts verstanden. Allerdings bedeutet sie gleichzeitig im Widerspruch dazu absolute Macht über sich und seine Umweltbeziehung. Die Daten zur Suizidalität der untersuchten Stichprobe Heroinabhängiger werden deshalb gesondert betrachtet und zunächst im Vergleich zu den Jugendlichen der Shell-Studie "Jugend '92" dargestellt. In Analogie zur oben vorgenommenen Altersgruppeneinteilung zeigt Tabelle 14 die durchschnittliche Häufigkeit des Wunsches, nicht mehr weiter zu leben. Die Bewertung der Daten ergibt eine 3fach erhöhte Suizidalität der Heroinabhängigen bis zum Alter von 14 Jahren, bezogen auf die Vergleichsgruppe nicht abhängiger Altersgenossen. Bis zum Alter von 16 Jahren steigt der Faktor der erhöhten Suizidalität auf fast 4 gegenüber der Vergleichsgruppe und in der Altersgruppe bis einschließlich 18 Jahre liegt die Suizidalität der Heroinabhängigen immer noch fast 2fach über dem Wert der Gruppe "Jugend '92". In allen Fällen der verglichenen Daten sind diese Unterschiede hochsignifikant.

Tab. 14: Vergleich der Suizidalität der Heroinabhängigen (N=351) und "Jugend '92" (N=396); (t-Test für unabhängige Stichproben, *** $p < ,001$).

Altersgruppe	Heroinabhängige	Jugend '92	Differenz	p
bis 14 Jahre	0,12	0,04	0,08	***
bis 16 Jahre	0,22	0,06	0,16	***
bis 18 Jahre	0,27	0,10	0,17	***

Bei der Betrachtung des zeitlichen Verhältnisses von Suizidalität und Einstieg in den intravenösen Konsum von Heroin ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Wunsch, nicht mehr weiter zu leben *vor* und *nach* dem Einstieg.

Für die Beantwortung der Frage nach einer Beziehung zwischen der biographischen Belastung und der Suizidalität der Heroinabhängigen wird das korrelative Verhältnis dieser beiden Faktoren untersucht. Die Häufigkeit des Auftretens des Wunsches, nicht

mehr weiter zu leben, korreliert dabei sehr deutlich ($r=,5103$) mit der durchschnittlichen Anzahl kritischer Lebensereignisse der Biographie (siehe Tabelle 15); diese Beziehung ist hochsignifikant.

Tab. 15: Korrelation "nicht mehr weiterleben wollen" mit der Anzahl kritischer Lebensereignisse (N=351, Pearson Produkt-Moment-Korrelation, *** $p<,001$).

Korrelation "nicht mehr weiterleben wollen" - Anzahl kritischer Lebensereignisse	r	p
	,5103	***

Abbildung 16 zeigt die Tendenz der Zunahme der Suizidalität mit der Zunahme der erlebten kritischen Lebensereignisse. Diese hochsignifikante Beziehung wurde im folgenden wieder in Hinblick auf den zeitlichen Zusammenhang mit dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum untersucht. Dazu wurde die Korrelation der kritischen Lebensereignisse *vor* dem intravenösen Konsumeinstieg mit den Angaben, nicht mehr weiter leben zu wollen, ermittelt (siehe Tabelle 16).

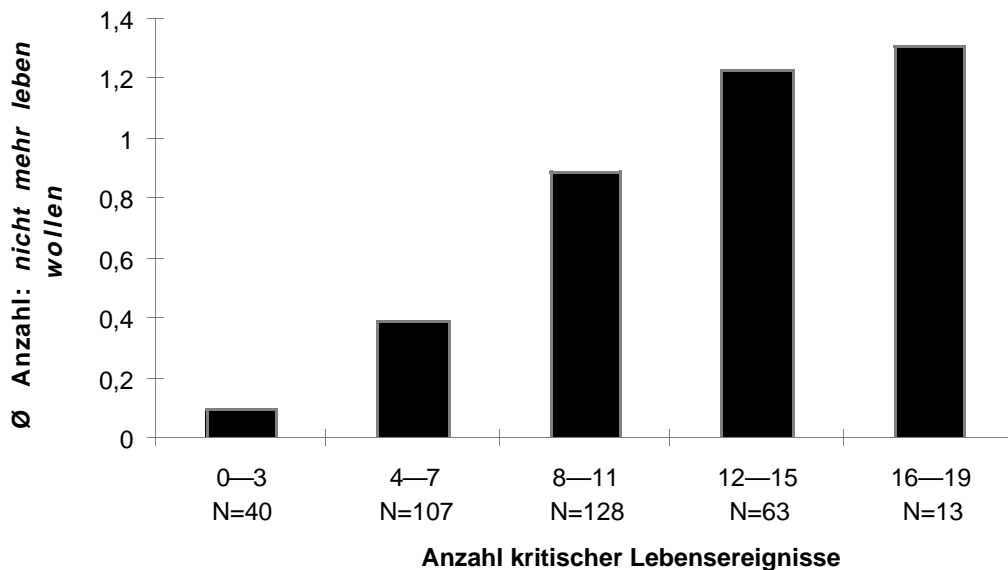


Abb. 16: Suizidalität in Abhängigkeit von der Anzahl kritischer Lebensereignisse Heroinabhängiger (N=351).

Tab. 16: Korrelation "nicht mehr weiterleben wollen" mit der Anzahl kritischer Lebensereignisse *vor* dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum (N=351, Pearson Produkt-Moment-Korrelation, *** $p < ,001$).

Korrelation "nicht mehr weiterleben wollen" - Anzahl kritischer Lebensereignisse vor i.v. Konsum	r	p
	,4266	***

Diese ebenfalls hochsignifikante Korrelation zwischen der Belastung *vor* dem intravenösen Heroinkonsum und der Suizidalität in diesem Zeitraum ist in Abbildung 17 dargestellt.

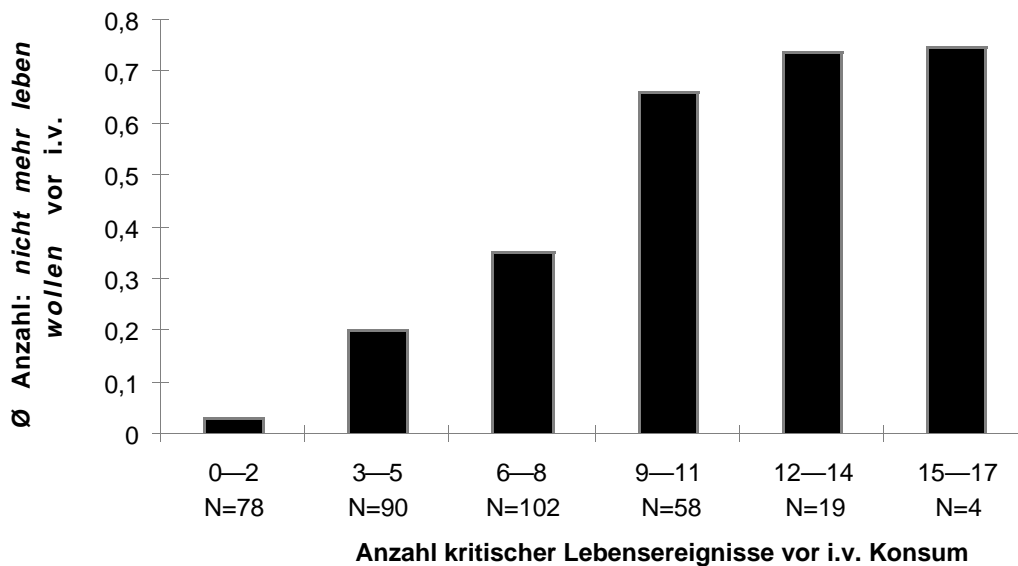


Abb. 17: Suizidalität in Abhängigkeit von der Anzahl kritischer Lebensereignisse Heroinabhängiger *vor* dem intravenösen Konsum (N=351).

Die auf diese Weise differenzierte Betrachtung der Frage nach dem Zusammenhang zwischen der biographischen Belastung der Heroinabhängigen und der angegebenen Suizidalität zeigt somit, daß diese Beziehung bereits *vor* dem Einstieg in härtere Konsummuster aufweisbar ist.

5.3 Biographische Belastung und Heroinkonsum

Im Rahmen der bisher durchgeführten vergleichenden Betrachtung der biographischen Vorbelastung der untersuchten Heroinabhängigen gegenüber der Vergleichsgruppe "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992] konnte die höhere Belastung durch kritische Lebensereignisse bei den Heroinabhängigen nachgewiesen werden. Diese Belastung erwies sich bereits vor dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum, als härteres Gebrauchsmuster, als deutlich erhöht (vgl. Abschn. 5.2.1). Unberücksichtigt blieb aber bisher die Frage, in welchem zeitlichen Bezug die *Schwere* der biographischen Belastung bis zum Einstiegszeitpunkt in den Drogen- und besonders in den Heroinkonsum steht. Anders ausgedrückt, soll der Frage nachgegangen werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der *Schwere* der Belastung durch kritische Lebensereignisse und dem *Zeitpunkt* in den Drogeneinstieg gibt.

Um der Hypothese über den Zusammenhang zwischen der Höhe der biographischen Belastung der Heroinabhängigen durch kritische Lebensereignisse und dem frühen Einstieg in härtere Konsummuster nachgehen zu können, wurde zunächst die Anzahl erlebter kritischer Lebensereignisse bis zum Alter von 15 bzw. 20 Jahren mit dem Alter bei Erstkonsum verschiedener Drogen überhaupt korreliert (siehe Tab. 17). Die Grundlage hierzu bildeten die Angaben der Probanden im Interview des *Addiction Severity Index* (ASI).

Tab. 17: Korrelation der Anzahl kritischer Lebensereignisse bis zum Alter von 15 bzw. 20 Jahren mit dem Alter bei Erstkonsum bestimmter Substanzen (N=351; Pearson Produkt-Moment-Korrelation; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).

Korrelation		Anzahl kritischer Lebensereignisse bis Alter 15		Anzahl kritischer Lebensereignisse bis Alter 20	
		r	p	r	p
Alter bei Erstkonsum	N				
Alkohol bis Trunkenheit	336	-,1647	**	-,1564	**
Heroin	351	-,2071	***	-,2405	***
Heroin i.v. Konsum	321	-,1816	***	-,2187	***
Tabletten*	304	-,1945	***	-,2311	***
Kokain	339	-,2194	***	-,2361	***
Amphetamine	188	-,0873	n.s.	-,1710	*
Cannabinoide	346	-,1245	*	-,1573	**

* (Benzodiazepine, Barbiturate, Sedativa, Hypnotika, Tranquilizer)

Der jeweils negative Korrelationskoeffizient r in Tabelle 17 zeigt an, daß es jeweils eine - wenngleich teilweise schwächere - negative Beziehung zwischen der Anzahl der bis zu dem angegebenen Alter erlebten kritischen Lebensereignisse und dem Erstkonsum der aufgeführten Substanzen gibt. Das bedeutet, je *mehr* kritische Lebensereignisse bis zum Alter von 15 bzw. 20 Jahren erlebt wurden, desto *früher* erfolgt der Einstieg in den Konsum der jeweiligen Droge. Diese Beziehung erreicht zum Teil hohe Signifikanz.

Zu beachten ist hierbei jedoch, daß lediglich die *Anzahl* der Lebensereignisse und diese zudem in festen Altersgruppen bewertet wurden. Das Problem, das sich daraus ergibt, ist, daß z.B. jemand mit 14 Jahren bereits Heroin intravenös konsumiert haben könnte, die in der Untersuchung berücksichtigten Lebensereignisse aber möglicherweise erst später auftraten, die individuelle Beziehung also nicht berücksichtigt wird. Deshalb sollen die folgenden Berechnungen diese interessante Beziehung präzisieren.

Die folgenden Untersuchungen beziehen sich hierbei wieder auf den Einstieg in härtere Konsummuster von Heroin und auf die individuelle Beziehung zwischen dem Zeitpunkt des ersten intravenösen Heroinkonsums und der Schwere der erlebten biographischen Belastung bis zu diesem Zeitpunkt. Dazu war es notwendig

1. die erlebten kritischen Lebensereignisse *vor* dem Einstieg in den intravenösen Konsum zu ermitteln;
2. die biographische Belastung *pro Jahr vor* dem Einstieg zu errechnen, um einerseits die individuelle Belastung zu ermitteln, andererseits aber Vergleichbarkeit unter den Probanden zu erreichen. Diese *Konzentration* kritischer Lebensereignisse *vor* dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum wurde mit der folgenden Berechnungsvorschrift operationalisiert:

Konzentration kritischer Lebensereignisse vor i.v. Einstieg	$:=$	$\frac{\text{Anzahl kritischer Lebensereignisse vor Einstieg in i.v. Konsum}}{\text{Alter bei Einstieg in i.v. Konsum}}$
---	------	--

3. Altersgruppen mit etwa gleichmäßiger Verteilung der Zahl der Probanden zu bilden, um eine geeignete graphische Darstellung zu ermöglichen und

4. die ermittelte durchschnittliche Konzentration der Belastung der jeweiligen Altersgruppe mit einem geeigneten Faktor zu skalieren, um die Möglichkeit der Darstellung des Verhältnisses innerhalb desselben Koordinatensystems zu erreichen.

Abbildung 18 zeigt die auf diese Art ermittelte Konzentration der biographischen Belastung im Zusammenhang mit dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum. Diese Darstellung belegt die angenommene Beziehung: Je höher die individuelle biographische Belastung durch kritische Lebensereignisse ist, desto früher erfolgt der Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum.

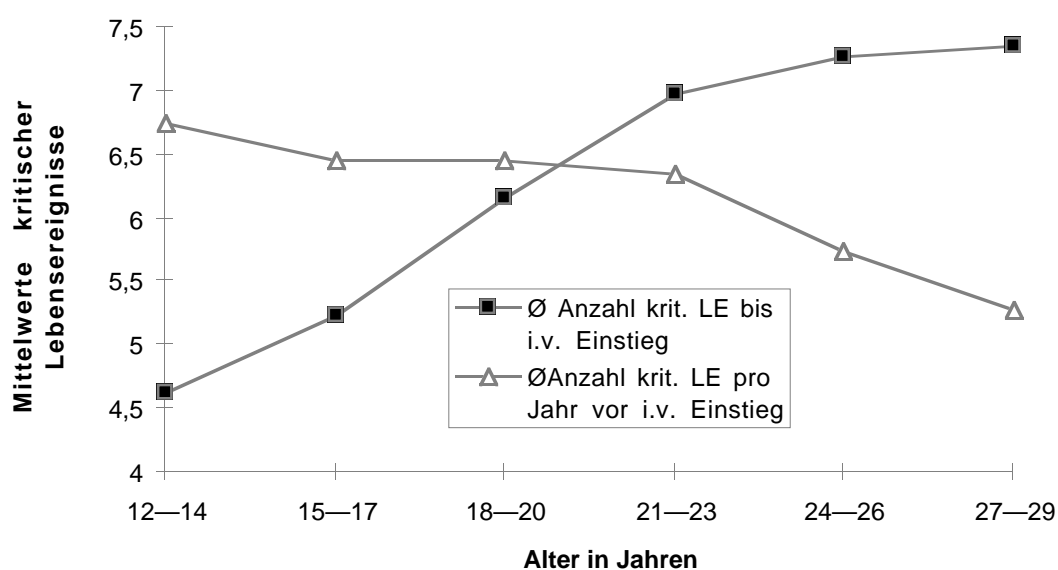


Abb. 18: Abhängigkeitsbeziehung zwischen der Schwere der biographischer Belastung vor dem intravenösen Heroinkonsum und dem Zeitpunkt des Einstiegs in den intravenösen Konsum (N=351).

Der Vergleich der beiden in Abbildung 18 dargestellten Kurven gibt Aufschluß über die Relevanz dieser präziseren Berechnung: die schwarze Kurve zeigt die durchschnittliche kumulative Belastung bis zum Einstieg an. Dabei ist nicht verwunderlich, daß jemand bei einem Einstiegsalter von 20 Jahren mehr Zeit hatte, belastende Ereignisse zu 'akkumulieren'. Es kann also hieran allein nicht erkannt werden, ob seine Belastung höher oder niedriger zu bewerten ist, als die einer Vergleichsperson mit z.B. dem Einstiegsalter 15, deren Wahrscheinlichkeit, kritische Lebensereignisse zu akkumulieren, entsprechend geringer ist. Deshalb erfolgte die Ermittlung der der grauen Kurve zugrundeliegenden Werte. Sie zeigt, daß im Mittel bei einem hohem Wert biographischer Belastung vor dem Einstieg in das härtere Konsummuster das Einstiegsalter niedriger liegt, als bei den Personen die eine geringere Belastung aufweisen.

Tabelle 18 zeigt die deutliche und hochsignifikante Korrelation zwischen der Konzentration kritischer Lebensereignisse vor dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum und dem Einstiegsalter.

Tab. 18: Korrelatives Verhältnis zwischen der Konzentration kritischer Lebensereignisse vor dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum und dem Einstiegsalter (N=351; Pearson Produkt-Moment-Korrelation, *** $p < .001$).

Korrelation:	r	p
Anzahl kritischer Lebensereignisse / Jahr vor intravenösem Heroinkonsum - Einstiegsalter in den i.v. Konsum	-,2042	***

Bei exklusiver Betrachtung der Beziehung zwischen *nicht kontrollierbaren* kritischen Lebensereignissen vor dem intravenösen Konsum und dem Zeitpunkt des Einstiegs ergab sich weder eine relevante Korrelation, noch war diese signifikant.

5.4 Biographische Erfahrung und aktuelle Bewältigung

In der weiteren Darstellung soll auf mögliche Auswirkungen der biographischen Belastung und den aktuellen Bewältigungsstrategien bzw. auf mögliche Beziehungen zwischen ihnen eingegangen werden.

5.4.1 Hinweise auf gelernte Hilflosigkeit

Zur Beurteilung des aktuellen Bewältigungsverhaltens wurde den befragten Heroinabhängigen der Selbsteinschätzungs-Fragebogen nach Lazarus (*Ways of Coping Checklist*, [Folkman & Lazarus 1980]) in seiner Kurzform (*Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens*, SEBV-K) von Filipp und Ferring [1989] vorgelegt. Darin sind 36 Items formuliert, die einzelne Bewältigungsreaktionen in Problemsituationen erfragen und ordinalskaliert auf einer Skala von 1 bis 6 die Bewertung des Zutreffens der Aussagen für die eigene Person ermöglichen. Entwickelt wurde dieses Instrument im Rahmen der Coping-Theorie von Lazarus und Mitarbeitern ([Lazarus 1966]; [Folkman & Lazarus 1980]). Darin bestätigt und bewertet der Proband in der Itemliste Aussagen zu Bewältigungsreaktionen, die sich grundsätzlich in die zwei Klassen der Emotions-

zentriertheit und der Problemzentriertheit der Bewältigung von Streßsituationen unterscheiden lassen.

Zunächst soll die Annahme, daß Heroinabhängige eher emotionszentriert Streßsituationen bewältigen anhand der Daten der untersuchten Probanden bestätigt werden. Tabelle 19 zeigt die Auswertung der Gewichtung des Bewältigungsverhaltens.

Tab. 19: Gewichtung des Bewältigungsverhaltens der Heroinabhängigen nach SEBV-K (N=340); SEBV-e = Emotionszentriertheit, SEBV-p = Problemzentriertheit (Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben; $Z=-3,96$; $p<,001$).

Bewältigung	Mittelwert	Standardabw.	Minimalwert	Maximalwert
SEBV-e	3,982	,698	1,67	5,67
SEBV-p	3,793	,671	1,18	5,89

Der Vergleich der Mittelwerte der Daten in den Bereichen Emotions- und Problemzentriertheit zeigt geringe, wenngleich signifikante Unterschiede in der Gewichtung der Bewältigungsstrategien. Das bedeutet zunächst, daß die Bewältigung von Problemsituationen als etwa ausgeglichen zwischen den beiden Polen der Regulationsmöglichkeiten betrachtet werden kann.

Bei der Differenzierung der Bewertung nach Geschlecht zeigt sich ein Unterschied in der Ausrichtung der Bewältigung. Die emotionszentrierte Bewältigungsstrategie ist im Vergleich zu der problemzentrierten bei den Frauen der Stichprobe ausgeprägter als bei den männlichen Probanden. Darüber hinaus ist die Emotionszentriertheit der Frauen - absolut gesehen - gegenüber derjenigen der Männer deutlich ausgeprägter (siehe Tab. 20).

Tab. 20: Mittelwerte der Gewichtung des Bewältigungsverhaltens (SEBV-K) nach Geschlecht (N=340; Wilcoxon-Test; *** $p<,001$; * $p<,05$).

Bewältigung	gesamt	Männer	Frauen
SEBV-e	3,982	3,901	4,164
SEBV-p	3,793	3,800	3,776
N	340	236	104
Z	-3,96	-1,66	-4,55
p	***	*	***

Daß die weiblichen Heroinabhängigen der Stichprobe stärker emotionszentriert Streß-situationen zu bewältigen versuchen, ermöglicht noch keine Bewertung der Güte oder Aussagen über die Angemessenheit dieser Strategien. Im Diskussionsteil dieser Arbeit wird auf den Aspekt der Bewertung von Bewältigungsstrategien in angemessene vs. unangemessene oder auch funktionale vs. dysfunktionale eingegangen. Hingewiesen sei hier schon auf die Tatsache, daß eine ausgeprägtere emotionsregulierende Bewältigung nicht im gleichen zu Lasten der Fokussierung auf direkt am Problem orientierte Strategien geht. Es handelt sich bei den Werten zur Bewältigung der weiblichen Teilnehmer der Untersuchung also nicht um eine Verschiebung, die sich stets zu Lasten der Problemorientierung auswirkt, auch wenn die vorliegenden Daten dies zunächst nahelegen.

Im weiteren sollte die Beziehung zwischen biographischer Belastung und aktuellen Bewältigungsstrategien untersucht werden. Unter der Annahme, daß sich mit der Höhe der biographischen Belastung das aktuelle Bewältigungsverhalten in Streßsituationen in Richtung Emotionszentriertheit verlagert, wurde das korrelative Verhältnis zwischen kritischen Lebensereignissen und der Gewichtung des Bewältigungsverhaltens untersucht. Tabelle 21 zeigt das Verhältnis zwischen der Summe der kritischen Lebensereignisse bis zu verschiedenen Altersgrenzen und dem Bewältigungsverhalten nach SEBV-K.

Tab. 21: Beziehung zwischen dem Ausmaß biographischer Belastung durch kritische Lebensereignisse und der Gewichtung des Bewältigungsverhaltens (N=340; Spearman-Korrelation; * $p < ,05$; ** $p < ,01$).

Korrelation: kritische Lebensereignisse - Bewältigung	SEBV-e		SEBV-p	
	r	p	r	p
bis 5 Jahre	,1527	**	,0207	n.s.
bis 10 Jahre	,1593	**	-,0176	n.s.
bis 15 Jahre	,1613	**	-,0324	n.s.
bis 20 Jahre	,1308	*	-,0215	n.s.
bis 25 Jahre	,1141	*	,0198	n.s.

Tabelle 21 zeigt eine nur schwache statistische Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen der Biographie und der aktuellen Bewältigungsstrategie. Sie zeigt aber

auch, daß häufiges Auftreten kritischer Lebensereignisse keinen nachweisbaren Effekt auf die Problemzentriertheit hat, was im Sinne eines adaptiven Prozesses an Problemsituationen durch biographische Ereignisse angenommen werden könnte.

5.4.2 Überforderung und Heroinkonsum

Bei der näheren Betrachtung des Bewältigungsverhaltens stellt sich die Frage, inwieweit im Rahmen der emotionsregulierenden Bewältigung von Streß die direkte Manipulation der Befindlichkeit durch Trinken, Rauchen, Medikamente o.ä. stattfindet. Bei der Einzelitemanalyse aus der SEBV-K, in der nach dem direkten Einsatz von Trinken, Rauchen oder Medikamenten als Bewältigungsstrategien gefragt wird, zeigt sich in Korrelation zum Ausmaß emotionszentrierter Bewältigung bei der befragten Stichprobe eine hohe und signifikante korrelative Beziehung für beide Geschlechter (siehe Tab. 22). Daß heißt, daß der Grad der emotionszentrierten Bewältigung in Streßsituationen signifikant korreliert mit dem Grad, in dem die direkte Beeinflussung der Befindlichkeit durch Konsum von Substanzen, zunächst unabhängig welcher Art, erfolgt.

Tab. 22: Beziehung zwischen der Beeinflussung des Befindens durch Konsumverhalten und dem Grad der Emotions- und Problemzentriertheit nach SEBV-K, nach Geschlecht (Spearman-Korrelation; *** $p < ,001$).

Korrelation: Beeinflussung durch Konsum - Gewichtung der Bewältigung	Männer N=236		Frauen N=104	
	r	p	r	p
SEBV-emotionszentriert	,5489	***	,5028	***
SEBV-problemzentriert	-,0876	n.s.	-,1378	n.s.

In Tabelle 22 zeigt sich für die Emotionszentriertheit eine sehr enge Beziehung zum Konsumverhalten als Reaktion auf Streß, aber keine nachweisbare Beziehung zur problemzentrierten Bewältigung. Daraus läßt sich schließen, daß der Konsum zur Beeinflussung der Befindlichkeit keinen direkten Beitrag zur Problemlösung auf externaler, d.h. außerhalb der subjektiven Befindlichkeit liegender Ebene leistet.

Aus der dargestellten Beobachtung, daß die Emotionszentriertheit des Bewältigungsverhaltens sehr hoch mit der Strategie durch Konsumverhalten die subjektive Befindlichkeit zu regulieren korreliert, leitet sich die Frage ab, ob aus dieser Beziehung auch ein verstärkter Konsum von Heroin mit der Intensität des emotionszentrierten Ver-

haltens in Streßsituationen ableitbar ist. Bei Zutreffen dieser Annahme sollte sich eine korrelative Beziehung zwischen dem Grad der emotionszentrierten Bewältigung zum Zeitpunkt der Befragung und dem Schweregrad der Sucht zum selben Zeitpunkt zeigen lassen können. Als zuverlässiges Instrument zur Einschätzung des Schweregrads der Sucht wurde das Interview des *Addiction Severity Index* (ASI) herangezogen und mit dem SEBV-K-Abschnitt zur Emotionszentriertheit in Beziehung gesetzt. Der in Abbildung 19 dargestellte Scatterplot demonstriert diese Beziehung anhand der Regressionslinie.

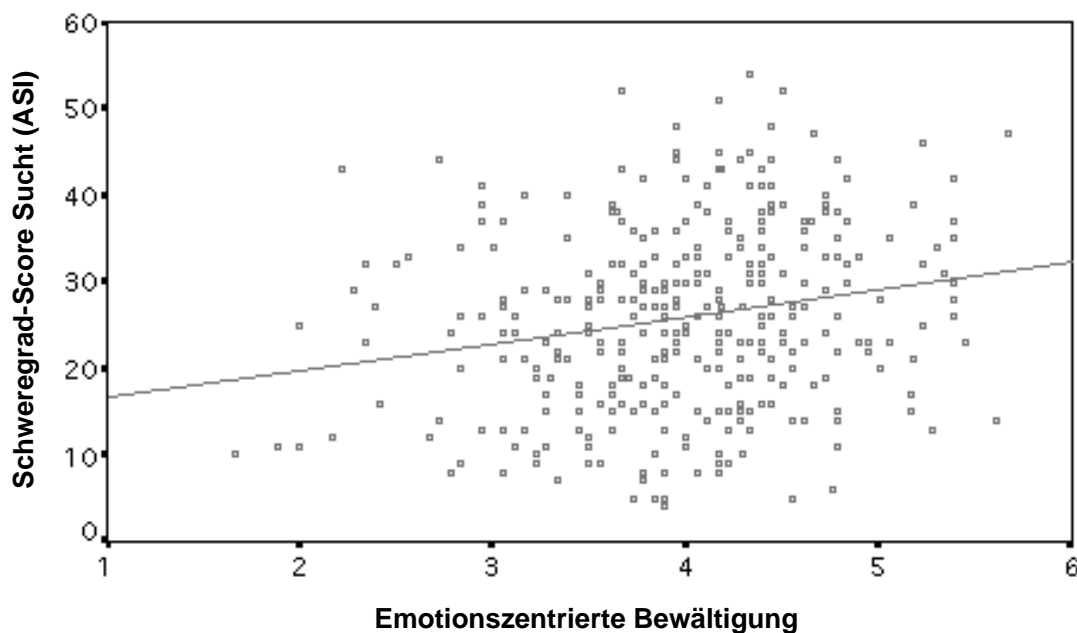


Abb. 19: Darstellung des Schweregrads der Sucht nach dem ASI-Summscore in Abhängigkeit von der Emotionszentriertheit der Bewältigung in Problemsituationen nach SEBV-K (N=340).

Die statistische Validierung des in Abbildung 19 dargestellten Verhältnisses ist in Tabelle 23 dargestellt. Es zeigt sich hierin ein deutliches korrelatives Verhältnis mit hoher Signifikanz. Je ausgeprägter die Bewältigung von Streßsituation im allgemeinen demnach über die Regulation der Befindlichkeit erfolgt - und hierbei war gezeigt worden, welche Rolle dem Konsumverhalten dabei zukam - desto ausgeprägter ist die Schwere der Sucht.

Tab. 23: Korrelation zwischen dem Schweregrad der Sucht und dem emotionszentrierten Bewältigungsverhalten (N=340; Spearman-Korrelation; *** $p < ,001$).

Korrelation:	r	p
Schweregrad der Sucht nach ASI-Summenscore - SEBV-emotionszentriert	,2146	***

5.5 Persönlichkeit und biographische Belastung

Es wird davon ausgegangen, daß die biographische Vorbelastung Heroinabhängiger auf die Persönlichkeitsentwicklung meßbar Einfluß nimmt.

Als weitere Faktoren, die das Spannungsfeld in der Person-Umwelt-Beziehung wesentlich mit beeinflussen, werden im folgenden die Persönlichkeitsakzente der untersuchten Heroinabhängigen und ihre Beziehung zur biographischen Belastung betrachtet. Mit der Hypothese, daß mit der Zunahme der biographischen Belastung die Heroinabhängigen der Stichprobe eine meßbare Verschärfung ihrer Persönlichkeitsakzentuierungen aufweisen, wird diese Beziehung untersucht. Bei der Verwendung des *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-R, [Hyler et al. 1984]) zur Persönlichkeitsdiagnostik wurden jedoch nicht nur Probanden, die den sogenannten cut-off-Wert überschritten haben und für die damit die Diagnose *Persönlichkeitsstörung* nach der Operationalisierung der DSM-III-R-Gruppen gerechtfertigt wäre, berücksichtigt und damit *kategorial* differenziert gegen die Probanden unterhalb dieses definierten Wertes. Vielmehr wurde das Instrument für den Aufweis eines tendenziellen Verhältnisses so verwendet, daß alle Werte berücksichtigt und somit lediglich *dimensional* unterschieden wurde. Was zunächst wie ein Verlust des Instruments an Trennschärfe zwischen gesund und gestört erscheint, soll für diese Untersuchung ermöglichen, daß alle untersuchten Heroinabhängigen in die Betrachtung korrelativer Beziehungen eingehen und nicht vorab binär unterschieden wird, wer als pathologisch zu werten und wer als gesund zu betrachten ist. In Tabelle 24 findet sich zunächst die Darstellung des korrelativen Verhältnisses zwischen den kritischen Lebensereignissen als biographische Belastung und dem PDQ-Gesamtwert. Hierbei fanden die Lebensereignisse kumulativ für die Altersgrenzen bis 15, bis 18, bis 20 und bis 21 Jahre Berücksichtigung, da sich zum einen in diesen Spannen Persönlichkeitsakzentuierungen herausbilden und verfestigen und zum anderen

kritische Lebensereignisse, die in dieser Zeit kumulieren, einen starken Einfluß auf die sich entwickelnde Persönlichkeit haben dürften.

Tab. 24: Beziehung zwischen biographischer Belastung durch kritische Lebensereignisse und dem Ausmaß der Persönlichkeitsakzentuierung, dimensional nach PDQ-R (N=343; Spearman-Korrelation; *** $p < ,001$).

Korrelation: kritische Lebensereignisse - Persönlichkeitsakzentuierung	PDQ-Total-Score	
	r	p
bis 15 Jahre	,2280	***
bis 18 Jahre	,2257	***
bis 20 Jahre	,2094	***
bis 21 Jahre	,2120	***

Aus Tabelle 24 läßt sich entnehmen, daß die biographische Belastung und das Ausmaß der Persönlichkeitsakzentuierung von unauffällig bis hin zur Persönlichkeitsstörung positiv miteinander korrelieren und daß diese Beziehung hoch signifikant ist. Demnach kann gelten: je höher die biographische Belastung durch kritische Lebensereignisse ist, desto ausgeprägter sind die Persönlichkeitsakzentuierungen der untersuchten Heroinabhängigen.

Für die Altersgruppe bis einschließlich 18 Jahre stellt Abbildung 20 die Zunahme der Persönlichkeitsakzentuierungen bei der Zunahme der kritischen Lebensereignisse exemplarisch für die vier Altersgruppen aus Tabelle 24 dar. Hierbei wurden für die Anzahl der erlebten kritischen Lebensereignisse Gruppen gebildet, die die Darstellung des tendenziellen Verhältnisses, das mit Hilfe der obigen Korrelationsberechnung belegt wurde, erlauben.

Die mit dem PDQ-R erfaßten 11 verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und deren korrelatives Verhältnis zu den kritischen Lebensereignissen der vier Altersgruppen bis 15, bis 18, bis 20 und bis 21 Jahre sind im einzelnen in Tabelle 25 aufgeführt.

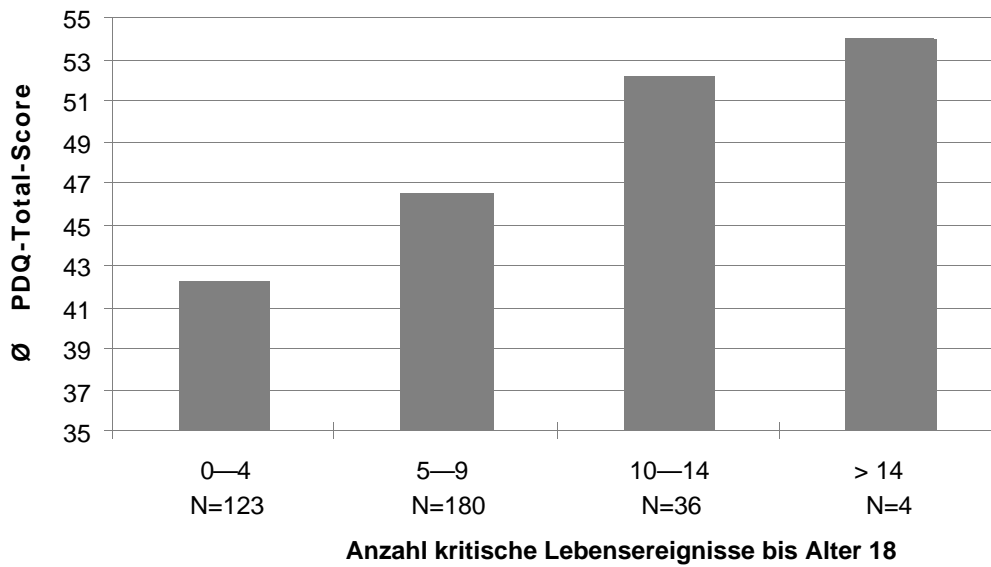


Abb. 20: Darstellung der Beziehung zwischen biographischer Belastung durch kritische Lebensereignisse bis zum Alter von 18 Jahren und dem Ausmaß der Persönlichkeitsakzentuierung nach PDQ-R (N=343).

Tab 25: Korrelative Beziehung zwischen biographischer Belastung durch kritische Lebensereignisse und dem Grad der Persönlichkeitsakzentuierung bis hin zur Persönlichkeitsstörung (N=351; Spearman-Korrelation; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).

Korrelation	LE bis 15		LE bis 18		LE bis 20		LE bis 21	
	r	p	r	p	r	p	r	p
selbstunsichere	,1494	**	,1598	**	,1502	**	,1597	**
dependente	,1872	**	,1638	**	,1627	**	,1699	**
schizoide	,0941	*	,1021	*	,1023	*	,1109	*
schizotypische	,1752	**	,2199	***	,2192	***	,2281	***
paranoide	,1045	*	,1363	*	,1235	*	,1266	*
zwanghafte	,2394	***	,2643	***	,2662	***	,2658	***
passiv-aggressive	,1714	**	,1620	**	,1741	**	,1821	**
histrionische	,1536	**	,1592	**	,1673	**	,1650	**
narzistische	,1170	*	,1288	*	,1152	*	,1143	*
borderline	,2171	***	,2199	***	,2045	***	,2084	***
antisoziale	,3019	***	,2474	***	,2075	***	,1949	***

Hierbei fällt insbesondere die recht hohe Korrelation bei den Charakteristika der schizotypischen, der zwanghaften, der borderline und der antisozialen Persönlichkeit auf. Mit der Zunahme der biographischen Belastung läßt sich demnach eine Intensivierung der Persönlichkeitsakzente bei diesen vier Gruppen feststellen. Auffällig ist zudem, daß die bei Heroinabhängigen häufig diagnostizierte paranoide Persönlichkeitsstörung eine vergleichsweise geringe Korrelation und Signifikanz im Zusammenhang mit der biographischen Belastung aufweist.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Befunde dieser Untersuchung ergibt sich die Frage, ob das Erleben aktueller Nichtkontrollierbarkeit der Heroinabhängigen, bei denen eine erhöhte biographische Belastung und ein damit korrelierendes emotionszentriertes Bewältigungsverhalten ebenso beschrieben werden konnte, wie auch eine hochsignifikante Beziehung zwischen deren emotionszentrierter Bewältigung und den Persönlichkeitsakzentuierungen, mit einer emotionalen Instabilität einhergeht. Im Sinne des Fünf-Faktoren-Modells [Costa & McCrae 1985] erfaßt die Persönlichkeitsdimension *Neurotizismus* des Persönlichkeitsinventars NEO-FFI dieses Phänomen der emotionalen Instabilität. Diese kommt vor allem darin zum Ausdruck, daß vorrangig negative Gefühlszustände erlebt und verarbeitet werden und leicht ein Verlust des seelischen Gleichgewichts auftritt. Unter Hinzuziehung der Kategorie *Neurotizismus* aus dem NEO-FFI wurde das korrelative Verhältnis zwischen aktueller Überforderung durch ein als nicht kontrollierbar erlebtes belastendes Ereignis (SEBV-K) und dem Score für die Kategorie *Neurotizismus* untersucht. Tabelle 26 zeigt die Werte dieser Beziehung.

Tab. 26: Beziehung zwischen aktueller Hilflosigkeit durch Nichtkontrollierbarkeit bei Belastung und Neurotizismus nach NEO-FFI (N=314; Spearman-Korrelation; ** $p < ,01$).

Korrelation	aktuell erlebte Nichtkontrollierbarkeit	
	r	p
Neurotizismus	,1476	**

Es zeigt sich in Tabelle 26 eine nur schwache Korrelation mit mittelgradiger Signifikanz. Insgesamt ist das Ergebnis dieser Beziehung als zu schwach zu bewerten. Es läßt sich demnach hier nicht eindeutig zeigen, daß mit der Zunahme der emotionalen Instabilität im Sinne des Neurotizismus die aktuelle Überforderung im Sinne der Hilflosigkeit einem erlebten belastenden Ereignis gegenüber zunimmt.

Ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse erbrachte die Überprüfung der Hypothese, daß mit der Höhe der biographischen Belastung durch nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse der Grad der aktuell erlebten Hilflosigkeit steigt. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman war mit $r = -,0246$ unbedeutend und nicht signifikant ($p = ,664$; $N = 316$). Es ließ sich also keine direkte Beziehung zwischen biographischer Belastung durch nicht kontrollierbare Ereignisse und der aktuell erlebten Hilflosigkeit aufzeigen.

Die Hypothese, daß eine hohe biographische Belastung mit Ereignissen, die als nicht kontrollierbar einzuschätzen sind, zu einer ausgeprägteren Depressivität führen würden, hielt der statistischen Überprüfung ebenfalls nicht stand: mit $r = ,1423$ nach Spearman und einem $p < ,01$ ($N = 338$) konnten keine für eine weitergehende Interpretation relevanten Ergebnisse erbracht werden. Selbst bei Ausweitung auf die biographische Belastung insgesamt, d.h. ohne Differenzierung nach Ereignisqualität, lagen die Ergebnisse im unspezifischen Bereich.

Ebenfalls im Rahmen der Überlegungen zu den Auswirkungen biographischer Belastung auf aktuelle Bewältigungsstrategien, Einschätzungen und Befindlichkeit entstanden, soll im folgenden die Hypothese zur Persönlichkeitsakzentuierung durch *nicht kontrollierbare* kritische Lebensereignisse überprüft werden. Dabei wurde das korrelative Verhältnis zwischen dieser Art kritischer Lebensereignisse und dem PDQ-Score, sowie der unterschiedlichen Persönlichkeitsdimensionen des PDQ im einzelnen errechnet. Dabei lag die Korrelation des PDQ-Gesamt-Scores weder im relevanten Bereich ($r = ,1051$), noch war ein bedeutsames Signifikanzniveau erreicht. Tabelle 27 gibt die Ergebnisse zum korrelativen Verhältnis der einzelnen Kategorien des PDQ-R und erlebter nicht kontrollierbarer kritischer Lebensereignisse wieder.

Eine relativ schwache, wenngleich signifikante Korrelation zeigt die Tabelle nur für die Borderline-Persönlichkeitsdimension. Daß sich eine hohe biographische Belastung, in der die Einbuße der eigenen Kontrollierbarkeit der Ereignisse einen relevanten Anteil hatte, in den meßbaren Persönlichkeitsakzentuierungen niederschlägt, kann hiermit nicht belegt werden.

Tab. 27: Korrelative Beziehung zwischen biographischer Belastung durch nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse und Persönlichkeitsakzentuierungen nach PDQ-R (N=351; Spearman-Korrelation; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).

Korrelation	Anzahl nicht kontrollierb. krit. LE	
	r	p
Selbstunsichere Persönlichkeit	,0785	n.s.
Dependente Persönlichkeit	,1231	*
Schizoide Persönlichkeit	,0981	*
Schizotypische Persönlichkeit	,1692	**
Paranoide Persönlichkeit	,0797	n.s.
Zwanghafte Persönlichkeit	,1548	**
Passiv-aggressive Persönlichkeit	,0681	n.s.
Histrionische Persönlichkeit	,0958	*
Narzistische Persönlichkeit	,0831	n.s.
Borderline Persönlichkeit	,1864	***
Antisoziale Persönlichkeit	,1007	*

5.6 Persönlichkeit und aktuelle Bewältigung

Es wird eine Beziehung zwischen dem Ausmaß der Persönlichkeitsakzentuierung und der Gewichtung der gewählten Bewältigungsstrategien angenommen.

5.6.1 Persönlichkeitsakzentuierung und Schwerpunkt der Bewältigung

Bei der Betrachtung der Beziehung persönlichkeitspezifischer Aspekte und aktueller Bewältigungsstrategien der Heroinabhängigen der untersuchten Stichprobe wird zunächst die Hypothese, daß je ausgeprägter die Persönlichkeitsakzentuierung bis hin zur Persönlichkeitsstörung ist, desto ausgeprägter die Bewältigung von Streß durch Regulation der Emotion erfolgt, überprüft. Die Verteilung der errechneten Werte dieser Beziehung zwischen den beiden Variablen ist in dem Scatterplot in Abbildung 21 dargestellt; die Steigung der Regressionslinie stellt die Stärke der korrelativen Beziehung zwischen beiden Größen dar.

Für die Berechnung der Korrelation der Variablen wurde die Selbstbeurteilung des SEBV-K zur Emotionszentriertheit der Bewältigung im Verhältnis zum PDQ-R - bei dimensionaler Berücksichtigung aller Werte des PDQ-R der Heroinabhängigen (vgl. Abschn. 5.5) - untersucht. Tabelle 28 gibt die Ergebnisse der Korrelation wieder.

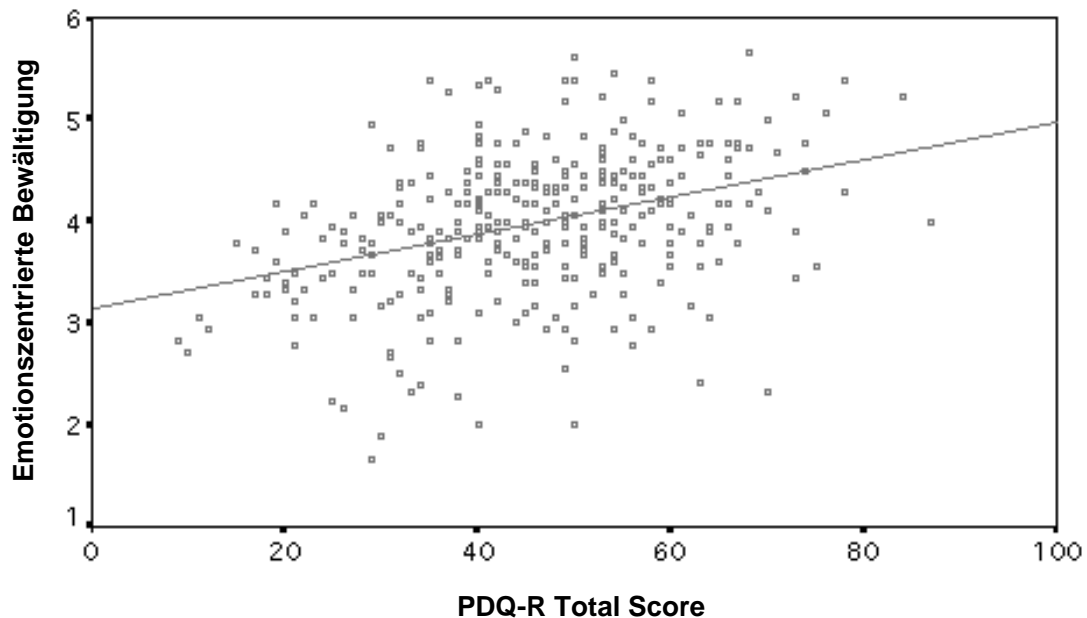


Abb. 21: Darstellung der Emotionszentriertheit der Bewältigung nach SEBV-K in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -pathologie nach PDQ-R (N=340).

Tab. 28: Korrelation der Emotionszentriertheit der Bewältigung in Stresssituationen nach SEBV-K mit der Persönlichkeitsakzentuierung in Richtung Persönlichkeitsstörung nach PDQ-R (N=340; Spearman-Korrelation, *** $p < ,001$).

Korrelation	PDQ-R-Total-Score	
	r	p
SEBV-emotionszentriert	,3616	***

Es zeigt sich in Tabelle 28 eine hohe korrelative Beziehung zwischen der Regulation der Emotionalität in Stresssituationen und der Höhe des Gesamtwertes des PDQ in Richtung Persönlichkeitsstörung.

Ob dieses Ergebnis aber zeigt, daß die Regulation der Emotion die *bevorzugte* Orientierung, auch in Gegenüberstellung zur problemorientierten Herangehensweise bedeutet,

ergibt erst der Vergleich mit der Korrelation mit der problemorientierten Herangehensweise. Diese Beziehung ist in Tabelle 29 dargestellt.

Tab. 29: Korrelation der Problemorientiertheit der Bewältigung in Stressituationen nach SEBV-K mit der Persönlichkeitsakzentuierung in Richtung Persönlichkeitsstörung nach PDQ-R (N=340; Spearman-Korrelation, ****p<,01**).

Korrelation	PDQ-R-Total-Score	
	r	p
SEBV-problemorientiert	-,1650	**

Tabelle 29 zeigt eine schwächere, aber sehr signifikante, inverse Beziehung zwischen der Persönlichkeitspathologie und der Problemorientiertheit der Bewältigung. Selbst wenn diese Korrelation nicht die gleiche Stärke zeigt, wie das bei der Emotionszentriertheit der Fall ist, ist diese inverse Beziehung dennoch interessant, zeigt sie doch sinngemäß dieselbe Tendenz: die Orientierung der Bewältigung in Streß- oder Belastungssituationen, über die Regulation der Emotionalität zu reagieren, erfolgt eindeutig bevorzugt gegenüber der Problembewältigung und geht damit zu Lasten der am Problem orientierten Bewältigung (vgl. Abb. 21).

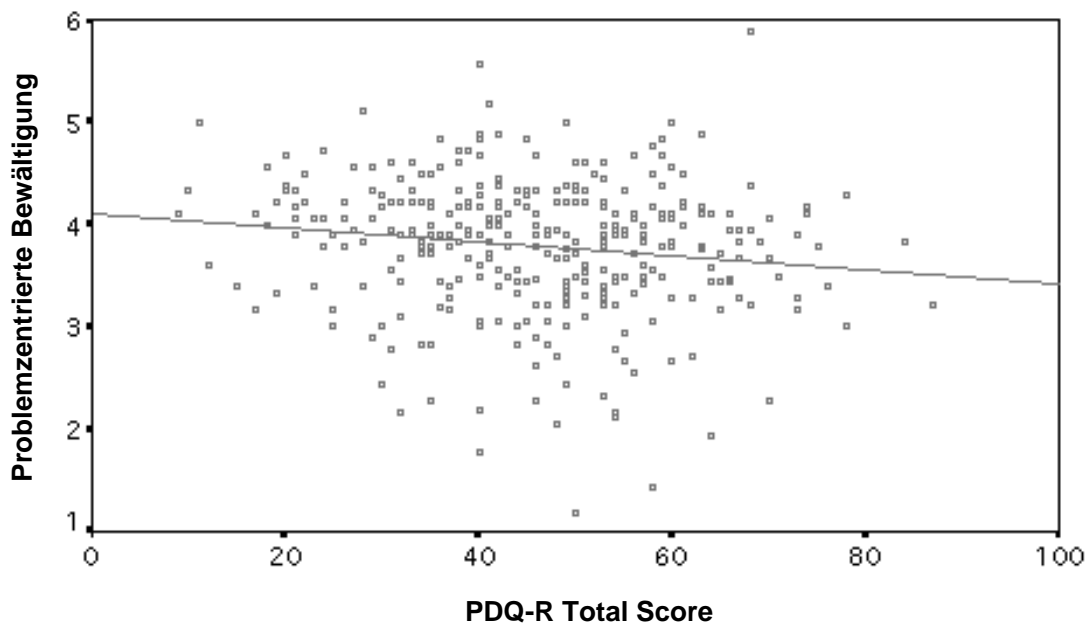


Abb. 22: Darstellung der Emotionszentriertheit der Bewältigung nach SEBV-K in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -pathologie nach PDQ-R, dimensional ausgewertet (N=340).

Bei der zu Abbildung 21 analogen Darstellung des Zusammenhangs zwischen der problemzentrierten Bewältigung und dem Ausmaß der Psychopathologie der Persönlichkeit zeigt der Scatterplot mit der Regressionslinie (siehe Abbildung 22), konsistent mit der errechneten Korrelation (Tabelle 29), eine abnehmende Tendenz der Problemorientiertheit mit Zunahme der Psychopathologie.

Um dieses interessante Ergebnis differenzierter zu betrachten, wird die Korrelation der emotionszentrierten und der problemzentrierten Bewältigung mit den jeweiligen Dimensionen bzw. Kategorien der Persönlichkeitsakzentuierungen und -störungen ermittelt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in Tabelle 30 aufgeführt.

Tab. 30: Korrelative Beziehung zwischen der Persönlichkeitsakzentuierung nach PDQ-R im einzelnen und der Gewichtung der Bewältigung in emotionszentriert (SEBV-e) und problemzentriert (SEBV-p); (N=340; Spearman-Korrelation; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$).

Korrelation	SEBV-e		SEBV-p	
	r	p	r	p
Selbstunsichere Persönlichkeit	,2027	***	-,1488	**
Dependente Persönlichkeit	,2903	***	-,2057	***
Schizoide Persönlichkeit	-,1243	*	-,1116	*
Schizotypische Persönlichkeit	,2279	***	,0280	n.s.
Paranoide Persönlichkeit	,2307	***	-,0096	n.s.
Zwanghafte Persönlichkeit	,1938	***	-,1196	*
Passiv-aggressive Persönlichkeit	,3201	***	-,2687	***
Histrionische Persönlichkeit	,3222	***	-,0255	n.s.
Narzistische Persönlichkeit	,2657	***	-,0657	n.s.
Borderline Persönlichkeit	,3464	***	-,1512	**
Antisoziale Persönlichkeit	,1752	**	-,0711	n.s.

Darin zeigt sich, daß insbesondere die Heroinabhängigen, die Akzente der dependenten Persönlichkeit bis hin zur Persönlichkeitsstörung aufweisen, in ihren Werten der emotionszentrierten Problembewältigung deutlich zu Lasten einer problemorientierten Bewältigung hoch korrelieren. Die höchste Korrelation erreicht der Typus der Borderline-Persönlichkeit mit $r = ,3464$, bei allerdings schwächerer inverser Korrelation des problemorientierten Schwerpunkts der Bewältigung als bei den Heroinabhängigen mit dependenter Persönlichkeit.

5.6.2 Persönlichkeitsakzentuierung und Sucht

Bei diesen doch vielfach hohen Korrelationen zwischen Persönlichkeitspathologie und der emotionsregulierenden Bewältigung stellt sich die Frage, ob diese Konstellation einen Einfluß auf die Drogenabhängigkeit hat. Unter der hypothetisierten Annahme, daß je ausgeprägter die Persönlichkeitsakzentuierung der Heroinabhängigen in Hinblick auf die Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R ist, desto schwerer ihre Abhängigkeitserkrankung zum Zeitpunkt der Untersuchung ist, wurde diese Beziehung untersucht. Tabelle 31 gibt die Ergebnisse wieder; sie zeigt den Grad der Korrelation von Persönlichkeitspathologie nach PDQ-R und dem Schweregrad der Sucht, ermittelt nach dem *Addiction Severity Index* (ASI).

Tab. 31: Korrelation des Ausmaßes der Psychopathologie nach PDQ-R (dimensional) und der Schwere der Sucht nach ASI zum Erhebungszeitpunkt (N=342; Spearman-Korrelation; *** $p < ,001$).

Korrelation:	r	p
Psychopathologie - Schwere der Sucht	,2827	***

Die Werte der Tabelle 31 zeigen, daß es eine relevante Beziehung zwischen diesen Variablen gibt und das diese hoch signifikant ist. Es kann demnach gelten: je ausgeprägter die Psychopathologie, desto schwerer die Sucht. Wie sich aber die Beziehung im einzelnen gestaltet, zeigt erst die erneute Differenzierung in die jeweilige Kategorie der Persönlichkeitsstörungen. Auch hier soll noch einmal darauf hingewiesen werden, daß die Werte des PDQ-R wieder dimensional und nicht kategorial gewertet wurden (siehe auch Abschn. 5.5). Über die differenzierte Untersuchung der Beziehungen im einzelnen gibt Tabelle 32 Aufschluß.

Tabelle 32 zeigt die hohe korrelative Beziehung zwischen dem Ausmaß der Borderline-Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -störung und der Schwere der Sucht zum Untersuchungszeitpunkt. Diese auch hoch signifikante Beziehung besagt, daß die Heroinabhängigen der Stichprobe, die die höchsten Werte bei dieser Persönlichkeitsstruktur nach den Kriterien des DSM-III-R erreichen, ein ausgeprägtes Suchtproblem nach dem *Addiction Severity Index* aufweisen und vice versa. Außer der Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen die schizotypische und die antisoziale Persönlichkeitsakzentuierung in ihren Ausprägungen ebenfalls eine deutliche Beziehung zur Schwere der Sucht.

Tab. 32: Korrelative Beziehung zwischen der Persönlichkeitsakzentuierung nach PDQ-R im einzelnen und der Gewichtung der Schwere der Sucht, bewertet nach ASI (N=350; Spearman-Korrelation; ** p<,01; *** p<,001).

Korrelation:	ASI-Summenscore	
	r	p
Selbstunsichere Persönlichkeit	,0551	n.s.
Dependente Persönlichkeit	,1742	**
Schizoide Persönlichkeit	,0421	n.s.
Schizotypische Persönlichkeit	,2696	***
Paranoide Persönlichkeit	,1645	**
Zwanghafte Persönlichkeit	,1290	**
Passiv-aggressive Persönlichkeit	1459	**
Histrionische Persönlichkeit	,1690	**
Narzistische Persönlichkeit	,1528	**
Borderline Persönlichkeit	,3009	***
Antisoziale Persönlichkeit	,2159	***

6 Diskussion und Ausblick

6.1 Vorbemerkung

Die dargestellten Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dienen dem Ziel, empirisch die Funktionalität schädlichen Konsums, hier im besonderen des Heroinkonsums, als gescheiterten Versuch der Bewältigung von Orientierungsproblemen Jugendlicher in bestimmten Risikokonstellationen zu rekonstruieren. Unter der Annahme, daß insbesondere biographische und persönlichkeitspezifische Konstellationen als Wirkfaktoren auf das Bewältigungsverhalten in aktuellen Problemsituationen Einfluß nehmen und sich erheblich auf die Abhängigkeitsentwicklung auswirken, wurden Hypothesen zur Wechselbeziehungen dieser Faktoren untersucht. Abbildung 23 erinnert noch einmal an die Darstellung des Untersuchungsgegenstandes (vgl. Abb. 5, Abschn. 2.7.2).

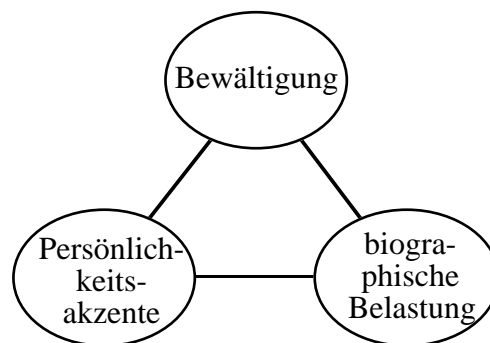


Abb. 23: Rekonstruktion biographischer und personaler Einflußfaktoren der Bewältigung als Indikatoren der Funktionalität.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden im folgenden mit Bezug auf diese entworfene Dreiecksbeziehung von biographischer Belastung, persönlichkeitspezifischen Faktoren und Bewältigungsstrategien aufgegriffen und im Hinblick auf die bestehende Diskussion in der wissenschaftlichen Literatur bewertet. Das Kapitel schließt mit aus der vorliegenden Untersuchung abgeleiteten Anregungen für die praktische Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen und einem Ausblick auf Anschlußmöglichkeiten für weitere Forschungsbemühungen.

6.2 Biographische Faktoren

6.2.1 Erfahrung kritischer Lebensereignisse

Mit Rücksicht auf die Forderung von Krausz und Degkwitz [1996, p. 17], daß ein vertieftes Verständnis der Drogenabhängigkeit es notwendig mache, "... den Drogenkonsum in seiner subjektiven Bedeutung in der Biographie zu rekonstruieren", sollte und konnte die erhöhte biographische Belastung der untersuchten Heroinabhängigen im Vergleich zu den Daten einer soziodemographisch angepaßten Gruppe nicht abhängiger Jugendlicher bewiesen werden. Die Daten zur biographischen Belastung zeigen Ähnlichkeit mit den von Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] dargestellten Ergebnissen zum Vergleich Heroinabhängiger mit ihren normalen Altersgenossen. Die vorliegenden Ergebnisse replizieren die Befunde, daß Heroinabhängige signifikant häufiger aus getrennten bzw. durch Tod eines Elternteils betroffenen Familien stammen. Allerdings liegt der Tod eines Elternteils oder beider bei den 215 Heroinabhängigen der Schweizer Untersuchung bei 17,1%, gegenüber den normalen Jugendlichen der Kontrollgruppe mit 12,5%, während die Untersuchung zur Unvollständigkeit der Familie der vorliegenden Arbeit zeigt, daß bei 30,5% der Heroinabhängigen Vater, Mutter oder beide verstorben sind. In der Vergleichsgruppe der Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992] liegt die Rate der hiervon betroffenen Jugendlichen ebenfalls bei rund 12%. Die Berliner Untersuchung der Projektgruppe TUdrop [1984] erbrachte keine empirischen Daten, die eine direkte Vergleichbarkeit zur vorliegenden Untersuchung ermöglichen würden. Andere epidemiologische Studien erbrachten aber bereits früher die Befunde, daß Jugendliche mit Drogenkontakt signifikant häufiger aus getrennten und geschiedenen Familien stammen (vgl. [Angst et al. 1973]; [Hornung et al. 1983]).

Doch in der untersuchten Stichprobe Heroinabhängiger ist dies nicht die einzige biographische Belastung, die auf instabile familiäre Ressourcen schließen läßt. Im Vergleich zur Stichprobe der Shell-Studie zeigen sich erhebliche Defizite im näheren Bezugsfeld eines heranwachsenden Kindes und Jugendlichen auf verschiedenen Ebenen. Neben dem frühen Verlust der Eltern, kommt es zu einem deutlich häufigeren Wohnortwechsel, zur häufigeren Arbeitslosigkeit der Eltern und zum häufigeren Verlust eines nahen Freundes oder Freundin. Es sollen hier die Ergebnisse nicht noch einmal in allen Einzelheiten aufgeführt werden (vgl. Abschn. 5.2.1). Wichtig ist aber der Hinweis darauf, daß das psychosoziale Gleichgewicht, d.h. das ausgewogene Verhältnis von Anforderung, Ressourcen und Autonomie die sowohl inhaltlich, wie auch

quantitativ einander entsprechen müssen, bei den später von Heroin abhängigen Jugendlichen als gestört angenommen werden muß.

Mit den gezeigten Ergebnissen der signifikant höheren biographischen Belastung der Heroinabhängigen *vor* ihrem Einstieg in härtere Konsummuster konnte der sich aufdrängenden Kritik, die Ereignisse entstünden eventuell erst durch den Drogenkonsum selbst, begegnet werden. Dies unterscheidet auch im weiteren die vorliegende Untersuchung vom derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Literatur. Stets wird in der vorliegenden Arbeit zur jeweils untersuchten Beziehung der verschiedenen Konstellationen, aus denen Funktionalität abgeleitet werden kann, die zeitliche Nähe zum Einstieg in den intravenösen Konsum von Heroin herausgearbeitet. Es zeigte sich, daß 2/3 der gesamten Belastung, die bis zum Erhebungszeitraum durch kritische Lebensereignisse erfahren wurde, bereits *vor* dem Einstieg in den intravenösen Konsum von Heroin erlebt worden war. Allein zur Häufigkeit kritischer Lebensereignisse vor dem ersten Heroinkonsum geben Degkwitz et al. [1997] ebenfalls an, daß ein Großteil der kritischen Lebensereignisse *vor* dem Konsum liegt. Die in dieser Arbeit entwickelte Perspektive gestattet es, Aussagen über biographische Konstellationen, die zum Einstieg bzw. zur Aufrechterhaltung schädlichen Konsums beigetragen haben, zu treffen.

Der Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum wurde aus mehreren Gründen als zeitlicher Schnittpunkt und Übergang in härtere Konsummuster gewählt: Sich eine Substanz zu injizieren verlangt eine größere Überwindung, da diese Konsumart mit keiner anderen gesellschaftlich und kulturell akzeptierten Konsumart Ähnlichkeit aufweist und eine größere Abwendung von der Norm bedeutet, als etwa verfrüht Alkohol zu trinken, Cannabis zu rauchen oder Tabletten zu nehmen. Durch den intravenösen Konsum läßt sich sowohl die subjektive Bereitschaft, als auch die objektive Gefahr, abhängig zu werden, als erhöht annehmen. Ferner werden bei fortgesetztem intravenösen Konsum mit Abhängigkeitsentwicklung verschiedene Lebensbereiche massiver betroffen, als etwa durch den verfrühten Konsum einer legalen Droge oder beim nicht intravenösen Probierkonsum, dies nicht zuletzt durch die Illegalität der Droge und den Zwang zur Beschaffungskriminalität.

6.2.2 Erhöhte Anforderungen und Anpassungsleistungen

Unter der Berücksichtigung, daß das Jugendalter eine prinzipiell belastete Zeit des Übergangs in neue Lebensräume darstellt und durch die Belastung, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, gekennzeichnet ist, konnten bei der untersuchten Stichprobe

Heroinabhängiger Indikatoren ermittelt werden, die zusätzlich erhöhte Anpassungsanforderungen und die Störung des psychosozialen Gleichgewichts anzeigen. Es konnte gezeigt werden, daß die Heroinabhängigen der Stichprobe im Vergleich zu den Jugendlichen der Shell-Studie "Jugend '92" signifikant in ihrer Entwicklung akzeleriert sind. Sie vollziehen die Entwicklungsübergänge, die das Angehen von Entwicklungsaufgaben aufzeigen, in fast allen entwicklungsrelevanten Bereichen früher (vgl. auch [Fischer & Zinnecker 1992]). Dies wird als Ausdruck erhöhter Anforderungen aufgefaßt, unter denen es gilt, schneller in das erwachsenenkonforme Verhalten überzugehen. Dies birgt Chancen, aber auch Risiken in sich, was der eingangs (siehe Abschn. 2.2.2) zitierte Begriff der *Übergangsd dispositionen (transition proneness)*, ein im Vergleich zur Altersnorm verfrühtes Verhalten als Problemverhalten, beschreibt.

6.2.2.1 Belastungen und psychiatrische Störungen

Daß dieses verfrühte Verhalten vor dem Hintergrund einer erhöhten Belastung und nicht unter dem Aspekt einer etwa kontextfrei defizitären Persönlichkeitsstruktur verstanden werden sollte, legt die Bezugnahme auf die Längsschnittstudie zu Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter von Engel und Hurrelmann [1994] nahe. Darin wurde empirisch der Zusammenhang zwischen erhöhten Belastungen, psychosomatischen Störungen und Alkohol-, Zigaretten- und Medikamentenkonsum bei Jugendlichen aufgezeigt. Es konnten auch für die hier betrachtete Stichprobe Hinweise aufgedeckt werden, die eine erhöhte Streßbelastung plausibel werden lassen: der Anteil der nach ICD-10 Kapitel V diagnostizierten psychischen Störungen liegt bei den untersuchten Heroinabhängigen für alle untersuchten Störungen von F2 bis F5 weit über dem Schnitt der Normalbevölkerung. Allein der Prozentsatz somatoformer Störungen liegt um ein Vielfaches höher und sollte in Anlehnung an die o.g. Untersuchung von Engel und Hurrelmann [1994] als Ausdruck eines erhöhten Belastungsdrucks im Sinne von Streß gewertet werden.

6.2.2.2 Belastungen und Schulschwierigkeiten

In der Literatur ist häufig auf die relativ schlechte schulische Entwicklung von Heroinabhängigen eingegangen worden (vgl. [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985]; [Projektgruppe TUDrop 1984]). Nach Kindermann et al. [1989, p. 63] ist der schulischen Entwicklung eine besondere Bedeutung für die Entwicklung zuzumessen: "Über viele Jahre hinweg gibt die Schule Rückmeldungen über die eigenen Fähigkeiten, steht aber auch für Mißerfolg und Minderwertigkeitsgefühle. So hängt die Entwicklung eines

stabilen Selbstwertgefühls in diesem Alter wesentlich mit schulischem Erfolg zusammen". Nur die Untersuchung von Kindermann et al. [1989] betrachtet, wie auch die vorliegende Arbeit, das zeitliche Verhältnis von Drogenkonsum und Schulschwierigkeiten. Die Daten zeigen sich vergleichbar: zwischen 40% und 50% der Drogenabhängigen beider Untersuchungen bleiben während ihrer Schullaufbahn sitzen. Der weitaus größere Anteil (über 40%) muß bereits *vor* dem Drogenkontakt [Kindermann et al. 1989] bzw. *vor* dem Einstieg in härtere Konsummuster (wie in der vorliegenden Untersuchung operationalisiert) ein Schuljahr wiederholen. Bei der vorliegenden Untersuchung zur Funktionalität des Drogenkonsums begannen 66% der Jugendlichen erst *nach* ihrem Abgang von der Schule mit dem intravenösen Konsum von Heroin. "Die ätiologische Rekonstruktion individueller Entwicklungsprobleme endet vielfach bei schulischen Sozialisationsbedingungen" [Brandtstädter 1982, p. 275].

Aus Sicht der Betroffenen ist Schulversagen nach Filipp [1990] als ein kritisches Lebensereignis mit all seinen Implikationen zu bewerten. Es kann daher als ein Indikator eines überstrapazierten psychosozialen Gleichgewichts ebenso gelten, wie auch als zusätzlicher Belastungsfaktor. In der Längsschnittuntersuchung von Engel und Hurrelmann [1994] konnte die enge Beziehung zwischen einer Dauerbelastung durch hohe Anforderungen, Symptome somatoformer Störungen und der Manipulation der eigenen Befindlichkeit durch Konsum von Tabletten, Alkohol und Zigaretten bei einer Gruppe von über tausend Schülern ohne spezielle Abhängigkeitsproblematik aufgezeigt werden. In dieser Beziehung von Überforderung und Bewältigungsstrategie läßt sich mit den gleichen guten Gründen und nach den in dieser Arbeit dargelegten Ergebnissen (Abschn. 5.2.2.3 und 5.4.2) ein wesentlicher Aspekt der Funktionalität schädlichen Konsums verorten.

6.2.2.3 Einschätzung zum Kontext des Einstiegs

Die gezielte Erhebung der Gründe für den Einstieg in den Heroinkonsum und ebenso der aktuellen Motive bestätigte die Beziehung zwischen Überforderung und Bewältigung durch Substanzkonsum: 82% der befragten Heroinabhängigen schätzten selbst die Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen der Vergangenheit und ihrem Heroinkonsum als relevant ein, 50% davon als erheblich; 32% betrachteten diese Beziehung sogar als extrem relevant. Der möglichen kritischen Einschätzung hierüber, daß es sich dabei um post hoc formulierte Begründungen zugunsten höherer gesellschaftlicher Akzeptanz des hilflosen "milieugeschädigten Kindes" handeln könnte (vgl. [Drake et al. 1994, p. 212]), ist aus der Perspektive der angestellten Betrachtung ent-

gegenzuhalten: selbst wenn es sich um eine im nachhinein konstruierte Auffassung handeln sollte (die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen allerdings deutliche objektive Belastungen nach), so muß doch diese *Einschätzung* über die Beziehung zwischen Belastung und Drogenkonsum als *kognitiver*, die Sucht im weiteren mit aufrechterhaltender Faktor, ernst genommen werden. Es wird in dieser Art der *kognitiven Konstruktion* der instrumentalisierte Charakter des Drogenkonsums im Sinne *subjektiver Funktionalität* deutlich. Daher erklärt sich auch seine Nähe zur Befindlichkeitsregulation (siehe Abschn. 6.5.2).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß nur rund ein Drittel der befragten Heroinabhängigen die eigentliche Abhängigkeit als den Konsum aktuell aufrechterhaltendes Motiv angeben und daß demgegenüber die Motive "abschalten können", "Probleme haben" und "depressive Stimmung" als Ausdruck von Belastungen zusammengenommen 56% ausmachen. Die Einschätzung, daß der Konsum beim Bewältigen oder Aushalten von Belastungen eine wesentliche Funktion hat, ist bei den Befragten offenbar stärker repräsentiert als die Abhängigkeit mit ihren unausweichlichen Entzugssymptomen. Der dieser Arbeit zugrundeliegende Funktionalitätsbegriff wird durch diesen Zusammenhang bestätigt: "Als Grundannahme dieser Arbeit ... [soll gelten], daß die Funktionalität des Konsums psychoaktiver Substanzen und der Sucht so verstanden werden soll, daß die unmittelbar stofflichen und physiologischen Eigenschaften bzw. Wirkungen angesichts der außerstofflichen Zweckbestimmung hinter diese zurücktreten" (Abschn. 1.2).

Die Anerkennung der Peers beim Einstieg in den Heroinkonsum kann mit dem Anteil von 21% der Einstiegsmotive als relevant bezeichnet werden. In Anlehnung an die Untersuchung und Einschätzung von Kaplan [1980] und Silbereisen und Kastner [1987] wird die Bedeutung der Peers hier als Selbstwertstabilisierung durch Identifikation mit von der Norm abweichenden Gruppen interpretiert.

6.3 Erfahrung von Kontrollverlust

Die in dieser Arbeit vorgenommene Differenzierung der Betrachtung der biographischen Belastung in kontrollierbare und nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse verfolgte die Frage nach überdurchschnittlicher Erfahrung von Kontrollverlust in der Biographie der Heroinabhängigen. Nach Silbereisen und Kastner [1985] (vgl. auch [Silbereisen 1986]) bedeuten Probleme in der Entwicklung Einschränkungen, die erforderlichen Schritte zur selbstinitiierten Bewältigung von Entwicklungsanforderungen

anzugehen. Sie verweisen auf einen gemeinsamen Ursprung jugendlichen Problemverhaltens: Ausdruck der Anstrengung zu sein, Kontrolle über die eigene Entwicklung wahren zu wollen. Das Problemverhalten Jugendlicher, zu dem auch der Drogenkonsum zählt, betrachten die Autoren als eine Antwort auf Belastungen des Jugendalters und es ist in dieser Hinsicht allen auf Entwicklung bezogenen Bemühungen gleichgestellt.

Tatsächlich konnte bei dieser Differenzierung der vorliegenden Untersuchung der deutlich erhöhte Anteil der nicht kontrollierbaren kritischen Lebensereignisse an der gesamten biographischen Belastung der Heroinabhängigen im Vergleich zur Kontrollgruppe aus der Shell-Studie "Jugend '92" [Fischer & Zinnecker 1992] erstmalig nachgewiesen werden. In der Studie von Uchtenhagen und Zimmer-Höfler [1985] wurden zwar bereits Aspekte des Kontrollverlusts im Bewältigungsverhalten von Heroinabhängigen betrachtet. Dies aber ausschließlich an einem selbstentwickelten Instrument zur Erfassung einer vorwiegenden 'Powerlösung' als Konfliktlösestrategie versus einer 'kognitiven' Ausrichtung der Bewältigung. Indikatoren, die bereits anhand der Biographie das Erleben von Kontrollverlust nahelegen, wurden von den Autoren aber nicht untersucht. Bei der hier untersuchten Stichprobe der Heroinabhängigen wurde hingegen zusätzlich zur Differenzierung in nicht kontrollierbarer kritische Lebensereignisse die zeitliche Konstellation zum Einstieg in härtere Konsummuster von Heroin betrachtet. Es wurde gezeigt, daß der signifikant höhere Anteil der nicht kontrollierbaren kritischen Lebensereignisse bereits vor dem Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum erlebt wurde. In diesem Zusammenhang erscheint das Konzept des *Locus of Control* von Rotter [1966] interessant zu sein: die wiederholte Erfahrung, gegenüber Ereignissen in diesem Sinne machtlos zu sein, daß kein Einfluß auf ihren Verlauf bzw. auf ihre Auswirkungen ausgeübt werden kann, oder der Versuch der Einflüßausübung wirkungslos bleibt, führt nach diesem Konstrukt zur generalisierten Einschätzung, extern kontrollierten Ereignissen ausgeliefert zu sein. Im Zuge dieses Erlebens werden Affekte im Sinne der erlernten Hilflosigkeit [Seligman 1975], geprägt von Depression, Unzufriedenheit und Angst, beschrieben, die bei Süchtigen häufig sind.

Als ein besonderer Ausdruck von Kontrollverlust wurde die Suizidalität der untersuchten Heroinabhängigen im Vergleich zu den Jugendlichen der Kontrollgruppe betrachtet und bewertet. Wie in anderen Studien bereits gezeigt werden konnte, liegt die Suizidalität von Heroinabhängigen sehr hoch. In der vorliegenden Untersuchung konnte aber darüber hinaus gezeigt werden, daß der Wunsch, nicht mehr weiter zu leben, vor dem Einstieg in härtere Konsummuster des Heroins ebenso ausgeprägt ist, wie nach er-

folgt dem Einstieg in den intravenösen Konsum. Ferner erbrachte die Untersuchung, daß der Wunsch, sich das Leben zu nehmen, deutlich und hochsignifikant mit der biographischen Belastung durch kritische Lebensereignisse korreliert. Diese Beziehung ließ sich ebenfalls für die Beziehung zwischen der Höhe der Belastung vor dem intravenösen Konsumeinstieg und der Ausprägung der Suizidalität zeigen. Allein die Differenzierung in kontrollierbare versus nicht kontrollierbare kritische Lebensereignisse erbrachte keinen Hinweis darauf, daß die *Art* der Ereignisse in der Vergangenheit hier einen Einfluß ausübt. Die Suizidalität zeigte demnach keinen Zusammenhang zum erlebten Kontrollverlust in der Biographie der untersuchten Heroinabhängigen.

6.4 Biographische Belastung und Heroinkonsum

In der bisherigen wissenschaftlichen Literatur wurde die erhöhte biographische Belastung der Heroinabhängigen bewiesen. Daß diese Belastung aber bereits vor dem Heroinkonsum erhöht ist, konnte die vorliegende Untersuchung ebenso zeigen, wie die Untersuchung zur psychosozialen Belastung Heroinabhängiger von Degkwitz et al. [1997]. Diese Belastungen sollten demnach wesentliche Faktoren darstellen, die Drogenabhängigkeit von Jugendlichen wahrscheinlicher zu machen. Bisher wurde jedoch nicht gezeigt, inwiefern sich diese Belastung auf den Einstiegszeitpunkt in den Drogenkonsum auswirkt.

Der Nachweis einer direkten zeitlichen Beziehung zwischen der Höhe der biographischen Belastung und dem Einstieg in härtere Konsummuster von Heroin konnte mit der vorliegenden Untersuchung erstmalig genauer aufgezeigt werden. Die gewählte Methode, die Konzentration der biographischen Belastung für jeden Heroinabhängigen zu ermitteln, ermöglichte zunächst die Vergleichbarkeit der unterschiedlich alten Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung. Anhand der Beziehung zwischen diesem Wert der erlebten kritischen Lebensereignisse pro Jahr - als *Konzentration biographischer Belastung* - und dem Alter des ersten intravenösen Heroinkonsums konnte gezeigt werden, daß der Einstieg in den intravenösen Heroinkonsum um so früher erfolgt, je höher die Belastung vor dem Einstieg war. Dies kann als noch aussagekräftigerer Zusammenhang zwischen Belastung und Heroinkonsum gewertet werden, als es die bisherigen Untersuchungen aufzeigten. Diese empirisch ermittelte Beziehung bekräftigt die Annahme einer Funktionalität des Drogenkonsums im Zusammenhang mit hoher psychosozialer Belastung. Sie stellt die subjektiven Angaben der Heroinabhängigen, sie hätten neben der Neugier den Konsum vor allem aufgrund von Pro-

blemen, depressiven Gefühlen und, um abschalten zu können, aufgenommen und aufrechterhalten, auf eine objektive Grundlage.

6.5 Biographische Belastung und aktuelle Bewältigung

In Anbetracht des Ausmaßes der biographischen Belastung und dem hohen Anteil von Ereignissen, die als nicht kontrollierbar definiert wurden, sollte gezeigt werden, daß die untersuchten Heroinabhängigen bei Problemsituationen Bewältigungsstrategien zeigen, die einen Zusammenhang zwischen Überforderung bzw. Hilflosigkeit und Drogenkonsum zur Bewältigung aufweisen.

6.5.1 Hinweise auf gelernte Hilflosigkeit

Die Grundannahme ist hierbei, daß die wiederholte Konfrontation mit Situationen, in denen keine der Reaktionen eines Individuums etwas bewirkt und somit eine ungerichtete, zufällige Beziehung zwischen eigenem Verhalten und intendierten Konsequenzen besteht, zur gelernten Hilflosigkeit führt. Je nach Häufigkeit, Intensität und Bedeutung dieser Erfahrungen neigt die betreffende Person zur Generalisierung dieser Erfahrung auch auf andere Kontexte. Das würde bedeuten, daß selbst potentiell kontrollierbare Ereignisse als nicht kontrollierbar eingeschätzt würden. Die Person glaubt, erneut hilflos zu sein, und faßt die bevorstehende Situation als Bedrohung auf, mit den nach Lazarus folgenden Konsequenzen im Bewältigungsverhalten. Bereits vorliegende Untersuchungen (z.B. [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985]; [Projektgruppe TUdrop 1984]; [Khantzian et al. 1974]; [Khantzian 1996]; [Gramigna 1996]) haben auf die Schwierigkeit Drogenabhängiger, Konflikte zu bewältigen, hingewiesen. Überwiegend erfolgte dabei die Orientierung an psychodynamischen Konzepten der Konfliktbewältigung, insbesondere an dem von Haan [1977] zur Unterscheidung von Bewältigungsmechanismen in *coping* als erfolgreicher und *defending* als eher defizitärer Strategie. Diese Bewertung des Bewältigungsverhaltens ist nach dem Copingkonzept von Lazarus ([1966]; [Lazarus & Launier 1981]) kritisch zu betrachten. Allein die Ausrichtung der Strategie, sei sie nun vorrangig emotionsregulierend oder eher am Problem orientiert, läßt keine Bewertung hinsichtlich der Güte oder des Erfolgs zu. Als situations- bzw. einschätzungsgebundenes Verhalten löst Lazarus dieses ab von einem eher starren Persönlichkeitskonzept, bei dem das Verhalten als Ausdruck der Person-Umwelt-Beziehung auf grundsätzlich überdauernde Strukturen der Persönlichkeit (*trait*) zurückzuführen wäre. Etwa in einer nicht kontrollierbaren Situation mit ausgeprägt konfronta-

tiver problemorientierter Strategie zu reagieren kann angesichts der Unveränderbarkeit der Situation lediglich zur Überforderung und Erschöpfung führen.

In der vorliegenden Untersuchung zum Bewältigungsverhalten Heroinabhängiger wurden aus diesen Gründen und unter Verwendung des Erhebungsinstruments nach Lazarus weniger eine Bewertung des Bewältigungsverhaltens, als vielmehr Hinweise auf biographische Zusammenhänge und Beziehungen zum Heroinkonsum untersucht. Zunächst konnte gezeigt werden, daß die Bewältigung von belastenden Situationen von den Heroinabhängigen nicht undifferenziert oder einseitig erfolgt: die Analyse ergab ein zunächst ausgewogenes Verhältnis der Strategien, die sich in emotionszentriert und problemzentriert unterscheiden lassen. Darin unterscheiden sich die aufgezeigten Ergebnisse deutlich von der aktuellen Literatur. Bei den weiblichen Teilnehmern ergab sich eine etwas ausgeprägtere emotionszentrierte Bewältigung, die aber nicht zu Lasten einer Problemlösestrategie geht oder in ihrer Angemessenheit bewertet werden könnte. Die Annahme, daß mit Zunahme der biographischen Belastung, als Ausdruck der Überforderung, die Regulation der Emotion gegenüber direkten Problemlösestrategien in den Vordergrund rückt, konnte nicht nachgewiesen werden. Eine relevante Beziehung zur Ausprägung des problemzentrierten Verhaltens konnte ebenso nicht aufgezeigt werden, auch nicht im Sinne einer möglichen Adaption.

6.5.2 Überforderung und Heroinkonsum

Es konnte in der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden, daß die Intensität der emotionszentrierten Bewältigung mit dem Konsumverhalten hochsignifikant korreliert (vgl. auch [Watten 1997]). Diese Betrachtung erfolgte in Anlehnung an die Längsschnittuntersuchung von Engel und Hurrelmann [1994]. Da diese Itemanalyse jedoch nicht spezifisch für den Drogenkonsum galt, wurde die Ausrichtung der Bewältigungsstrategien außerdem noch in ihrer Beziehung zum Schweregrad der Sucht betrachtet.

Die Annahme, daß die Heroinabhängigen den Substanzkonsum zur direkten Beeinflussung der Befindlichkeit im Sinne einer Bewältigungsstrategie bei der Konfrontation mit Streßsituationen einsetzen, erwies sich als triftig: Je ausgeprägter die Bewältigung von Streßsituationen im allgemeinen über die Regulation der Befindlichkeit erfolgt, desto ausgeprägter ist die Schwere der Sucht. Vergleichbare Daten hierzu liegen nach dem Stand der Literatur bisher nicht vor. Daran läßt sich aber noch einmal mehr der instrumentelle Charakter des Heroinkonsums aufzeigen: Heroin mit seinem Wirkungsspektrum von Entspannung, Beruhigung und Angstreduktion scheint als probates Mittel die

kognitive Einschätzung einer Situation und damit die Emotionalität so zu beeinflussen, daß problematische Situationen, Streß und Konflikte die zu überfordern scheinen, bewältigbar im Sinne der Emotionsregulation werden. Wird dieser Zusammenhang subjektiv als erfolgreich, d.h. funktional erlebt, erscheint es zunächst naheliegender, diese Strategie fortzusetzen, als sie zu beenden.

Im Falle des fortgesetzten und in der Folge abhängigen Konsums wird in der bisherigen Diskussion der wissenschaftlichen Literatur, die funktionelle Aspekte schädlichen Konsums thematisiert, vom Übergang in dysfunktionale Gebrauchsmuster gesprochen. Dies um so eher, je mehr sich der schädliche Konsum nachteilig auf andere Lebensbereiche des Konsumenten auswirkt (vgl. auch [Projektgruppe TUdrop 1984]; [Uchtenhagen & Zimmer-Höfler 1985]; [Krausz & Degkwitz 1996]). Daß zunächst der Versuch unternommen wird, in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu rekonstruieren, was die subjektive Funktionalität des Konsums von Drogen im allgemeinen und von Heroin im besonderen ausmacht, um dann aber im gleichen den Übergang in die nach objektiven Kriterien formulierte Dysfunktionalität aufzuzeigen, ist ein Perspektivenwechsel, der paradoxerweise die subjektive Funktionalität schädlichen Konsums noch bekräftigt. Wer Heroin oder auch andere Substanzen zum Zwecke der Regulation bei dem Gefühl der Überforderung in belastenden Situationen einsetzt, und diesen Gebrauch als funktional erlebt, wird dieses nicht nur wieder tun, er wird es im Falle einer an objektiven Kriterien gemessenen desolaten Lebenssituation, wie sie der fortgesetzte Konsum einer illegalen Droge wie Heroin darstellt, mit noch ausgeprägter subjektiver Funktionalität weiter betreiben. Wenn der subjektive Gewinn, diese Droge zu konsumieren, darin bestand, sich vor schädlichen, weil überfordernden Konstellationen zu schützen, dann ist der Gewinn im weiteren um so höher, je größer der Schaden ist. Danach läßt sich also die bisher in der Literatur vertretene Auffassung gleichsam auf den Kopf stellen: Je ausgeprägter der Konsum und die davon nachteilig betroffenen Lebensbereiche, desto funktionaler wird die Droge zum Zwecke der Beeinflussung kognitiver Einschätzung und Emotionsregulation. Dies wurde im Literaturteil durch den Begriff der *Funktionalität zweiter Stufe* veranschaulicht (vgl. Abschn. 2.7.2.2). Dieser Zusammenhang zeigt sich zunächst unabhängig von einer möglichen Persönlichkeitsstörung.

Objektiv dysfunktional ist der Konsum einer Droge allemal und von Beginn an, wie nicht zuletzt gesundheitliche Aufklärung glauben machen will. Will man aber das Umschlagen subjektiver Funktionalität in Dysfunktionalität dennoch rekonstruieren, so muß es nach denselben Kriterien, die für die subjektive Funktionalität sprachen, geschehen, also innerhalb *einer* Perspektive. Das würde bedeuten, daß subjektive Kri-

terien zur Beurteilung herangezogen werden müssen. Es müßte in Zusammenarbeit mit dem Heroinkonsumenten bzw. -abhängigen z.B. beim Wunsch nach Entgiftung herausgearbeitet werden, welche Faktoren aus seiner Sicht die anfängliche subjektive Zweckmäßigkeit des Drogenkonsums aktuell aufgewogen haben. Dies wiederum hätte zur Folge, daß es möglich wäre, näher am subjektiven Konstrukt mit dem abhängigen Klienten an sogenannten *funktionellen Äquivalenten* zu arbeiten. Das würde konform gehen mit der Forderung von Krausz und Degkwitz [1996, p. 27], wonach man lediglich schematisch trennen würde, zwischen Motivlage und Bedingungen, wenn diese nicht gleichermaßen unter der subjektiven Sicht des Betroffenen immanenter Bestandteil theoretischer Konstrukte, wie auch der Therapiekonzepte darstellten. Wird der Schwerpunkt auch des therapeutischen Ansatzes vor allem auf das Einlösen verpaßter Entwicklungsaufgaben gelegt (vgl. [Kindermann et al. 1989]; [Kaufmann et al. 1993]), werden die Konstellationen, in denen ein Individuum entscheidet aufzuhören oder weiter zu machen nicht einbezogen.

6.6 Persönlichkeit und biographische Belastung

Zu diesen Konstellationen, die einen schädlichen Konsum wahrscheinlicher machen und aufrechterhalten, ist in der Literatur der Faktor des Vorliegens einer psychischen Störung, vor allem einer Persönlichkeitsstörung, diskutiert worden ([Khantzian 1996]; [Burian 1991; 1994]; [Brooner et al. 1993]). Ebenso wird die Koinzidenz psychischer Störung und schädlichen Konsums psychotroper Substanzen im Sinne psychiatrischer Komorbidität als Risiko- und aufrechterhaltender Faktor gesehen ([Krausz & Dittmann 1996, p. 105ff]; [Krausz et al., im Druck]; [Verthein et al., im Druck]). Die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Ergebnisse bestätigen die hohe psychiatrische Komorbidität der Heroinabhängigen.

Es wurde hier aber über die Prävalenzen psychischer Störungen im allgemeinen hinaus die Beziehung zwischen der Ausprägung der Persönlichkeitsakzentuierung in Richtung auf eine Persönlichkeitsstörung und dem Ausmaß biographischer Belastungen untersucht. Es konnte hierbei die hochsignifikante Beziehung zwischen diesen beiden Faktoren, die jeder für sich genommen bereits ein Risikofaktor einer Abhängigkeitsentwicklung darstellen, aufgezeigt werden.

Bei der vorgenommenen *dimensionalen* Berücksichtigung der Persönlichkeitsaspekte konnte der Zusammenhang zwischen biographischer Belastung und Zunahme der Persönlichkeitsakzente in Richtung auf eine Persönlichkeitsstörung hochsignifikant nach-

gewiesen werden. Dabei zeigten die Ergebnisse der Befragung zur schizotypischen, zur zwanghaften, zur borderline und zur antisozialen Persönlichkeitsakzentuierung die deutlichsten Korrelationen. Die Ermittlung der Persönlichkeitsakzente bzw. -störungen wurde deshalb *dimensional* vorgenommen, um ansatzweise der Kritik am Konzept der Persönlichkeitsstörungen von Fiedler [1994] zu folgen. Er empfahl, die "'Persönlichkeitsstörungen' als Klassifikationsbereich gänzlich zu streichen" und durch den Begriff der "komplexen Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens" zu ersetzen [Fiedler 1994, p. 450]. Seiner Auffassung nach liegt der Vorteil einer solchen Perspektive darin, daß der *Lebenskontext* der Person nicht mehr ignoriert werden kann. Ein "pathologisches" Interaktionsverhalten ist ohne Analyse des Umfeldes demnach nicht zu begreifen (vgl. [Krausz & Degkwitz 1992]). Außerdem würde eine solche Sicht ermöglichen, beobachtete Verhaltensweisen unter Umständen sogar als Kompetenzen des Individuums zu begreifen, die eine Anpassung an bestimmte Lebensverhältnisse darstellen.

Es ist bekannt, daß beispielsweise Heroinabhängige eine hohe Prävalenz einer paranoiden Persönlichkeitsstörung aufweisen ([Lauckner 1997]; [Krausz et al., im Druck]). Wie könnte aber ein Heroinabhängiger unter dem Druck, von einer illegalen Droge abhängig zu sein, sich nicht paranoid verhalten? So konnten denn auch in der vorliegenden Untersuchung im Gegensatz zu anderen Persönlichkeitsakzentuierungen keine Beziehung zwischen dieser häufig diagnostizierten Störung und der biographischen Belastung gezeigt werden. Dies soll hier als Indiz dafür betrachtet werden können, daß die anderen genannten Störungsbilder sehr wohl mit den biographischen Lebensbedingungen zusammenhängen, die paranoide Störung hingegen eher mit den aktuellen Lebensbedingungen, die die Abhängigkeit von einer illegalen Droge mit sich bringen, in Zusammenhang steht.

In anderen Ansätzen (vgl. z.B. [Brown 1992]) wird überwiegend davon ausgegangen, daß eine Störung der Persönlichkeit, als *Störung* oder als *Vulnerabilität des Selbst* [Brown 1992], dem Suchtgeschehen mehr oder weniger ursächlich zugrunde liegt. Dieses "Stigmatisierungsproblem der *Personperspektivierung einer Interaktionsstörung*" wäre nach Fiedler [1994, p. 450] ebenfalls hinfällig. Dies soll nicht bedeuten, daß etwa keine Störung von klinischer Relevanz vorläge, der Fokus ist jedoch ein anderer, und die veränderte Perspektive kann für Theorie und Praxis bedeutsam sein. Vor diesem Hintergrund werden die Persönlichkeitsaspekte in der vorliegenden Arbeit als Interaktionsmodi der Subjekt-Umwelt-Beziehung der Heroinabhängigen verstanden [Krausz & Degkwitz 1992]. Daß also ebenso wie der schädliche Konsum psychotroper Substan-

zen die Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -störung eine biographische Entwicklungsdimension hat, zeigen die dargestellten Ergebnisse der Beziehung zwischen biographischer Belastung und Persönlichkeitsakzentuierung. Vergleichbare Ergebnisse anderer Untersuchungen zur Beziehung biographischer Belastungen und dem Ausmaß der Persönlichkeitsakzentuierungen bei Heroinabhängigen liegen allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vor.

6.7 Persönlichkeit und aktuelle Bewältigung

6.7.1 Persönlichkeitsakzentuierung und Schwerpunkt der Bewältigung

Unter der Prämisse, daß eine wie auch immer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung als eine Interaktionsstörung der Person-Umwelt-Beziehung aufgefaßt wird [Fiedler 1994], sollte sich eine Beziehung zwischen der Ausprägung der Akzentuierung der Persönlichkeit und dem Ausmaß der Überforderung, die sich in der vorwiegenden Emotionsregulation ausdrückt, zeigen lassen. Es konnte anhand der Daten der Heroinabhängigen sehr deutlich (Spearman-Korrelation $r=,3616$, $p<,001$) gezeigt werden, daß grundsätzlich mit Zunahme der Persönlichkeitsakzentuierungen die emotionsregulierende Bewältigung an Bedeutung zunimmt. Verstärkend auf diese Tendenz wirkt sich zudem, wie ebenfalls gezeigt werden konnte, der Rückgang der problemorientierten Strategien aus. Die Heroinabhängigen mit einer Borderlineakzentuierung bzw. -störung zeigten dabei mit $r=,3464$ ($p<,001$) die intensivste Beziehung zwischen dem Ausmaß an Psychopathologie und einer Konfliktbewältigung, die ihren Schwerpunkt in der Emotionsregulation aufweist.

6.7.2 Persönlichkeitsakzentuierung und Sucht

Wenn die Psychopathologie der Persönlichkeit der untersuchten Heroinabhängigen mit ihrem Bewältigungsverhalten in diesen Zusammenhang gestellt werden kann und die Bewältigung in ihrer emotionsregulierenden Ausrichtung wesentlich über die Modifikation der Affekte durch Konsum erfolgt, mußte schließlich noch der Frage nachgegangen werden, ob mit dem Ausmaß der Persönlichkeitspathologie eine Verschärfung der Suchtproblematik einhergeht. So ist denn auch als konsistent mit den oben bewerteten Ergebnissen das Ergebnis zu beurteilen, daß mit der Zunahme der Persönlichkeitspathologie - und hier mit Abstand insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeit -

die Schwere der Sucht deutlich zunimmt. Denn wie gezeigt werden konnte, spielt der Drogenkonsum zum Zwecke der Emotionsregulation eine große Rolle und die Borderline-Persönlichkeit weist die höchste korrelative Beziehung zur emotionszentrierten Bewältigung auf.

6.8 Abschließende Stellungnahme

6.8.1 Funktionalität als Verortung in drei Dimensionen

Es läßt sich damit zusammenfassend konstatieren,

- daß mit Zunahme der biographischen Belastung der Heroinabhängigen der Stichprobe der Einstieg in härtere Konsummuster früher erfolgt;
- daß mit der biographischen Belastung die Persönlichkeitspathologie zunimmt, die sich ihrerseits in den aktuellen Bewältigungsstrategien ausdrückt und
- daß durch die Bedeutung des Drogenkonsums für die emotionsregulierende Bewältigung in Problemsituationen die Persönlichkeitspathologie einen deutlichen Einfluß auf die Entwicklung der Abhängigkeit nimmt.

Unter dem Blickwinkel der vorliegenden Arbeit ist demnach die Funktionalität schädlichen Konsums auf einem Kontinuum innerhalb der drei Dimensionen *Persönlichkeitsakzentuierung*, *Bewältigungsverhalten* und *biographische Belastung* zu verorten. Abbildung 24 veranschaulicht diesen Zusammenhang graphisch; die dargestellte Ebene stellt die Fläche dar, auf der sich die Funktionalität gleichsam *verorten* ließe.

6.8.2 Funktionalität konstruktivistisch rekonstruiert

Das Anliegen der Untersuchung war es, vor dem Hintergrund der per se herausfordernden Zeit des Jugendalters und seiner Entwicklungsanforderungen den Konstellationen zum Zeitpunkt des Einstiegs in härtere Konsummuster Raum zu geben. Das Insistieren auf den Bezügen zur biographischen Realität der Heroinabhängigen bei dem Ansatz zur Funktionalität schädlichen Konsums geschah nicht ohne Grund: aus letztlich konstruktivistischer Perspektive wurden Faktoren für interindividuelle Entwicklungsunterschiede, die aus prägenden Erfahrungen sozial und psychologisch unterschiedlichen Lebenswelten hervorgehen, gesucht.

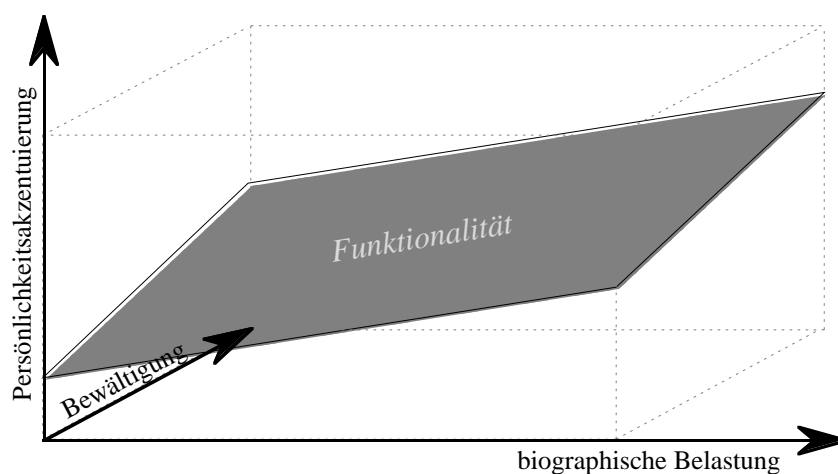


Abb. 24: Graphische Darstellung des Funktionalitätsbereichs schädlichen Konsums innerhalb der drei untersuchten Dimensionen von Persönlichkeitsakzentuierung, biographischer Belastung und Bewältigungsstrategien.

In Anlehnung an die theoretischen Konzeptionen der *kognitiven Sozialisation* [Edelstein 1993] wird davon ausgegangen, daß äußere Faktoren, wenn auch in theoretisch noch ungeklärter Weise, auf die kognitive Entwicklung einwirken (vgl. auch [Herwig-Lempp 1988]). Die kognitive Entwicklung vollzieht sich danach durch die Entfaltung des Bewußtseins in sozialen Beziehungen, die es sozialisieren. Die Sozialisation besteht in der Wechselwirkung der inneren Strukturen des Geistes mit den Repräsentanzen der Erfahrung in spezifischen Entwicklungsökologien. Nicht ein Erfahrungsgegenstand selbst bedingt die Struktur der Erfahrung; sondern, im Sinne der "Entwicklung als Handlung im Kontext" [Silbereisen 1986], fundiert der Handlungskontext, in den eine Erfahrung eingebettet ist, die soziale Struktur der Erfahrung und bewirkt damit ihre Sozialisation. "Die soziale Konstruktion des Lebenslaufs hängt ab von einer Vielzahl gleichzeitig wirkender Faktoren in der objektiven Gelegenheitsstruktur des Individuums in der Gruppe, der es angehört. Das Zusammentreffen objektiver mit subjektiven Faktoren definiert das Entwicklungsrisiko: Die entstandene Verwundbarkeit der Individuen wirkt sich über den gesamten Lebenslauf aus" [Edelstein 1993, p. 98].

Soziale Schicht und die Ökologie der sozialen Beziehungen, die Familienstruktur ebenso wie die Qualität institutioneller Bildungsprozesse repräsentieren diese Gelegenheitsstrukturen. "Die Geschichte der subjektiven Erfahrung schlägt in der biographischen Verzerrung bzw. Schärfung der Kognition durch. Je nach Standort der theoretischen Erklärung wird diese Entwicklung aus der soziologischen Perspektive als soziale Gene-

se von Defizit, Differenz oder Deprivation, aus einer klinisch-individualistischen Perspektive als negative Besetzung der Erfahrungsgegenstände mit neurotischer Verzerrung oder als Abwehrleistungen im Sinne der Verdrängung, Regression oder Fragmentierung beschrieben (vgl. [Haan 1977]). "Modern gesprochen, wirken Gelegenheitsstrukturen in zwei Richtungen, zugunsten oder zuungunsten der kognitiven Entwicklung individueller Kompetenz. Wichtig ist, daß Unterschiede in der kognitiven Entwicklung aufgrund unterschiedlicher Erfahrung mit unterschiedlichen epistemischen Ereignissen normalerweise nicht Defizit, sondern Differenz erzeugen. Indessen transformiert die normative Struktur kognitiver Leistungen, wie sie historisch der kognitiven Entwicklung aufgeherrschte wurde, bestimmte Entwicklungseinflüsse zu Defizit erzeugenden und Mißerfolg produzierenden Mechanismen" [Edelstein 1993, p. 102].

6.8.3 Implikationen für die Praxis

Für die praktische Berücksichtigung der theoretischen Annahmen und empirischen Ergebnisse aus der vorliegenden Untersuchung in der suchttherapeutischen Arbeit wäre es bedeutsam, die subjektive Funktionalität im Lebenskontext der betroffenen Person und zusammen mit ihr zu rekonstruieren (vgl. Abschn. 6.5.2). Dabei sollte einerseits der Eigenanteil in der subjektiven Konstruktion der Funktionalität der Abhängigkeitsentwicklung anhand der kognitiven Schemata (vgl. hierzu [Grawe et al. 1994]) gemeinsam erarbeitet werden: "Zentrale Grundannahme der kognitiven Bewältigungsverfahren ist, daß das Verhalten von Kognitionen vorbereitet, begleitet und bewertet wird ... In einer 'Erziehungsphase' werden Selbstgespräche als kognitive Bewältigungsprozesse in einer exemplarischen Problemsituation eingeübt. In der 'Anwendungsphase' werden die Bewältigungsprozesse unter realen und vielfältigen Streßbedingungen getestet und verfeinert. Außer bei Ängsten wird das Streßempfindungstraining auch zur Selbstkontrolle bei Ärger und Wutausbrüchen ... angewandt" [Grawe et al. 1994, p. 415ff]. Bei Kombination dieses Bewältigungstrainings mit verhaltensübenden Methoden konnte in Effektivitätsuntersuchungen eine signifikante Besserung anfänglicher Symptomatik inklusive Veränderungen im Persönlichkeitsbereich nachgewiesen werden.

Zudem wäre es notwendig, gemeinsam anhand der rekonstruierten Funktionalität des schädlichen Konsums funktionelle Äquivalente zu erarbeiten und zu erproben. Für die Klientel der jugendlichen Drogenkonsumenten erfordert dies zugleich Jugendarbeit zu leisten, die auf die spezifischen Entwicklungsbedürfnisse abgestellt ist. Diese betrafen die Aufgabenbereiche der Förderung sozialer Kompetenz, der Entwicklung von positivem Selbstwertgefühl, der Förderung sinnerfüllter, erlebnisreicher Aktivitäten und die

Unterstützung in den Problemen konkreter Lebensbedingungen, wie Familienarbeit, sowie die Förderung einer zukunftsorientierten Handlungsmotivation.

6.8.4 Anschlußmöglichkeiten für weitere Forschungsbemühungen

Die Anschlußmöglichkeiten weiterer Forschungsbemühungen in diese Richtung ergeben sich einerseits aus der thematischen Abgrenzung der vorliegenden Dissertation. So wurde beispielsweise auf familiäre Hintergründe, insbesondere auf Interaktionsmodi und Selbstverständnis der Familienmitglieder innerhalb des Familiensystems nicht eingegangen, obwohl hier sicherlich noch wesentliche Hinweise zu dem Themenkomplex der biographischen Belastung, der Bewältigungsstrategien und der Persönlichkeit zu erwarten wären. Andererseits ergaben sich während des Verlaufs der Bearbeitung des Untersuchungsgegenstands Anregungen für weitere instrumentelle Spezifikationen des verwendeten Untersuchungsdesigns. So wäre z.B. für weitere Untersuchungen zu überlegen, ob nicht die direkte Evaluation der Funktionalität, wie es für den Fall des Alkoholismus anhand des Fragebogens nach Belitz-Weihmann und Metzler [1993] möglich ist, auch für Drogen aus dem illegalen Bereich sinnvoll wäre. Insbesondere auf jugendtypische Aspekte müßte dieser aber zusätzlich abgestimmt sein.

Die vorliegende Untersuchung versteht sich denn auch mit ihrem theoretischen Anliegen als Standortbestimmung zum Thema *Funktionalität schädlichen Konsums* in der bisherigen Literatur und erarbeitete in Abgrenzung hierzu einen eigenen Untersuchungsansatz. Mit ihrem empirischen Teil wurden erste grundlegende Nachweise erbracht; damit wurde gezeigt, daß Zusammenhänge zu diesem komplexen Themengebiet empirisch nachvollziehbar sind und eine künftige weitere Bearbeitung verdienen.

7 Zusammenfassung

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) geförderten Projekts "Psychose und Sucht" (Prof. M. Krausz) wurden von April 1995 bis Januar 1996 insgesamt 351 Heroinabhängige in verschiedenen Hamburger Drogenhilfeeinrichtungen mit Hilfe eines umfangreichen standardisierten Erhebungsinventars befragt. Um Vergleichsbetrachtungen mit einer Kontrollgruppe nicht abhängiger Jugendlicher zu ermöglichen, wurde aus dem Datensatz der Shell-Studie "Jugend '92" ein Vergleichsdatensatz (N=396) nach den soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe der Heroinabhängigen erstellt. Für die vorliegende Arbeit werden die Erhebungsinstrumente EuropASI, CIDI, PDQ-R, BDI, NEO-FFI, SEBV-K, sowie ausgewählte Fragebögen zum biographischen und psychosozialen Hintergrund herangezogen.

Das Ziel der Untersuchung ist es, funktionelle Aspekte schädlichen Konsums im Kontext biographischer Belastung, psychopathologischer Persönlichkeitsakzentuierung und individueller Problembewältigungsstrategien bei Heroinabhängigen herauszuarbeiten.

Im theoretischen Teil der Arbeit werden über eine umfangreiche Aufarbeitung der Literatur hinaus die theoretischen Konstrukte, die sich mit Drogenkonsum, Abhängigkeit und Sucht im Hinblick auf das Person-Umwelt-Verhältnis befassen, eingehend analysiert. Dabei werden insbesondere die Ansätze der Entwicklungspsychologie und Jugendforschung und die Ansätze zur Selbstmedikation und zur Komorbidität betrachtet. Bereits vorliegende Darstellungen zur Funktionalität werden in ihren Prämissen und Ergebnissen kritisch reflektiert. Der zugrundeliegende eigene Ansatz zur Funktionalität schädlichen Konsums wird dem gegenübergestellt.

Der empirische Teil der Arbeit operationalisiert Indikatoren für funktionelle Aspekte schädlichen Konsums. Innerhalb der drei gewählten Dimensionen *biographische Belastung*, *Persönlichkeitsakzentuierung* und *Bewältigungsverhalten* werden wichtige Korrelationen für die Rekonstruktion der subjektiven Funktionalität empirisch nachgewiesen. Dabei wird der Fokus der Betrachtung stets auf die individuelle Konstellation zum Zeitpunkt des Einstiegs in den intravenösen Heroinkonsum gerichtet.

Heroinabhängige sind in ihrer Entwicklung deutlich höheren biographischen Belastungen ausgesetzt als 'normale' Altersgenossen. Die enge Beziehung zwischen der individuellen biographischen Belastungsintensität und dem Einstiegszeitpunkt in härtere Konsummuster konnte erstmals gezeigt werden: der Einstiegszeitpunkt in härtere Konsummuster ist funktional abhängig von der Konzentration biographischer Belastung. Die starke biographische Belastung geht mit verstärkter Suizidalität einher. Die Heroinabhängigen weisen ihren Belastungen eine sehr hohe Bedeutung für ihren Einstieg in den harten Konsum zu. Es wird die deutliche Beziehung zwischen der biographischen Belastung und dem Ausmaß psychiatrischer Persönlichkeitsakzentuierung nachgewiesen. Mit dem Ausmaß der Persönlichkeitsakzentuierung nimmt der Schweregrad der Sucht zu. Die häufig diagnostizierte paranoide Persönlichkeitsstörung ist eher vor dem Hintergrund aktueller Lebensbedingungen, als innerhalb biographischer Entwicklungsdimensionen zu bewerten. Die Rolle des Drogenkonsums zur Emotionsregulation bei der Bewältigung von Belastungssituationen wird nachgewiesen. Die Bewältigung erfolgt um so deutlicher emotionszentriert, je ausgeprägter die psychopathologische Persönlichkeitsakzentuierung ist. Die Ausprägung der emotionszentrierten Bewältigung korreliert mit dem Ausmaß der biographischen Belastung.

Die empirischen Ergebnisse zur Funktionalität schädlichen Konsums werden in bezug auf den Stand der Forschung diskutiert und bewertet. Implikationen für die therapeutische Anwendung werden vorgestellt.

Literaturverzeichnis

- Angst, J., Baumann, U., Müller, U., & Ruppen, N. (1973). Epidemiologie des Drogenkonsums im Kanton Zürich. *Arch. Psychiat. Nervenkrankheiten*, 217, 11-24.
- Antons, K., & Schulz, W. (1990). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bandura, A. (1985). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baumeister, A., & Riedesser, P. (1996). Zur psychosozialen Situation von Kindern alkoholkranker Eltern. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (pp. 63-77). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Belitz-Weihmann, E., & Metzler, P. (1993). Ein Rasch-skaliertes Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT). *Sucht*, 6, 384-398.
- Bourdieu, (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (pp. 183-198). Göttingen.
- Brandstädter, J. (1982). Prävention von Lern- und Entwicklungsproblemen im schulischen Bereich. In J. Brandstädter & A. von Eye (Hrsg.), *Psychologische Prävention. Grundlagen, Programme, Methoden* (pp. 275-299). Bern: Huber.
- Brandstädter, J. (1985). Entwicklungsprobleme des Jugendalters als Probleme des Aufbaus von Handlungsorientierung. In D. Liepmann & A. Stiksrud (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz* (pp. 5-12). Göttingen: Hogrefe.
- Braukmann, W., & Filipp, S.-H. (1990). Personale Kontrolle und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (2. Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.

- Brooner, R. K., Herbst, J. H., Schmidt, C. W., Bigelow, G. E., & Costa, P. T., Jr. (1993). Antisocial personality disorder among drug abusers. Relations to other personality diagnoses and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis*, 181 (5), 313-319.
- Brown, H., Jr. (1992). Substance abuse and the disorders of the self: Examining the relationship. *Alcohol Treat Q*, 9(2), 1-27.
- Brown, S. A. (1988). *Treating adult children of alcoholics: a developmental perspective*. New York.
- Brown, S. A. (1989). Life events of adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 146, 484-489.
- Brunstein, J. C. (1988). Gelernte Hilflosigkeit: Ein Modell für die Bewältigungsforschung? In L. Brüderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (pp. 115-128). Weinheim: Juventa.
- Burian, W. (1991). Die Psychodynamik der Droge: Ein Integrationsmodell für die psychische Entwicklung der Drogenabhängigkeit. In K. Wanke & G. Bühringer (Hrsg.), *Grundstörungen der Sucht*. Berlin: Springer.
- Burian, W. (1994). *Die Rituale der Enttäuschung*. Wien: Picus Verlag.
- Castaneda, R. (1994). Empirical assessment of the self-medication hypothesis among dually diagnosed inpatients. *Compr. Psychiatry*, 35 (3), 180-184.
- Coombs, R. H., & Coombs K. (1988). Developmental stages in drug use: changing family involvements. In R. H. Coombs (Ed.), *The family context of adolescent drug use* (pp. 73-98). New York: Haworth.
- Degkwitz, P., Verthein, U., & Krausz, M. (1997). Biographical differences between drug addicts and non-addicts. In D. Korf & H. Riper (Eds.), *Illicit drugs in Europe. Proceedings of the Seventh Annual Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe* (pp. 85-91). Amsterdam.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.

- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., & Frances, A. (1990). Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (1), 69-79.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P. J., Sweeney, J., & Frances, A. J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*, 148 (2), 224-230.
- Drake, R. E., McLaughlin, P., Pepper, B., & Minkoff, K. (1994). Doppeldiagnose von psychischen Störungen und Substanzmißbrauch: Ein Überblick. In M. Krausz & T. Müller-Thomsen (Hrsg.), *Komorbidität - Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation* (pp. 209-218). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1989). Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hosp. Community Psychiatry*, 40(10), 1041-1046.
- Dreher, E., & Oerter, R. (1985). Children's and adolescent's conception of adulthood: The changing view of a crucial developmental task. In R. K. Silbereisen, K. Eyferth, & G. Rudinger (Hrsg.), *Development as action in context*. Berlin: Springer.
- Edelstein, W. (1993). Soziale Konstruktion und die Äquilibration kognitiver Strukturen: Zur Entstehung individueller Unterschiede in der Entwicklung. In W. Edelstein & S. Hoppe-Graff (Hrsg.), *Die Konstruktionen kognitiver Strukturen - Perspektiven einer konstruktivistischen Entwicklungspsychologie*. Bern: Huber.
- Engel, U., & Hurrelmann, K. (1989). *Psychosoziale Belastung im Jugendalter: Empirische Befunde zum Einfluß von Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe*. Berlin, New York: de Gruyter.
- Engel, U., & Hurrelmann, K. (1994). *Was Jugendliche wagen: Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter* (2.Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Ferring, D., & Philipp, S.-H. (1989). Bewältigung kritischer Lebensereignisse: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der 'Ways of Coping Checklist'. *Zeitschr. f. Differentielle u. Diagnostische Psychologie*, 10 (4), 189-199.

- Fiedler, P. (1994). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1990). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (2. Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.
- Fischer, A., & Zinnecker, J. (Hrsg.) (1992). *Jugend '92. Lebenslagen, Orientierungen und Entwicklungsperspektiven im vereinigten Deutschland* (Band 1-4). Opladen: Leske & Budrich.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21 (9), 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc. Sci. Med.*, 26 (3), 309-317.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579.
- Freed, E. X. (1975). Alcoholism and schizophrenia: The search for perspectives. A review. *J. Stud. Alcohol*, 36 (7), 853-881.
- Freyberger, H. J., & Schürmann, A. (1994). Borderline-Persönlichkeitsstörungen und stofflicher Missbrauch - Komorbidität oder autoaggressive Symptomäquivalente? In M. Krausz & T. Müller-Thomsen (Hrsg.), *Komorbidität - Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation* (pp. 50-62). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Freyberger, H. J., & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.) (1996). *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger.
- Gramigna, R. (1996). *Coping und Methadon: Eine Untersuchung über Bewältigungsmuster und -ressourcen von Methadonpatienten am sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons Luzern*. Dissertation, Universität Zürich.

- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grunberg, N.E. (1994). Overview: biological processes relevant to drugs of dependence. *Addiction*, 89 (11), 1443-1446.
- Grunberg, N. E., & Baum, A. (1985). Biological commonalities of stress and substance abuse. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending - Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3rd. ed.). New York: McKay.
- Herwig-Lempp, J. (1988). Der systemische Ansatz im Suchtbereich: Kommentar zu "Alkoholismus als Auffassungssache". *Zeitschr. f. System. Therapie*, 6 (3), 195-201.
- Herwig-Lempp, J. (1994). *Von der Sucht zur Selbstbestimmung - Drogenkonsumenten als Subjekte*. Dortmund: Borgmann.
- Hornung, R., Schmidtchen, G., & Scholl-Schaaf, M. (1983). *Drogen in Zürich. Verbreitung und Hintergründe des Drogenkonsums Jugendlicher. Ergebnisse einer repräsentativen Motivstudie*. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., & Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht*, 37, 240-252.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jung, J. (1994). *Die Beziehungen der Entgiftungspatient/innen*. Dissertation am Fachbereich Medizin, Universität Hamburg.
- Kaminer, Y. (1994). *Adolescent substance abuse: a comprehensive guide to theory and practice*. New York: Plenum Medical Book Company.

- Kandel, D. B. (Ed.) (1978). *Longitudinal research on drug use*. Washington: Hemisphere.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- Kaplan, H. B. (1980). *Deviant behavior in defense of self*. New York: Academic Press.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S., & Robbins, C. (1982). Application of general theory of deviant behavior: self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 247-294.
- Kastner, P., & Silbereisen, K. (1988). Die Funktion von Drogen in der Entwicklung Jugendlicher. In N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung, Band 2: Sucht und Jugendarbeit, Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (pp. 23-32). Weinheim: Beltz.
- Kaufmann, B., Dobler-Mikola, A., & Zimmer-Höfler, D. (1993). Die Bedeutung von Selbstkonzept und Coping für die längerfristige Rehabilitation Heroinabhängiger. *Sucht*, 4, 244-254.
- Khantzian, E. J. (1996). Die Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen mit Schwerpunkt auf Heroin- und Kokainabhängigkeit. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (pp. 45-58). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Khantzian, E. J., Mack, J. E., & Schatzberg, A. F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Am J Psychiatry*, 131 (2), 160-164.
- Khantzian, E. J., & Treece, C. (1977). Psychodynamics of drug dependence: an overview. In J. D. Blaine & D. A. Julius (Eds.), *Psychodynamics of drug dependence. NIDA Research Monograph 12*, Rockville.
- Kindermann, S. (1992). Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Drogengebrauch. In R. Sickinger, W. Kindermann, S. Kindermann, R. Lind-Krämer, & A. Timper-Nittel (Hrsg.), *Wege aus der Drogenabhängigkeit: Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche* (pp. 130-148). Freiburg i.Br.: Lambertus.

- Kindermann, W. (1991). Sucht als Folge von Entwicklungsstörungen - Folgerungen für die Behandlung. In G. Wanke & Bühringer (Hrsg.), *Grundstörungen der Sucht*. Berlin: Springer.
- Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D., & Kindermann, S. (Hrsg.) (1989). *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Krausz, M. (1994a). Konsequenzen für die Konzeptbildung. In M. Krausz & T. Müller-Thomsen (Hrsg.), *Komorbidität - Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation* (pp. 219-237). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Krausz, M. (1994b). Schwere Psychiatrische Krankheit und schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen - Überblick über das Krankheitsspektrum. In M. Krausz & T. Müller-Thomsen (Hrsg.), *Komorbidität - Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation* (pp. 196-208). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Krausz, M., & Degkwitz, P. (1992). Psychose und Sucht- Randproblem oder Problemfall psychiatrischen Alltags? In B. Andresen, F.-M. Stark, & J. Gross (Hrsg.), *Mensch und Psychiatrie. Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis* (pp. 335-353). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krausz, M., & Degkwitz, P. (1996). Langzeitperspektiven und verlaufsbeeinflussende Faktoren süchtigen Verhaltens. In M. Krausz & C. Haasen (Hrsg.), *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens* (pp. 9-44). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Krausz, M., & Dittmann, V. (1996). Störungen durch psychotrope Substanzen. In H. J. Freyberger & R. D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (pp. 86-111). Basel: Karger.
- Krausz, M., Verthein, U., & Degkwitz, P. (im Druck). Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Der Nervenarzt*.
- Lamnek, S. (1993). *Qualitative Sozialforschung, Band 1: Methodologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

- Lauckner, K. (1997). *Persönlichkeitseigenschaften und Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen*. Dissertation am Fachbereich Medizin, Universität Hamburg.
- Lazarus, R. S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1990). Streß und Streßbewältigung - Ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (2. Aufl.) (pp. 189-232). München: Psychologie Verlags Union.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom. Med.*, 55 (3), 234-247.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu. Rev. Psychol.*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Streß: Theorien und Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Lettieri, D. J., Sayers, M., & Pearson, H. W. (Eds.) (1980). *Theories on drug abuse*. Washington: National Institute on Drug Abuse.
- Lewin, K. (1946). Behavior and development as a function of the total situation. In L. Carmichael (Ed.), *Manual of child psychology* (pp. 791-844). New York: Wiley.
- MacDonald, D. I., & Newton, M. (1981). The clinical syndrome of adolescent drug abuse. *Advances in Pediatrics*, 28, 1-25.
- Milkman, H., & Frosch, W. A. (1973). On the preferential abuse of heroine and amphetamine. *Journal of Mental Disorder*, 156, 242-248.
- Muisener, P. P. (1994). *Understanding and treating adolescent substance abuse*. Thousand Oaks Sage.

- Müller-Thomsen, T., Niedermeyer, U., Haasen, C., & Krausz, M. (1994). Psychiatrische Störungen und deren Verhältnis zu Sucht. In M. Krausz & T. Müller-Thomsen (Hrsg.), *Komorbidität - Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation* (pp. 10-31). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Naber, D. (1993). Opioids in the etiology and treatment of psychiatric disorders. In A. Herz (Ed.), *Handbook of experimental pharmacology, vol.104/II: Opioids II* (pp. 781-801). Berlin: Springer.
- Oerter, R. (1978). Zur Dynamik von Entwicklungsaufgaben im menschlichen Lebenslauf. In R. Oerter (Hrsg.), *Entwicklung als lebenslanger Prozeß* (pp. 66-110). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Oerter, R., & Montada, L. (Hrsg.) (1987). *Entwicklungspsychologie* (2. Aufl.). München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Olbrich, E. (1984). Jugendalter - Zeit der Krise oder der produktiven Anpassung. In E. Olbrich & E. Todt (Hrsg.), *Probleme des Jugendalters* (pp. 1-47). Berlin: Springer.
- Projektgruppe Rauschmittelfragen (1991). *Forschungsprojekt "Amsel". Abschlußbericht* (Band 1 und 2). Frankfurt am Main.
- Projektgruppe TUdrop (1984). *Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Prystav, G. (1979). Die Bedeutung der Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit von Stressoren für die Klassifikation von Belastungsreaktionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 283-301.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1, 1-28.
- Schwendter, R. (1992). *Drogenabhängigkeit und Drogenkultur*. Wien: Österreichische Staatsdruckerei.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

- Sickinger, R., Kindermann, W., Kindermann, S., Lind-Krämer, R., & Timper-Nittel, A. (1992). *Wege aus der Drogenabhängigkeit: Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Sibereisen, R. K. (1986): Entwicklung als Handlung im Kontext: Entwicklungsprobleme und Problemverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 5, 29-46.
- Silbereisen, R. K., & Kastner, P. (1985). Entwicklungstheoretische Perspektiven für die Prävention des Drogengebrauchs Jugendlicher. In J. Brandtstädter & H. Gräser (Hrsg.), *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne* (pp. 83-102). Göttingen: Hogrefe.
- Silbereisen, R. K., & Kastner, P. (1987). Jugend und Problemverhalten. Entwicklungspsychologische Perspektiven. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (pp. 882-919) (2. Aufl.). München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Simon, F. B. (1993). *Unterschiede, die Unterschiede machen - Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Trautmann-Sponsel, R. D. (1988). Definition und Abgrenzung des Begriffs Bewältigung. In L. Brüderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (pp. 14-24). Weinheim, München: Juventa.
- Uchtenhagen, A., & Zimmer-Höfler, D. (1985). *Heroinabhängige und ihre 'normalen' Altersgenossen*. Bern: Haupt.
- Verthein, U., & Degkwitz, P., Kühne, A., & Krausz, M. (im Druck). Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen. Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. *Sucht*.
- Vogt, I., & Scheerer, S. (1989). Drogen und Drogenpolitik. In S. Scheerer & I. Vogt (Hrsg.), *Drogen und Drogenpolitik: Ein Handbuch* (pp. 1-50). Frankfurt am Main.

- Watten, R. G. (1997). Use of drugs, coping styles, mental absorption and some outcomes related to health and social activity. *European Addiction Research*, 3, 192-198.
- Weber, G., & Schneider, W. (1992). *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen: Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg - Ein Resümee*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (NRW).
- Wise, R. A. (1988). The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *Abnormal Psychology*, 97 (2), 118-132.
- World Health Organization (1990). *CIDI - Composite International Diagnostic Interview* (Deutsche Bearbeitung: H.-U. Wittchen & G. Semler). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zeiler, J. (1985). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Schizophrenen. *Der Nervenarzt*, 56, 506-509.
- Zeiler, J. (1992). Schizophrene Bewältigungsstile und Substanzmißbrauch. In D. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.), *Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze* (pp. 49-58). Freiburg i.Br.: Lambertus.

Danksagung

Mein erster Dank gilt den in dieser Untersuchung befragten Heroinabhängigen, die mir durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung nicht nur die Erstellung dieser Arbeit ermöglichten. Sie halfen mir wenigstens ebenso, eigene frühere Einstellungen und Ansichten zum Thema Heroinabhängigkeit zu korrigieren und mich über diese Untersuchung hinaus für diesen Problembereich zu interessieren.

Herrn Prof. Dr. Michael Krausz gilt an dieser Stelle ebenso mein Dank, der mich in der Wahl dieses Themas nicht nur beriet und bestärkte, sondern mich insbesondere in der schwierigen Zeit der Fertigstellung dieser Arbeit auch großzügig unterstützte.

Ich möchte mich hier auch bei der Arbeitsgruppe des Gesamtprojekts "Psychose und Sucht" für die Zusammenarbeit und Unterstützung bedanken. Insbesondere werden mir die sehr anregenden Diskussionen mit Herrn Dr. Peter Degkwitz im Zusammenhang mit dieser Arbeit in freudiger Erinnerung bleiben.

Zudem gilt mein Dank dem Stationsteam des niedrigschwelligen Entzugs Jugendlicher im Klinikum Nord, Haus 35A, in Hamburg-Ochsenzoll, ohne dessen Kooperation die Durchführung dieser Untersuchung nicht möglich gewesen wäre.

Lebenslauf

Angela Barkowsky, geb. Lorenz

Maybachstraße 32

22177 Hamburg

23.02.1964	geboren in Hamburg; verheiratet seit 18.06.1990 mit Thomas Barkowsky
1970 - 1974	Bismarckschule, Hamburg
1974 - 1980	Jahnschule, Hamburg (Mittlere Reife)
1980 - 1983	Ausbildung, Provinzial-Versicherung, Hamburg (Versicherungskauffrau)
1983 - 1985	Angestellte der Provinzial-Versicherung, Organisation und Vertrieb, Hamburg
1985 - 1988	Hansa-Kolleg, Hamburg (Allgemeine Hochschulreife)
1988 - 1990	Studium der Philosophie und Germanistik, Universität Hamburg
01.10.1990 - 21.05.1997	Studium der Medizin, Universität Hamburg (Staatsexamen)
seit 01.08.97	Ärztin im Praktikum, Psychiatrische und Nervenklinik, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg