

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

aus den Weiterbildungen der EAG zur
"Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der EAG:

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,

Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA,

Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann,

(Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann, Hans-Christoph Eichert*, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen

e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Ausgabe 06/2021

**Emotionen im sozialen Kontext
mit ihrem Bezug zur Sucht ***

Cordelia Endler (2007)

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, (Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020)*). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).
Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung: „Integrative Suchttherapie“ .

Gliederung

1. Einleitung zum gewählten Thema
2. Das Verfahren der Integrativen Therapie
 - 2.1 Das Konzept der integrativen Emotionstheorie
 - 2.2 Das Konzept des Sozialen Atoms
3. Die Definition der Grundbegriffe
 - 3.1 Emotion
 - 3.2 Gefühl

4. Die Herausbildung von Emotionen in der Lebensspanne
 - 4.1 Im Säuglingsalter
 - 4.2 Im Kleinkindalter
 - 4.3 In der Pubertät

5. Die Emotionen in der stationären Behandlung von Alkoholkranken
 - 5.1 Emotionen bei den Patienten
 - 5.2 Emotionen bei den Therapeuten
 - 5.3 Störungen des emotionalen Prozesses

6. Zweiter Weg der Heilung und Förderung

7. Die Emotionen im sozialen Kontext
 - 7.2 Emotionen und deren gesellschaftliche Bedeutung
 - 7.3 Emotionen und psychische Krankheiten

8. Die Schlussbemerkungen und Fazit
9. Zusammenfassung / Summary
10. Das Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Wir leben in einer Gesellschaft in der sehr viel unternommen wird, um ernsten, reflektierenden Fragen und Gedanken auszuweichen. Ein großer Teil der Bevölkerung greift in Deutschland zu Alkohol, Medikamenten und anderen Drogen oder versucht im maßlosen Umgang mit Essen oder durch Arbeit sich abzulenken. Die Übergänge von Genuss, Gewöhnung, Missbrauch zur Abhängigkeit sind fließend (Feldmann 2004).

Der Gebrauch von Suchtmitteln ist eine Möglichkeit, dem Leben „davon zu laufen“ und eine innere Leere zu füllen für eine empfundene Sinnlosigkeit.

Der Mensch ist kein soziales Einzelwesen sondern er lebt „in Gruppen, sozialen Netzwerken, Kultur- und Traditionsgemeinschaften“. Seine Persönlichkeit wird hier geprägt (Petzold 1993 S. 871). Erfährt das Individuum in seinem Sozialisationsumfeld tragfähige Beziehungen, so wird es gesund bleiben. In Beziehungen werden Menschen krank, wenn sie destruktiv sind (Petzold, 1996). Gesunde Menschen gehen aus gesunden Netzwerken hervor.

Psychische, psychosomatische und soziale Erkrankungen von Patienten haben hauptsächlich mit „negativen Gefühlen sowie mit Störungen in der Handhabung von Emotionen zu tun“ (Ulrich 1982 S. 118 in Petzold 1993 S. 792).

Mit emotionalen Regungen einher gehen „Stress, Krisen als Ursachen von Störungen“ (Petzold 1993 S. 792).

Emotionaler Schutz und ein tragfähiges soziales Netzwerk sind dafür entscheidend, dass ein Mensch sich über die gesamte Lebensspanne gesund entwickeln kann (Petzold 1993).

Um Realitäten zu erfassen spielen die Gefühle eine entscheidende Rolle (Petzold 1993).

In dieser Arbeit wird als Hauptschwerpunkt dargestellt, in welcher Art und Weise Emotionen unser alltägliches gesellschaftliches Leben

bedingen. Dabei wird in den Ausführungen Bezug auf Suchtkrankheiten, der sich „wie ein roter Faden“ durch die Gliederungspunkte zieht, genommen. Ein Kapitel ist speziell der Behandlung der Alkoholabhängigkeit und den damit verbundenen Emotionen gewidmet.

2. Das Verfahren *Integrative Therapie*

Das Verfahren „Integrative Therapie“ wurde 1965 von *Hilarion Gottfried Petzold*, unterstützend von *Johanna Sieper*, begründet. Seitdem wird es von dem Begründer und seinen Mitarbeitern ständig weiterentwickelt und zählt zu einem ganzheitlichen therapeutischen Verfahren der Psycho-, Leib-, Soziotherapie und der Arbeit mit kreativen Medien (*Petzold 1996*).

Die Theorie der Integrativen Therapie von Petzold gründet auf seiner persönlichen Geschichte. Er studierte in den sechziger Jahren in Paris orientalische Theologie. Es war eine aufregende und bewegte Zeit. Er genoss großes Interesse an philosophischen Themen. Petzold begann auf Grund seiner persönlichen Probleme eine psychoanalytische Therapie, die im Freudschen Couch-Setting stattfand. Er brach sie ab. Dabei lernte er den freien Analytiker *Vladimir N. Iljine* kennen, der als russischer Immigrant über Budapest einreiste und therapeutisch tätig war. *Iljine* war ein Schüler von *Sander Ferenczis*. *Ferenczis* hat als Psychoanalytiker das Couch-Setting aufgelöst und entwickelte die 'elastische Psychoanalyse'. *Ferenczis* ging davon aus, dass bereits die Versprachlichung die erste Hürde für den Klienten darstellt. (*Schuch zit. in Petzold 2001 S. 170*).

Als Verfahren und Modelle haben den Integrativen Ansatz beeinflusst, die elastische Psychoanalyse (*Ferenczi*), das Psychodrama (*Moreno*), die Gestalttherapie (*Perls*), die Leibtherapie (*Petzold*) und behaviorale Ansätze (*Petzold*) (*Ebert 2004*).

Dabei sieht sich die Integrative Therapie nicht als „Sammelsurium“ verschiedener therapeutischer Verfahren, sondern grundsätzlich werden neue Erkenntnisse z.B. aus der Neurophysiologie berücksichtigt, überarbeitet, kritisiert und auch abgelehnt. Neues wird aufgenommen, wenn es in das Theoriegebäude integriert werden kann. Die philosophischen Ansätze, Phänomenologie und Strukturalismus (*Merleau-Ponty*), Leibphilosophie (*Marcel*), Hermeneutik (*Ricoeur*), Diskursanalyse (*Foucault*), Dekonstruktivismus (*Derrida*) und Ethik

(Levinas), auf die sich der Integrative Ansatz gründet, werden „metahermeneutisch und von einer ‚Integrativen philosophischen Anthropologie‘ verbunden, die den Menschen genderbewusst als Mann und Frau, als ko-kreative, schöpferische Wesen im Kontext und Kontinuum versteht und begreift. Außerdem werden „bio- und neurowissenschaftliche, sozialwissenschaftliche und psychologische wissenschaftliche Forschungen, Theorien und Konzeptualisierungen“ einbezogen sowie „Positionen und Verfahrensweisen mit den Neuerungen aus den Bereichen der empirischen Psychologie und den Neurowissenschaften“ abgeglichen (Ebert 2004 S. 181). Dadurch kommt es zu einem „biopsychosozialen Modell“ (Petzold 2001- a zit. in Ebert 2004 S. 181).

Der Mensch wird in der Integrativen Therapie „als ein wesensmäßiger Koexistierender, als ein Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum“ als „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ betrachtet, der von „bewussten und unbewussten Strebungen bestimmt ist“. Er steht in „fundamentaler Ko-respondenz mit der Welt und den Mitmenschen“ (Petzold 1991 e zit. in Petzold 1996 S. 19).

Aus diesem umfassenden Menschenbild ergibt sich für die therapeutische Praxis, dass nicht nur Psychotherapie umgesetzt werden kann, sondern dass der „Körper“ durch bewegungs-, entspannungs- und kreativtherapeutische Ansätze mit einbezogen werden muss, weiter, dass die „Seele“, d.h. „motivationale, emotionales und volitives Geschehen durch psychotherapeutische Methoden behandelt wird“ und dass für die Einflüsse des „Geistes“ meditative Pfade oder das („sokratische) Sinngespräch“ aufgenommen werden. Dadurch werden für die Ausdehnung Kontext und Kontinuum in der Behandlung sozialer Schwierigkeiten sozio-, familien- und netzwerktherapeutische Ansätze angewandt und bei „(mikro-) ökologischen Problemen werden familientherapeutische Strategien und Interventionen des *ecological modelling*“ benutzt.

Der Leib ist die zentrale Möglichkeit der Wahrnehmung und des Ausdrucks. Er steht zu allen Anliegen der „Welt, die in das

Bewusstseinsfeld treten oder im Handlungsspielraum liegen, in einer kreativen Bezogenheit“. Da der Mensch ein „wesensmäßig Koexistierender und Gestaltender“ ist, spricht die Integrative Therapie von der „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Petzold, Orth 1993 zit. in 1996 S. 19).

Der Mensch schafft Welt intersubjektiv und versorgt sie mit Bedeutung. Die Welt ist die sinnliche Schöpfung (Petzold 1996).

Die Persönlichkeit ist in ihrer Entwicklung interaktional bestimmt, da der Mensch als wesensmäßig Ko-existierender und Bezogener betrachtet wird. Deshalb stützt sich das Verfahren der Integrativen Therapie „auf interaktionistische und sozialisationstheoretische Konzepte der Persönlichkeitsentwicklung“ und richtet sich besonders nach der modernen Baby- und Kleinkindforschung aus. „Mensch wird man durch den Mitmenschen, Person durch Interaktionsprozesse, durch Ko-respondenz“. Dieser Grundsatz gilt für die gesamte Lebensspanne (Petzold 1993- a zit. in Petzold 1996 S. 19).

Das Persönlichkeitsmodelle der Integrativen Therapie hat drei Instanzen: SELBST – ICH - IDENTITÄT . Es versteht sich als ein erlebnistheoretisch, phänomenologisches Modell. Das SELBST innerhalb des Modells als Basis der Persönlichkeit, umfasst den gesamten Horizont von uns, lebendig, leiblich und unterliegt der ständigen Entwicklung. Eine Funktion des SELBST stellt das ICH dar. Das ICH „ist gerichtet und besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität“ Es ist fähig zur Reflexion im „aktuellen Lebenskontext und des biographischen Lebensvollzugs“. Die IDENTITÄT entsteht aus „Selbst- und Fremdattribution und deren kognitiven Einschätzungen und emotionalen Bewertungen“ (Ebert 2004 S. 191).

Das Modell der Integrativen Therapie wurde verglichen mit dem psychoanalytischen welches ebenfalls aus drei Instanzen besteht: ES – ICH – ÜBER ICH. Das psychoanalytische Modell ist ein Konfliktmodell, Modell des Gegeneinander (Konvention versus Sexualität), d.h. das ICH verteidigt die Treibenergien des ES gegenüber den Erwartungshaltungen und Wertvorstellungen des ÜBER ICHs. (Schuch zit. in Petzold 2001)

Als Symbol der integrativen Orientierung steht die „heraklitische Spirale“. Sie verdeutlicht die Ausrichtung des „panta rhei“ (alles fließt) (Ebert 2004 S. 174) und versteht therapeutische Arbeit als eine gemeinsame phänomenologisch-hermeneutische Suchbewegung, einen gemeinschaftlichen Prozess neurowissenschaftlich fundierten, „komplexen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002 zit. in Ebert 2004 S. 174).

Die Integrative Therapie als „Metamodell angewandter Anthropologie und Erkenntnistheorie ist als Humantherapie einer ‚asklepiadischen Therapeutik‘ verpflichtet, d.h. sie versteht sich ...als Verbindung von Heilkunst, Gesundheitsförderung und Kulturarbeit, die darauf gerichtet ist, der Partikularisierung, Entfremdung, Verdrängung und Kolonialisierung des Menschen in seiner Lebenswelt zu begegnen“ (Petzold 1996 S. 18).

Als ein Verfahren klinischer Therapie ist die Integrative Therapie „an der ‚Entwicklungspsychologie der Lebensspanne‘ orientiert und vertritt einen schulenübergreifenden, differentiellen und methodenintegrativen Ansatz. Dieser verbindet auf der Grundlage vergleichbarer Psychotherapieforschung und metahermeneutischer Konzeptbildung tiefenpsychologisches Denken, sozialwissenschaftliche Reflexion, kognitions-, emotions- und handlungstheoretische Überlegungen zu einer ‚hinreichend konsistenten‘ klinischen Theorie“ (Petzold 1996 S. 18).

Die Integrative Therapie „als differentielle klinische Praxeologie...hat zum Ziel, den Menschen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Ganzheit und mit seinem Lebenskontext/Kontinuum durch theoriegeleitetes, forschungsbasiertes und indikationsspezifisches Vorgehen im Rahmen einer ko-respondierenden und kooperativen therapeutischen Beziehung zu behandeln, um die beschädigte Gesundheit und Identität wieder herzustellen, die Entwicklung der Persönlichkeit zu fördern, bei der Bewältigung von irreversiblen Schädigungen Copinghilfen oder palliative Stützung zu geben“ (Petzold 1996 S. 18).

Der Ansatz verfügt über eine große Bandbreite von Methoden, Behandlungstechniken und Medien, die indikationsspezifisch und

prozessorientiert eingesetzt werden. Die Grundlage für die Heilung bildet eine „tragfähige, empathische, therapeutische Beziehung“ (*Petzold 1996 S. 21*).

2. Das Konzept der integrativen Emotionstheorie

„Emotionen bestimmen den Weltbezug des Menschen, sein Verhalten in Situationen und Interaktionen“ (Petzold 1993 S. 790).

Ein zentrales Moment für die Ausbildung der Persönlichkeit (z.B. ihres Grundvertrauens, dem Selbstwert- und Lebensgefühl) stellt die emotionale Interaktion zwischen dem Säugling, seinen Bezugspersonen und „seiner Welt“, die emotionale Kultur, in der es aufwächst“ (Petzold 1993 S. 789) bis in die späte Kindheit dar.

In der Integrativen Therapie werden Emotionen grundlegend auf das Konzept der ‚wechselseitigen Empathie‘, zentrierten Praxis und ihrer konsequenten entwicklungspsychologischen Orientierung“ (Petzold 1986- e in 1993 S. 791) betrachtet.

Die Emotionstheorie geht davon aus, dass Emotionen genetisch angelegt und über die gesamte Lebensspanne sowie unter Merkmale von „sozioökologischen Einflussgrößen“ alterstypisch und „kontextbedingt ausgeprägt und getönt“ werden (Petzold 1993 S. 800). Beständig ausgebildet über die gesamte Lebensspanne werden „neue Gefühle und Gefühlstönungen in spezifischen sozialen Kontexten mit jeweils besonderen Bewertungen von Emotionen“ (Petzold 1993 S. 802).

Für zentral gehalten und für die Integrative Therapie ergänzt wurden zu den zehn von Izard (Petzold 1993 S. 801) herausgearbeiteten Grundemotionen, die beiden basalen Emotionen Grundvertrauen/Geborgenheit und Selbstgefühl. Petzold betrachtet kritisch die Beschränkung auf zehn primäre Gefühle (Petzold 1993).

Das ‚emotionale Klima‘ der „primären Bezugsgruppe“, besonders in den Entwicklungsabschnitten der ersten Lebensjahre, müssen einen „guten Nährboden“ bereitstellen, damit sich eine Persönlichkeit mit „einer reichen differenzierten Emotionalität“ entwickeln kann (Petzold 1993).

Gefühle beeinflussen die Psyche, sie wirken als „Erregungszustände im Somatischen“, dieses ist „subjektiv“. Das Psychische ist „intentional emotiv“. Es ist auf Gegenstände, Personen, Sachverhalte

gerichtet, die mit Gefühl besetzt sind. Es ist attributiv. Qualitäten und Bewertungen werden zugeschrieben, die „gefühlsgetönt“ sind. In „gefühlsgesteuerter Weise“ ist das Psychische kommunikativ (Petzold 1993 S. 795).

Im Bereich des Geistigen wirken ebenfalls Emotionen hinein. „Wo immer das Geistige wertend ist, sind Gefühle mit im Spiel“ (Petzold 1993 S. 796).

Für die „Interpretation von wahrgenommener Wirklichkeit“ sind Gefühle unerlässlich (Petzold 1993 S. 796).

Bei der Entstehung von Erkrankungen spielen „das Scheitern emotionaler Sozialisation im Sinne ‘emotionaler Differenzierungsarbeit’, das Fehlen ko-emotiver Resonanzen und der Mangel an ‘emotionaler Sicherheit’ und ‘emotionaler Nahrung’“ eine entscheidende Rolle (Petzold 1993 S. 793).

Emotionen sind „kulturspezifisch“ angepasst (Averill 1980 in Petzold 1993 S. 799). Dabei ergänzen sich Makro- und Mikroinflüsse.

Für die psychotherapeutische Arbeit ist es wichtig zu beachten, welche Emotionen im „gesellschaftlichen Rahmen, in der Schicht oder Subkultur, in der familiären Tradition und in aktuellen Lebenskontexten....., wie ausgedrückt und bewertet werden...“ (Flick 1992 in Petzold 1993 S. 816).

Zwischen Menschen spielen sich Emotionen ab, sie sind ko-respondierend. Petzold resümiert, dass „bei gezielter Beeinflussung von Emotionen“ in der Psycho-, und Soziotherapie, bei der Beratung oder agogischen Maßnahmen, „immer eine kritische Reflexion auf den gesellschaftlichen Kontext der Gefühle, um die es geht, auf die Funktion von Emotionen und darauf, wer von den Emotionen profitiert“, erfolgen muss (Petzold 1993 S. 806).

Da diese Arbeit das Thema „Emotionen im sozialen Kontext“ behandelt, soll an dieser Stelle beziehungsweise auf diesen Schwerpunkt, eine der Definitionen von Petzold zitiert werden. Die weiteren Definitionen sind nachzulesen unter:

Petzold, H.G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 2 Paderborn: Junfermann, 1993, S. 808-809

„Emotionen werden in 'kollektiver emotionaler Differenzierungsarbeit' im Rahmen von kulturellen und zivilisatorischen Formierungsprozessen (Elias) ausgeprägt, gewertet, gefördert oder eingeschränkt, ganz wie es die Bedürfnisse des jeweiligen gesellschaftlichen Systems erforderlich machen. So werden dann auf diesem Hintergrund gesellschaftlicher Traditionen, Bewertungen, Atmosphären, 'sozioemotionaler Makroklimata' , 'Grundemotionen' im Verlaufe der Biographie enkulturiert und sozialisiert, wobei 'komplexe Emotionen' mit spezifischer subjektiver Charakteristik entstehen. Die Familie mit ihrer spezifischen 'emotionalen Kultur' als primäre Sozialisationsinstanz und das nähere soziale Netzwerk mit den für sie kennzeichnenden emotionalen Stilen und 'positiven emotionalen Mikroklimata' tragen in diesen Prozessen dazu bei, dass die Grundemotionen und komplexen Emotionen gesellschaftsspezifische Tönungen und Intensitäten erhalten.“

2.1 Das Konzept des Sozialen Atoms/Soziales Netzwerk

Für Petzold war *Jacob Moreno*, der Begründer des Psychodramas und der netzwerktheoretischen Betrachtungsweise, wichtig. Auf Grund der politischen Situation entwickelte *Moreno* aus der Form des Straßentheaters das Psychodrama. Dabei steht im Mittelpunkt die Beziehung der Gruppenteilnehmer untereinander (soziometrisch) sowie die Form der Gruppenaufstellung.

Die Methode des `Sozialen Atoms` hat Petzold aus dem Psychodrama übernommen (*Protokoll SSG 18 Thema: Integrative Modelle, W. Schuch*)

Die Menschen existieren in sozialen Gemeinschaften. „Die soziale Gruppe als Sozialisationsinstanz wird zu einer `Matrix` personaler Identität“ (*Moreno, Petzold, Mathias zit. in Petzold 1993 S. 871*). Das Prinzip gilt für die gesamte Lebensspanne.

Die Identität wird nachhaltig bestimmt von den sozialen Beziehungen, dem Sozialen Netzwerk. Das sind Menschen, die wichtig sind, die eine Bedeutung haben, mit denen zusammen gelebt und gearbeitet wird, auf die man sich verlassen kann, wo man gegenseitig für einander da ist. Aber auch Menschen, die feindselig und schädend jemanden gegenüber stehen, gehören dazu. (*Petzold 1996*).

Gesunde Netzwerke können den Menschen Wirkungskreise bereitstellen, in denen ihre Potentiale gefördert werden, wo sie sich zu starken Persönlichkeiten entwickeln und in denen sie sich lebenslang wohlfühlen (*Petzold 1993*).

Die Menschen werden krank, wenn Beziehungen destruktiv sind und zu „reichen, resonanzfähigen Persönlichkeiten“ entwickeln sie sich, wenn sie „aufbauende, nährnde Beziehungserfahrungen in ihrem primären Sozialisationsumfeld machen können (*Petzold, Orth 1996 S. 117*). In Gruppen in denen ein lebloses, eisiges und aggressives Klima herrscht, verkümmern Menschen (*Petzold 1993*).

Untersucht werden die Netzwerke nach familiären, freundschaftlichen, nachbarschaftlichen, interessenorientierten und institutionellen Bezügen. In der Darstellung eines Sozialen Atoms geht es nicht nur um gegenwärtig vorhandene Netzwerke, sondern aus der Erinnerung heraus auch um frühere. Daraus wird ersichtlich, welche emotionalen Qualitäten und Atmosphären gefehlt haben, gestört oder gut waren. (*Petzold 1993*).

Die 'social world' bezieht sich im Unterscheid zum Sozialen Netzwerk vorwiegend auf die Beschreibung von Relationen. Es handelt sich hierbei um eine „Interpretationsgemeinschaft“. Die Menschen fühlen sich in gleicher Weise miteinander verbunden, durch Werte, Gefühle, Traditionen, usw. (*Petzold 1993 S. 877*).

Die Beständigkeit des Sozialen Netzwerkes und die Konsistenz der 'social world' sind von Bedeutung für die Stabilität der Persönlichkeit und für deren Kompetenzen und Performanzen (*Petzold 1993 S. 1281*).

Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht in risikoreichen Netzwerken. Ein Sozialsystem mit wenig 'social support' begünstigt eine Suchtentwicklung, z.B. Individualisierung, Abnahme des Verpflichtungscharakters in der Familie bei gleichzeitig zunehmenden Erwartungsdruck an Beziehungsgemeinschaften, kein verlässliches Rollenspiel in der Familie, Zerfall verbindlicher normativer Leitbilder und Werte, fehlende Leitbilder und Wertesysteme, fehlende Orientierungs- und Entscheidungshilfen (*Kalkum 2003*).

Ein Mangel an protektiven und fördernden Faktoren sowie an tragenden Netzwerken führt dazu, dass die anstehenden Entwicklungsaufgaben nicht gut bewältigt werden und Defizite in der Persönlichkeitsreife entstehen können (*Kalkum 2003 S. 173*).

3. Die Definitionen der Grundbegriffe

3.1 Emotion

„Emotionen sind körperlich-seelische Reaktionen, die durch ein Umweltereignis aufgenommen, verarbeitet, klassifiziert und interpretiert wird, wobei eine Bewertung stattfindet“ (Hülshoff 2001 S. 14).

Die Emotion hat zunächst eine körperlich-vegetative Seite. Nämlich, die Verarbeitung eines Reizes wirkt sich auf das vegetative Nervensystem sowie auf verschiedene Organsysteme aus. Parallel wirkt sich Emotion auf die Motorik aus. Sie ist ein erlebter Zustand, oder eine Stimmung, die von dem, der sie empfindet, beschrieben werden kann. Teilweise können die Hintergründe für eine Emotion bewusst gemacht werden, so dass sie zum Teil steuerbar sind (Hülshoff 2001).

Was der Mensch an Emotionen wahrnimmt, bewertet er (Hülshoff 2001).

Antonio R. Damasio (2002 S. 68) definiert den Begriff Emotion wie nachfolgend zitiert:

„Emotionen sind komplizierte Bündel von chemischen und neuronalen Reaktionen, die ein Muster bilden...“ Die Aufgabe von Emotionen besteht darin, dem Organismus zu helfen, sich am Leben zu erhalten.

Emotionen hängen von Hirnstrukturen ab.

Alle Mechanismen, die Emotionen hervorbringen, können ohne bewusste Auslösung erfolgen.

„Die Vielfalt der emotionalen Reaktionen ist für tiefgreifende Veränderungen der Landschaft des Körpers und des Gehirns verantwortlich.“

Emotionen können in drei Kategorien eingeteilt werden:

Primäre Emotionen lassen sich an Menschen aller Kulturen feststellen, z.B. Furch, Wut, Ekel, Überraschung, Traurigkeit, Glück.

Zu den sozialen Emotionen gehören Mitgefühl, Verlegenheit, Scham, Schuldgefühle, Stolz, Eifersucht, Neid, Dankbarkeit, Bewunderung, Entrüstung, Verachtung.

Hintergrundemotionen werden bei einem Gegenüber gespürt (Angespanntheit, Nervosität etc.), ohne dass gesprochen worden ist (*Damasio 2003 S. 55*).

Alle Menschen verfügen über Emotionen und jeder weiß, dass seine Mitmenschen ebenfalls Emotionen haben. Die Wirkungen die Emotionen auslösen, sind abhängig von den Gefühlen, die durch diese Emotionen hervorgerufen werden. Das Bewusstsein bedarf die vollständige Wirkung der Emotion. Der Mensch kann ständig seine Emotionen fühlen und weiß auch warum (*Damasio 2003*).

Durch „assoziatives Lernen“ werden Emotionen und Gedanken zu einem „wechselseitigen komplexen Netz“ verknüpft. Durch bestimmte Gedanken werden bestimmte Emotionen wechselseitig hervorgerufen. Daher stehen die Ebenen der kognitiven und der emotionalen Verarbeitung in ständiger Verbindung (*Damasio 2003 S. 88*).

Emotionen sind überwiegend für andere sichtbar. Sie offenbaren sich im Gesicht, in der Stimme sowie in den Verhaltensweisen (*Damasio 2003*).

Damasio vertritt die Auffassung, „dass das Bewusstsein wie auch die Emotion dem Überleben des Organismus dient und tief in der Repräsentation des Körpers wurzelt“ (*Damasio 2002 S. 52*). Ist das Bewusstsein aufgehoben, dann ist auch die Emotion aufgehoben. Ekel, Furcht, Glück, Trauer, Mitgefühl und Scham, die eigentlichen Emotionen, wenden Gefahren ab und helfen dem Körper „günstige Gelegenheiten“ zu nutzen und halten indirekt soziale Beziehungen aufrecht (*Damasio 2003 S. 51*).

Häufig sind wir uns des Auslösers einer Emotion nicht bewusst.

Emotionen werden bewertet, mit der menschlichen Vorstellung von „Gut und Böse“ (*Damasio 2002*). Immer sind sie gegenwärtig, wenn der Mensch über sich selbst und über seine Umgebung nachdenkt.

Im engeren Sinne sind Emotionen Äußerlichkeiten (*Damasio 2003*).

Die verschiedenen Kulturen prägen was den adäquaten Auslöser einer Emotion darstellt sowie einige Aspekte des emotionalen Ausdrucks und des weiteren, „die Kognition und das Verhalten, die auf die Manifestation einer Emotion folgen“ (*Damasio 2002 S. 75*).

Beim Auftreten von seelischen oder psychosozialen Krisen und zum Teil auch bei körperlich bedingten Erkrankungen kann es zu schweren emotionalen Störungen kommen. Abhängigkeitserkrankungen sind in der Regel mit erheblichen emotionalen Schwierigkeiten verbunden (*Hülshoff 2001*).

3.2. Gefühl

Gefühle sind immer verborgen, sie sind nach innen gerichtet. Sie treten im Geiste in Erscheinung, die Emotionen stehen auf dem Podium des Körpers. In den Lebensgeschichten gehen Emotionen den Gefühlen voraus. Sie bilden die Grundlage für die Gefühle. Die Evolution hat als aller erstes die Emotion und anschließend die Gefühle hervorgebracht. Die Emotion ist zuständig für das Überleben des Organismus und konnte dadurch in der Evolution leichter bestehen. Gefühl und Emotion sind eng miteinander verknüpft, deshalb werden sie meist als eine Einheit wahrgenommen (*Damasio 2003*).

Gefühle stellen die Grundlage vieler Verhaltensweisen, „sozialer Signale, innerer (vegetativer) Zustände und affektiv-kognitiver Bewusstseinsphänomene“ dar (*Hülshoff 2001 S. 32*).

Es muss Bewusstsein vorhanden sein, wenn Gefühle das „Subjekt über das unmittelbare Hier und Jetzt hinaus beeinflussen (*Damasio 2002 S. 51*). Das Bewusstsein macht „Gefühle der Erkenntnis zugänglich und unterstützt damit die innere Wirkung von Emotionen“ (*Damasio 2002 S. 74*). Das Bewusstsein ermöglicht jedem Objekt erkannt zu werden (*Damasio 2003*).

Es ist unter normalen Bedingungen nicht erkennbar, in welcher Reihenfolge sich Emotionen, Gefühle und dazugehörige Gedanken einstellen. Mehr Emotion ruft mehr Gefühl hervor (*Damasio 2003*).

Für die „Interpretation wahrgenommener Wirklichkeit“ sind Gefühle unentbehrlich (*Petzold 1993 S. 796*).

Petzold (*1996 S. 822*) definiert Gefühl als ein „situationsspezifisches, längerandauerndes, unbewusstes bis bewusstes emotionales Erleben, auf der Grundlage von eigenleiblich wahrgenommenen, gespürten Regungen und Empfindungen, wobei der Begriff ‚Gefühl‘ das

Zusammenlaufen unterschiedlicher Strömungen oder Komponenten beinhaltet“.

Gefühle können Menschen berühren, ergreifen, bewegen, erschüttern und „verlangen eine ko-emotive Resonanz“ (*Petzold 1993, S. 860*).

Es gibt angemessene und unangemessene Gefühle, keine „guten“ oder „schlechten“ (*Hülshoff 2001*).

Das Mitgefühl, die Empathie, stellt eine wichtige Voraussetzung für dauerhafte und tragende soziale Beziehungen dar. Nur wer die eigenen Gefühle bewusst erleben kann, ist in der Lage, sich in die Stimmungen seiner Mitmenschen hineinzusetzen. (*Hülshoff 2001*).

4. Die Herausbildung von Emotionen in der Lebensspanne

4.1 Im Säuglingsalter

Erst nach der Geburt treten die einzelnen Emotionen in Erscheinung. Nach Forschungsergebnissen werden die Emotionen Furcht, Neugierde, Ärger, Kummer und Freude ab dem 3. Lebensmonat sichtbar (*Petzold 1992 a in Osten 2000 S. 112*). Die wichtigsten Emotionen sind im zweiten Lebensjahr ausgebildet, alle diskreten Emotionen sind erst beim drei- bis vierjährigen Kind vorhanden (*Osten 2000*).

Kognitive Fähigkeiten sind die Voraussetzung für die Entwicklung von Emotionen. Das Kind ist dabei auf Resonanz angewiesen. Die Herausbildung von Grundstimmung und Lebensgefühl ist in die soziale Situation eingebettet. Im 6. Lebensmonat beginnt die Ausbildung einer „Daseinsgewissheit und eines Selbstgefühls“ und ab dem 18.-24. Monat endet es in die „Entwicklung eines Selbstwertgefühls“ (*Petzold 1992 a in Osten 2000 S. 113*).

Auf Grund der Sozialisation beginnen ab dem 12. Lebensmonat, erstreckend über die gesamte Lebensspanne, sich die Emotionen auszudifferenzieren. Durch Selbst- und Fremdattributionen entsteht ein Gefühl für sich selbst. Die exzentrische Position zum eigenen Gefühl entwickelt sich über „hochdifferenzierte“ Lernvorgänge (*Osten 2000 S. 113*).

Sein gesamtes Weltbild teilt der Säugling in den ersten Monaten in zwei Kategorien ein. Zur „Alles-gut-Welt“ werden die Erfahrungen wie Situationen von angenehmer Wärme, Trinken, Essen, Geborgenheit und Behaglichkeit. In einer „Alles-schlecht-Welt“ treffen z.B. Situationen von Kälte, Hunger, Nassliegen, Geräusche, Einsamkeit zusammen. Im Laufe der Zeit werden durch Differenzierungsprozesse die Unterschiede wahrnehmbar (*Ciampi 1997 S. 50*).

Durch Pflegepersonen werden im Säuglings- und Kleinkindalter die emotionalen Reaktionen gelenkt. Die Berührung ist hierbei der intensivste Kontakt. Die emotionale Vermittlung erfolgt in dieser Altersspanne über Hände, Gesicht und Stimme, später auch über Körperhaltung (*Osten 2000*).

Zu Störungen der emotionalen Perzeptivität und Expressivität führen „Defizite an Bindungsangeboten, an Zuwendung, an positiver emotionaler, sensorischer und motorischer Stimulation sowie an sozialen und explorativen Anregungen, prolongierte emotionale Frustrationen, Enttäuschungen, Traumatisierungen und Konflikte“ (*Osten 2000 S. 115*). Das alles verfestigt sich auch leiblich.

In der Altersspanne wird der Emotionsausdruck, abhängig von der jeweiligen Kultur sowie vom Kontext, Gegenstand (*Osten 2000*).

4.2. Im Kleinkindalter

Scham- und Schuldgefühle treten als Letzte der basalen Emotionen zu Beginn des dritten Lebensjahres auf. Sie lassen stark mit sozialen Auslösern verbinden (*Osten 2000*).

Die Kinder können Fremdperspektiven und sich selber besser in den Blick nehmen. Sie beginnen, über Konsequenzen für ihr Handeln nachzudenken (*Osten 2000*).

Alle diskreten Emotionen sind so weit vorhanden, dass Gefühle, Gedanken und soziales Handeln stattfinden können. Das Kind kann auf Grund seiner Erfahrungen Bewertungen vornehmen, kann diese zuordnen und dadurch seine Identität stabilisieren (*Petzold/Orth 1993 a in Osten 2000 S. 222*). Verschieden vorhandene Wünsche von Mutter und Kind kann es wahrnehmen. Das Kind ist in der Lage, die Gefühle von anderen zu erschließen (*Osten 2000*).

Das Gefühl der eigenen Subjektivität baut sich weiter auf. Durch die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme entsteht Exzentrizität gegenüber dem eigenen Willen. Das Kind ist nun in der Lage zu entscheiden, ob es den eigenen Willen durchsetzt, ob es Nachteile befürchten muss oder ob es aufgibt (*Osten 2000*).

In der Familie erlebte Umgang mit Gefühlen ist für das heranwachsende Kind von Bedeutung (*Hülshoff 2001*).

Schulkinder müssen sich auf zwei Ebenen bewähren. Einmal wird von ihnen Schulleistung erwartet und zum anderen müssen sie sich in die Gruppe von Gleichaltrigen sozial einordnen. Eltern haben ihre Erwartungen und Wünsche. Es kann mit Enttäuschungen einher gehen, die Kinder so zu nehmen, wie sie sind. Manchmal werden für die Eltern schmerzhaft oder sehnsüchtige Wünsche evoziert, die ausgehalten werden müssen (*Hülshoff 2001*).

4.3. Emotionen in der Pubertät

Mit zunehmenden Alter orientieren sich die Jugendlichen bezüglich ihren verkörperten weiblichen und männlichen Rollen an Idolen, und Vorbildern der Umwelt (*Hülshoff 2001*).

Unterschiedliche Bedürfnisse, neue Entwicklungsaufgaben sowie nicht immer angemessene Reaktionen im sozialen Umfeld führen in der Pubertät zu emotionalen Krisen, die durch die körperlichen und hormonellen Veränderungen beeinflusst werden (*Hülshoff 2001*).

„Nicht die emotionale Krise in der Pubertät, sondern ihr Ausbleiben ist bedenklich“ (*Hülshoff 2001 S. 218*).

Emotionale Erregbarkeit, Labilität und Stimmungsschwankungen bestimmen die Phase der Vorpubertät. Es wechseln sich Entzückung und Begeisterung mit Unlust und Niedergeschlagenheit ab. Die emotionale Verletzbarkeit zeigt sich im „narzisstischen Selbstgefühl, Stolz, Eitelkeit, im Wechsel mit Erschütterungen der Selbstsicherheit und Aggressionen“ (*Wurmser 1990 in Osten 2000 S. 256*).

Es folgt eine Vertiefung der Gefühle. Sehnsucht, Leidenschaft und Begeisterung ersetzen das Gefühl der Wehrlosigkeit. Die Jugendlichen hegen den Wunsch, etwas Besonderes darzustellen. Es bestehen aber Zweifel in ihrer Selbsteinschätzung. Sie sind leicht verletzbar und reizbar gegenüber Kritik (*Hülshoff 2001*).

In dem Bemühen um Integration ihrer neu entwickelten Emotionalität entwickeln Jugendliche mitunter Ausdrucksformen, von denen sie annehmen sie sind adäquat. Sie versuchen z.B. „cool“ zu wirken. Dabei stoßen die Jugendlichen auf Schwierigkeiten mit ihrer Umwelt. Zunächst werden wenig Möglichkeiten gefunden, die erlebten Gefühle stimmig und authentisch auszudrücken (*Hülshoff 2001*).

Mädchen sind in ihrer Selbstwahrnehmung unzufriedener mit ihren Körper als Jungen. Die Gründe sind gesellschaftlich

nachvollziehbarer. Dadurch besteht die Gefahr, den Selbstwert mit dem Aussehen zu verwechseln (*Osten 2000*).

Bei den Mädchen besteht nach Eintritt der Menarche eine Neigung zur Schwermut, Sentimentalität, Scham und zu depressiven Sinnfragen (*Osten 2000*). Eine Verbundenheit für das Draufgängerische, für Schwärmereien und Verehrung wechseln mit Phasen von Sentimentalität. Eine erhöhte innere Verletzbarkeit korrespondiert mit einer Kühle nach außen (*Osten 2000*).

Sozialrelevante Aufgaben in der Pubertät bestehen darin, Werte und Überzeugungen als Linie für das eigene Verhalten zu erwerben, eine eigene Weltanschauung zu entwickeln sowie verantwortungsvolles Verhalten in der Gemeinschaft anzustreben. In dem Ablösungsprozess von der Herkunftsfamilie orientieren sich die Jugendlichen an Peer-Groups. Rollen im Sozialverband werden hier erprobt (*Hülshoff 2001*).

In ihrem Auftreten, ihrer Gestik, ihrem Habitus und der entsprechenden Musik finden Jugendliche eine Möglichkeit, sich mit den gesellschaftlichen Autoritäten auseinander zu setzen (*Hülshoff 2001*).

Auch illegaler Drogenkonsum unterliegt altersgruppenspezifischen Einflüssen. Eine entscheidende Rolle in der Aufrechterhaltung des emotionalen Gleichgewichtes können der gemeinsame Gebrauch von Drogen und die damit verbundenen emotionalen Erlebnisse spielen (*Hülshoff 2001*).

In der Spätphase der Pubertät wird die Richtlinie für den beruflichen und sozialen Status gelegt. Emotionale und soziale Schwierigkeiten, die nicht überwunden werden, können zu Problemen in der beruflichen Entwicklung führen (*Hülshoff 2001*).

In dem Erzielen einer gefühlsmäßigen Unabhängigkeit von den Eltern und von anderen Erwachsenen besteht eine wichtige Entwicklungsaufgabe (*Hülshoff 2001*).

Jugendliche haben in dieser Phase oft an sich selbst und der Welt idealistische Ansprüche, die meist nicht mit der Realität

übereinstimmen. Versagen sie vor sich selbst, dann kann dieses zu erheblichen Selbstwertkrisen führen (*Hülshoff 2001*).

5. Die Emotionen in der stationären Therapie von Alkoholkranken

5.1. Emotionen bei den Patienten

Nachfolgend soll auf Emotionen im Rahmen der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen eingegangen werden. Die Ausführungen stützen sich auf die Literatur: *Schneider, Ralf*. Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen – Eine Erfahrungsstudie aus einer Fachklinik.

Auf die Frage, wie Patienten sich gerade fühlen, wird inhaltsleer geantwortet: „Danke gut“. Auf der einen Seite bestehen Widerstände, die Aufmerksamkeit auf die eigenen Gefühle zu lenken aber andererseits ist die Möglichkeit, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken für viele nicht zugänglich.

Zu Beginn der stationären Therapie sind die Patienten wenig bei sich und den eigenen Gefühlen, sondern sich mit anderen Personen oder mit den äußeren Umständen abzulenken versuchen.

Findet der Therapeut einen emotionalen Zugang zum Patienten, so benennt er emotionale Auslöser, die mit seinem Trinken im Zusammenhang zu betrachten sind:

- Meist sind die Patienten über ihren persönlichen und sozialen Werdegang enttäuscht. Diese Gefühle sind meist verdrängt wurden.
- Ein „ungutes Gefühl“ dem eigenen Leben gegenüber. Oft ist damit ein Gefühl von Angst verbunden, den „Halt unter den Füßen zu verlieren“.
- Meist haben sie unter Angst gelebt, der Partner könnte sich auf Grund des Trinkens trennen.
- Es belastet das Gefühl, als Alkoholkranker seine Familie ausgenutzt und das Bild einer harmonischen Familie aufrecht erhalten zu haben.

- Der Verzicht auf Alkohol verstärkt das Empfinden von Einsamkeit. Auf diese Vielzahl von negativen Emotionen wird meist mit Selbstmitleid, Anstelle einer aktiven Auseinandersetzung, reagiert.

Zu Beginn einer stationären Therapie werden Rationalisierungen vorgetragen. Selten werden über eigene Fehler und Probleme thematisiert. Die Umwelt und die Mitmenschen werden als ungerecht und unverschämt bewertet.

Bezeichnend in den Therapien sind Patienten, die von Beginn an nur darüber reden, was sie zukünftig ändern wollen. Vermieden wird eine Bearbeitung der Vergangenheit. Durch Partnerschaften, die zu Mitpatienten dann eingegangen werden, sollen vergangene Einsamkeitsgefühle zugedeckt werden.

Nach den Erfahrungen des Autors der genannten Studie nehmen Patienten charakteristische Interaktionsrollen ein, die eine offene Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen verhindern sollen. Zum Beispiel, eine ständige Beschäftigung mit den Regeln im Klinikalltag.

Eine typische Rolle, die eingenommen wird, ist die des „besonders Freundlichen“. Dabei sind die Patienten bedacht, den vermuteten Wünschen des Therapeuten gerecht zu werden. Bei Konfrontationen regieren sie gegenüber dem therapeutischen Team in der Regel mit Beleidigungen.

Durch das Wahrnehmen der negativen Gefühle flaut die anfängliche Begeisterung für die Therapie ab. Im Vorfeld arbeiteten sie aktiv an Zielaufstellungen, Wege finden, Feststellen von Defiziten, bessere Selbstwahrnehmung, mit.

Bei Alkoholabhängigen bewirkt der Alkohol negative Emotionen, wie Depressionen, Ängste, negative Selbstwertgefühle, Schuld oder Aggression. Die Süchtigen täuschen sich bezüglich ihrer eigenen Vorhersagen positiver Stimmungen mit Hilfe von Alkohol. Die Begründung könnte hierfür sein, dass sie die realistisch auftretenden Emotionen der Selbstaufmerksamkeit zu entziehen versuchen.

Harsch (in *Schneider 1982 S. 166*) spricht von der „Abwehr der eigenen Gefühle als Schlüsselproblem der Abhängigkeit“.

5.2 Emotionen bei den Therapeuten

Für die Therapeuten gestaltet es sich schwierig, die Patienten, die ihnen hauptsächlich freundlich begegnen, mit ihren negativen Emotionen zu konfrontieren. Die Rolle als „anerkannte Autorität“ ist wohltutend.

Es ist kräftezehrend, Ablehnung von Patienten aushalten zu müssen, die sie bei Konfrontationen mit ihren negativen Emotionen entwickeln.

Wichtig ist es die eigenen Gefühle als Diagnostikinstrument zu nutzen, um zu überprüfen, in welche Rolle der Therapeut gedrängt wird. Gelingt es Therapeuten und auch den Patienten Vermeidungsmuster aufzulösen und sich mit den aufgetretenen Emotionen auseinander zu setzen, dann wird meist die Arbeitsbeziehung intensiver und entspannter.

Die Therapeuten könnten sich fragen, welche Emotionen entstehen in ihnen, wenn sie an einen betreuten Abhängigen denken.

Bestehende Vermeidungsmuster aufzulösen bedeutet, dass der Therapeut sich nicht in der ihm zugeschriebenen Rolle verhält und auf den Patienten mit seinen Emotionen eingeht. Darüber ist der Patient zunächst irritiert. *Beier* (in *Schneider 1982 S. 162*) nennt dies, eine „heilsame Unsicherheit“ zu erzeugen. Erst nach diesem Schritt würden ihm die Alternativen zu seinem bisherigen Umgang mit Gefühlen deutlich werden. Angerührt sind die Patienten, wenn sie erkennen, dass sie immer noch Strategien zur Emotionsvermeidung praktizieren.

5.3 Störungen der emotionalen Prozesses bei Alkoholabhängigen

Der Alkohol hat eine hohe Verfügbarkeit, so dass er häufig als Alternative bei negativen Emotionen gewählt werden kann. Beliebig kann die Dosierung bestimmt werden und eine Wirkung ist garantiert.

Nach einer in der verwendeten Literatur angegebenen Studie, wird resümiert, dass Alkoholranke weniger Selbstreflexion zeigen als z.B. orthopädische Patienten. Das Wahrnehmen der eigenen Emotionen wird vermieden. Durch das Fortschreiten des Krankheitsprozesses wird der Abhängige die Selbstbeobachtung und die Selbstwahrnehmung, insbesondere die Wahrnehmung aller, auch der positiven Emotionen, vermeiden.

Nach den Erfahrungen von *Schneider (1982)* kann der Patient zu Beginn der Suchtentwicklung in einer Ärgersituation sich noch frei für das Trinken entscheiden, aber er vermeidet am nächsten Tag seine Bewertung für diese Art von Bewältigung. In den späteren Phasen der Abhängigkeit kann er auch die Emotion, z.B. Wut zu haben, nicht mehr wahrnehmen.

Laut Aussagen von Patienten ist die chronische Alkoholphase mit dem Verlust des persönlichen Identitätsgefühl verbunden.

Nach *Schmidtobreick (in Schneider 1982 S. 172)* begehen 35% der Alkoholabhängigen einen Suizidversuch.

In der stationären Therapie ist es unerlässlich, den Prozess der Selbstbeobachtung und der emotionalen Selbstwahrnehmung wieder „anzuschubsen“.

Lazarus (in Schneider 1982 S. 174) stellt die Wahrnehmung von Gefühlen in einen direkten Zusammenhang mit dem Gegenüberstellen von Handlungsmöglichkeiten und Bewältigung (coping).

Durch die Wahrnehmung von Emotionen wird den Patienten häufig zum ersten Mal bewusst, dass sie durch das Trinken nicht nur die

Normen von anderen, sondern auch ihre eigenen verletzt haben. Durch das Erkennen von bestehenden Schuld- und Angstgefühlen kann dem Abhängigen deutlich werden, dass sein mühselig aufrechterhaltendes Selbstbild eines z.B. „guten Familienvaters“ lange nicht mehr mit der Realität übereinstimmt.

Schneider (1982) behauptet von vielen seiner stationär behandelten Patienten, dass die Gefühlswahrnehmung eine Voraussetzung für das Einleiten von Selbstregulation mit dem Ziel einer zufriedenen Abstinenz, darstellt.

Emotional kommt der Verzicht auf Alkohol für viele Abhängigen einem Trennungsprozess gleich.

Wichtige Schwerpunkte in der Behandlung von Alkoholabhängigen stellen dar, eigene Emotionen wahrzunehmen und erleben zu können sowie emotionales Erleben in die Selbstregulation zu überführen.

Das Ertragen unangenehmer Emotionen, wie Angst und Trauer, müssen von den Abhängigen gelernt werden. Von der Grundeinstellung her, wollen Süchtige das Unangenehme durch chemische Mittel beseitigen.

Besonders sprachlich gewandte, intellektuelle Alkoholranke benutzen das Reden über Emotionen zur Vermeidung von deren Erleben.

Für eine Arbeit an der emotionalen Erlebnisfähigkeit bei Abhängigen muss eine vertrauensvolle Atmosphäre gegeben sein.

6. Zweiter Weg der Heilung und Förderung

Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bieten unterschiedliche Zugänge, um Klienten zu heilen, zu fördern und Entwicklungen zu ermöglichen (*Ebert in Petzold 2004*).

Der zweite Weg beinhaltet die Nachsozialisation. Durch „korrigierende emotionale Erfahrungen“ sollen emotionale Defizite ausgeglichen werden (*Petzold 1993 S. 764*).

Zur Anwendung kommt dieser „Zweite Weg der Heilung und Förderung“ insbesondere bei Menschen, bei denen eine frühe Schädigung vorliegt, „d.h. mit prävalent pathogenen Milieus in den ersten beiden Lebensjahren“ (*Petzold 1993 S. 764*).

Die Klienten können in der therapeutischen Arbeit „emotional adoptiert werden und mütterliche Zärtlichkeit... oder väterliche Fürsorge und Versicherung erhalten“ (*Petzold 1993 S. 766*).

Das Ziel besteht in der „Restitution von Grundvertrauen“. Dies kann z.B. für Klienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit im Rahmen von therapeutischen Gemeinschaften erreicht werden (*Ebert in Petzold 2004 S. 212*).

7. Die Emotionen im sozialen Kontext

7.1 Emotionen und deren gesellschaftliche Bedeutung

Die lebenden Organismen sind mit der Fähigkeit ausgestattet, auf alle Ereignisse emotional reagieren zu können. Das Leben ist von natürlichen und automatisch ablaufenden Mechanismen der Homöostase reguliert, Triebe, Emotionen etc. (Ciompi 1988).

In der Psyche sind das Fühlen, Denken und Verhalten zu einem „untrennbaren Ganzen verschmolzen“. Durch die Stabilität der Gefühle ist die Psyche entsprechend der Realität funktionsfähig (Ciompi 1988 S. 20).

Wir Menschen können bis zu einem gewissen Punkt unsere Emotionen kontrollieren. Die Prozesse der Lebenssteuerung laufen entweder geradlinig ab oder sie geraten ins Stocken. Die normalen Gefühle zu verändern, ist durch übermäßigen Alkohol- und regelmäßigen Drogenkonsum möglich. Bei Suchtkranken sind deren Entscheidungsprozesse beeinträchtigt. Für sich und ihre Angehörigen treffen sie ungünstige Entscheidungen (Damasio 2003).

Damasio resümiert, dass die „Abwärtsspirale im Leben von Suchtkranken beginnt mit einer Verzerrung der Gefühle und der dadurch bedingten Beeinträchtigungen der Entscheidungsprozesse...“ Zustände von Freude werden durch die Einnahme von Drogen oder Medikamenten beeinträchtigt und spiegeln daher nicht die aktuelle Befindlichkeit des Körpers wider. Nach Nachlassung der Wirkungen verursachen Drogen depressive Verstimmungen und Traurigkeit. Bei regelmäßigen Gebrauch von Ecstasy treten Depressionen, durch Serotoninmangel, auf (Damasio 2003 S. 179).

Ein grundlegendes Kriterium von „Konstruktion sozialer Wirklichkeit“ sind die Emotionen (Ciompi 1997 S. 238).

Für ein normgerechtes Sozialverhalten ist die Intaktheit von Emotionen und Gefühlen notwendig. Für die Entwicklung der Begriffe „Gut“ und „Böse“ ist es erforderlich, dass die sozialen Emotionen und Gefühle richtig zur Entfaltung gelangen. Bevor die Gesellschaft Normen für soziales Verhalten festlegte, bildeten Gefühle bereits eine Grundlage moralischen Verhaltens (*Damasio 2003*).

Das Leben in unserer Gesellschaft soll um die Sorge, um die Wünsche und Gefühle der anderen mitbestimmt werden. Nicht das Eigene sollte primär im Vordergrund stehen (*Damasio 2003*). Nach *Damasio* haben die „Gefühle zur Formulierung der Ziele beigetragen, das Beste im Menschen definieren – anderen nicht zu schaden und sich für ihr Wohl einzusetzen“ (*Damasio 2003 S. 198*). Das Ausdruckgeben von Gefühlen ist wichtig, weil die Menschen die Ziele einer Gesellschaft mittragen. Sie unterstützen, Problem zu lösen, die Urteilsfähigkeit erfordern und an denen sich Entscheidungsprozesse anschließen (*Damasio 2003*).

Der Mensch ist bemüht, Einfluss auf Ereignisse zu nehmen, die Emotionen und Gefühle hervorrufen (*Damasio 2003*).

Gemäß *Ciampi* ist noch kein „ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Fühlen und Denken ... in der allgemeinen Bewusstseinsentwicklung des Menschen erreicht“. Dem Menschen und der Gesellschaft drohen „gefährliche Einseitigkeiten immer wieder entweder von unkontrollierten, irrationalen Gefühlswallungen, oder aber von überwuchernden Gefühlswallungen (*Ciampi 1988 S. 206*).

Die Menschen in der heutigen Zeit scheinen mehr zu erwarten, als „moralisches und gesetzestreu Verhalten, mehr als Befriedigung des Wunsches nach Liebe, Familie, Freundschaft und Gesundheit; mehr als die Belohnung, die ihnen Tüchtigkeit in einem selbst gewählten Beruf verschafft, mehr als Lustbefriedigung und Besitz, mehr als Identifizierung mit einem Land und der Menschheit insgesamt.“ (*Damasio 2003 S. 308*).

Diese Bedürfnisse variieren je nach soziokulturellen Hintergrund, nach Persönlichkeit und nach Interessenlage (*Ciampi 1988*).

Die Gefühle dirigieren zwischen Lust und Unlust zu Lösungen.

Wertebegriffe sind festgefahrene positive oder negative Gefühle, die nicht entstehen würden, bevor die kognitiven Überbegriffe (Familie, Staat etc.) entstanden sind. Über einstimmende Wertesysteme verfügen Menschen mit gleicher Vergangenheit und Herkunft. Sie werden von übergeordneten Kokons umhüllt. Wenn sich die Werte von Menschen anderer Herkunft unterscheiden, dann besteht die Gefahr, nicht aus dem eigenen Kokon herauszutreten (*Ciampi 1988*). In den Wertesystemen sind immer die kompletten Umweltbeziehungen und familiäre sowie soziale Einflüsse eingelagert (*Ciampi 1997*).

Die Denk- und Verhaltensweisen der Menschen sind stark zeit- und kulturabhängig. Zusätzlich zu unseren Wertesystemen sind weiter ausschlaggebend: Überzeugungen, soziale Vorurteile, Normvorstellungen, „Selbstverständlichkeiten“ (Kleidung, Schönheitsideale, Sprechweise) und alle kognitiven Befähigungen (*Ciampi 1997 S. 203*).

Körper und Gefühl stehen miteinander in enger Beziehung. Das Gefühl reagiert mit dem gesamten Körper darauf, ob man sich auf der „richtigen Fährte“ befindet (*Ciampi 1988 S. 289*). Wer eindringlich seine Umwelt wahrnimmt, der entwickelt eine Eingebung dafür, was stimmig ist. Dementsprechend wird kommuniziert und gehandelt.

Der Mensch muss ständig auf seine emotionalen Erfahrungen zurückblicken, damit er über seine Gefühle sprechen kann (*Ciampi 1997*).

Nicht auf empirische Daten gestützt ist die These von *Ciampi 1997*, dass das Zeigen von emotionalen Befindlichkeiten vertretbar geworden ist. Scham- und Peinlichkeitsschwellen seien gesunken.

Bei der erstmaligen Kontaktaufnahme mit einem anderen Menschen spielen kaum bewusstwerdende Feinwahrnehmungen und Sympathie oder Antipathie eine Rolle. Diese Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen kann das nachfolgende Verhältnis dauerhaft bestimmen (*Ciampi 1997*).

Gefühle von Sympathie und Antipathie lassen Solidargemeinschaften bilden. Unter dem Einfluss von Gruppenregeln besteht aber auch die

Gefahr des Abrutschen in emotional desaktualisierte Besonderlichkeiten (*Ciampi 1997*).

Bei der Herausbildung von sekundären Emotionen spielt die Gesellschaft eine größere Rolle als von primären. Scham- und Schuldgefühle treten erst in der späteren Entwicklung auf (*Damasio 2002*).

Die Gefühle, vor allem Freude und Traurigkeit, sollen in der Umwelt Bedingungen hervorrufen, die das Wohlbefinden der Gesellschaft fördern (*Damasio 2003*).

Zur Erstarrung gelangt der Mensch, wenn er keine Kritik bekommt. Zum „Leid, das vorwärtsbringt“, gehört die Kritik (*Ciampi 1997 S. 114*).

Spannungen im sozialen Umfeld haben Einflüsse auf plötzliche Änderungen im Fühlen, Denken und Verhalten. Bei psychische Spannungen besteht die Möglichkeit, mittels der vielen gut eingefahrenen Fühl-, Denk- und Verhaltensmustern, sie wieder gut abzubauen. Einen ungünstigen Einfluss auf die gesunde Entwicklung übt ein konfliktreiches Familienmilieu mit widerspruchsvollen-konfusen Kommunikationsmustern aus (*Ciampi 1997*).

Über die Generationen schaffen und erhalten Familienmythen soziale Kontinuität, Kohärenz sowie Identität und beeinflussen auch das Fühlen, Denken und Handeln (*Ciampi 1997*).

Damit Handlungen gesellschaftliche Funktionen erfüllen können, muss das Verhalten von vielen Menschen aufeinander abgestimmt sein (*Ciampi 1997*).

Der Mensch als soziales Wesen, als „Herdentier“; Glücksgefühle sind verbunden mit der Erfahrung von Dazugehörigkeit, in einem sozialen Ganzen eingebunden zu sein. Andererseits verursacht emotionalen Leiden soziale Vereinsamung. Gemeinschaftliches Verhalten entsteht z.B. bei einem sportlichen Höhepunkt oder einem anderen emotional besetzten Großanlass, wenn gemeinsame Gefühle und Gedanken vorhanden sind. Viel nachhaltiger, aber weniger sensationell, wiegen die Werte und Überzeugungen eines ethnischen Volkes. Zusammengehörigkeitsgefühle bewirken die Stärkung des

Selbstwertgefühls und erhöhen die Bereitschaft zur Übernahme von Funktionen (*Ciampi 1997*).

Emotionale Stimmig- und Unstimmigkeiten entscheiden über den Erfolg von Kommunikation im Alltag. Dies betrifft die berufliche-, die Freizeitliche- und die familiäre Situation (*Ciampi 1997*).

Mit einer schlaun Kommunikation verfügt man über unzählige Möglichkeiten, um die Kunden auf eine möglichst erfolgreiche „emotionale Wellenlänge“ einzustimmen. In der allgemeinen Werbung wird als emotionales „Zugpferd“ überwiegend die Sexualität benutzt. Ein großer Anteil an neuen Produkten beruht auf der Annahme, dass „schneller“ immer auch „besser“ bedeutet (*Ciampi 1997 S. 313*).

Geschehen in einer objektiven Zeitspanne viele Ereignisse, so haben wir das Gefühl, weniger Zeit zu haben. Der Mensch gelangt zu Gelassenheit, wenn er sich Zeit lässt (*Ciampi 1997*).

Auch im sozialen und politischen werden Angst, Wut, Hass, Verachtung, Abscheu etc. eingesetzt, um die Gegner bloßzustellen (*Ciampi 1997 S. 317*).

Dominante Menschen können ihre Machtstellungen auch missbrauchen, hierfür finden wir viele Beispiele in der Geschichte.

Ein normgerechtes Miteinander könnte darin bestehen, widersprüchliche Gefühle und Gedanken einfach zu akzeptieren und nach einführenden Abwägen im gegenseitigen verhandeln einen Konsens zu finden (*Ciampi 1997*).

Nach Golemann (1965 zit. in Hülshoff 2001 S. 65 f.) gliedert den Umgang mit Emotionen in fünf Bereiche:

- 1) Erkennen und Wahrnehmen der eigenen Emotionen
- 2) Lernen, mit Gefühlen angemessenen umzugehen
- 3) Emotionen „in den Dienst“ eines Ziels stellen, dies führt zu Kreativität und Selbstmotivation
- 4) Empathie
- 5) Pflege von Beziehungen, die immer emotional getönt sind

7.2 Emotionen und psychische Krankheiten

Die Häufigkeit und Schwere von psychischen Erkrankungen und von Suchtkrankheiten korreliert eindeutig mit der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht. Die Lebenserwartung von Armen ist zum Beispiel niedriger als die von gut situierten Menschen (*Hülshoff 2001*).

Emotionale Zustände lassen sich vom Alltag nicht scharf trennen. Depressionen können von Schuldgefühlen, Aggressionen oder Ängsten mitbestimmt sein (*Hülshoff 2001*).

Bei Auftreten von schweren Krankheiten oder anderen einschneidenden Erlebnissen können sich Wertesysteme oder Lebensregeln plötzlich verändern (*Feldmann 2004*).

Fast jeder kann Ohnmacht und Kummer verstehen, der sich bei Krankheit oder nach einer durchlebten Trennung einstellt. „Diffuse Anlässe“ für ein Verzweifelt sein sind nicht so leicht fassbar. Die Selbstbestimmung geht verloren, Gefühle des Verlustes und des Schmerzes sind vorherrschend. Es treten Gefühle auf, die es Betroffenen schwer machen, Vertrauen in diese Welt und zu den Mitmenschen zu haben (*Feldmann 2004 S. 28*).

Wahrscheinlich über die Erhöhung des affektiven Spannungspegels können bei Menschen mit einer entsprechenden Disposition durch Cannabis, LSD und anderen psychoaktiven Drogen schizophreieähnliche Psychosen ausgelöst werden (*Ciampi 1997*).

Schizophreniekranken Patienten reagieren auf größere emotionale Spannungen mit großer Empfindsamkeit (*Ciampi 1997*).

Bei manchen jungen Menschen kann eine psychotische Episode zu einer emotionalen Stärkung führen (*Ciampi 1997*).

Menschen mit psychischen Krankheiten brauchen neben anderen Behandlungsansätzen vor allem ein entspannendes und harmonisierendes emotionales Milieu. Einfache körperliche Arbeiten und sportliche Aktivitäten verursachen oft positive psychische Veränderungen (*Ciampi 1997*).

8. Die Schlussbemerkungen und Fazit

Der erste Schritt zur Akzeptanz der eigenen Persönlichkeit ist, die Gefühle wahrzunehmen und im Weiteren mit ihnen in angemessener Weise umzugehen. Gefühle und Stimmungen gehören zum Menschen.

Gefühle können durch Alkohol- und Drogenkonsum manipuliert werden (*Ciampi 1988*).

Sie bilden eine Grundlage für normgerechte soziale Verhaltensweisen.

In unserer Gesellschaft muss alles schneller und schneller vorwärts gehen. Dahinter stecken Ursachen: „Angst vor der Leere, Angst vor der Stille - letztlich Angst vor dem Tod wahrscheinlich individuell wie kollektiv“ (*Ciampi 1988 S. 310*). Dieser Angst entstammt auch das Bedürfnis nach Aufregung und Ablenkung. Würden wir uns das bewusst werden lassen, dann würde deutlich werden, dass der Mensch etwas verändern sollte an seinem Lebensstil (*Ciampi 1988*).

In belastenden Situationen wird meist die Eigenwahrnehmung getrübt.

Viel zu oft zwingt sich der Mensch zu Verpflichtungen und Versprechungen, die er eigentlich überhaupt nicht will.

In unserer Gesellschaft sollte die Sorge um den anderen dominieren.

Die vordergründige emotionale Nutzen bei Drogenkonsum sind Steigerung des Selbstwertgefühls, Gefühle von Macht und Ansehen aber auch sedierende Effekte (*Schröder 1997 in Reschke et. al*).

Nur wer lernt, seine Gefühle sensibel wahrzunehmen, ist ein „emotional intelligenter Mensch, selbstbewusst, selbstbeherrscht, kompromissfähig...“ (*Schröder 1997 zit. in Reschke et. al S. 152*).

Betrachten wir in der Therapie die Emotionalität, dann geht es auch um die gesamte Lebenssituation des Betroffenen, einschließlich seiner Ressourcen, Performanzen und Kompetenzen. Der Mensch soll im eigenen Leben wieder als selbstbestimmende Persönlichkeit fungieren können (*Schröder 1997 in Reschke et. al*).

Denn auch für die Emotionalität gilt: „Sie entsteht nicht ursächlich allein da, wo sie erscheint. Und darum sollte sie auch nicht

ausschließlich am betroffenen Individuum therapiert werden“ (Schröder 1997 zit. in Reschke et. al S. 163).

Der Mensch verfügt über Gefühle, vor allem Empathiegefühle. Hätte er sie nicht, dann würde er keine Leiden empfinden können (Damasio 2003).

Bei vielen Menschen besteht das Bedürfnis, den Sinn ihres Lebens verstehen zu wollen. Für ihre Lebensweise ist das Wissen um Emotionen von Bedeutung. Sie können probieren, die gesellschaftlichen Verhältnisse „genauso effizient zu steuern, wie das Gehirn die grundlegenden Lebensprozesse reguliert“ (Damasio 2003 S. 331). Durchgängig lässt sich dies sicherlich nicht verwirklichen. Bei Misserfolgen setzt meist der Rückzug im Handeln ein. „...vor allem nach der Lektüre der Morgenzeitung oder nach den Abendnachrichten – es gibt einfach keine Alternative zu dem Glauben, dass wir etwas bewegen können“ (Damasio 2003 S. 332).

Wichtig ist, dass sich realistische Ziele gesetzt werden. Im Rahmen der Therapie mit Abhängigen können zukunftsorientierte Ziele erarbeitet werden, für die es sich lohnt, clean zu bleiben.

In unserer Gesellschaft sind immer weniger Menschen sensibilisiert sich in andere einzufühlen. Wir sollten in unseren Kontakten mehr dazu ermuntern, am Leben und Befinden unserer Umgebung teilzunehmen.

9. Zusammenfassung: Emotionen im sozialen Kontext mit ihrem Bezug zur Sucht

Wir leben in einer Gesellschaft, in der sehr viel unternommen wird, um ernsten, reflektierenden Fragen und Gedanken auszuweichen. Erfährt ein Individuum in seinem Sozialisationsumfeld tragfähige Beziehungen, so hat er die Chance, gesund zu bleiben. Psychische, psychosomatische und soziale Erkrankungen haben hauptsächlich mit Störungen im Umgang mit Emotionen zu tun. Emotionaler Schutz und ein tragfähiges soziales Netzwerk sind dafür entscheidend, ob ein Mensch sich über die gesamte Lebensspanne gesund entwickeln kann. In dieser Arbeit wird als Hauptschwerpunkt dargestellt, in welcher Art und Weise Emotionen unser alltägliches gesellschaftliches Leben bedingen. Dabei wird in den Ausführungen Bezug auf Suchtkrankheiten, der sich „wie ein roter Faden“ durch die Gliederungspunkte dieser Arbeit zieht, genommen. Diese Arbeit zeigt die Art und Weise wie Emotionen unser tägliches soziales Leben bestimmen und fokussiert auf die Vielfalt von Suchterkrankungen. Ein besonderes Kapitel beschreibt die medizinische Behandlung von Personen die alkoholabhängig sind und die Emotionen, die mit diesem Geschehen verbunden sind.

Schlüsselwörter: Soziales Netzwerk, Emotionen, Alkohol, Gesundheit, *Integrative Suchttherapie*

Summary: Emotions in social context with their relation to addiction

We live in a society where a great deal is done to avoid serious, reflective questions and thoughts.

If an individual experiences sustainable relationships in his socialization environment, he will have the chance to stay healthy. Mental, psychosomatic and social illnesses are mainly related to disturbances in dealing with emotions. Emotional protection and a sustainable social network are crucial to whether a person can develop healthily throughout the lifespan.

The main focus of this paper is on the way in which emotions affect our everyday social life. In this context, reference is made to addictive disorders, which runs "like a red thread" through the bullet points of this paper.

This paper shows the manner of how emotions determine our everyday social life and focusses on the variety of addictions. One particular chapter explains the medical treatment of persons who are addicted to alcohol and emotions that are connected with it.

Keywords: Social network, Emotions, Alcohol, Health, Integrative Therapy of Addiction

10. Das Literaturverzeichnis

Ciampi, L.: Außenwelt – Innenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1988

Ciampi, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1997

Damasio, R.A.: Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: Econ Ullstein List, 2. Auflage, 2002

Damasio, R.A.: Der Spinoza - Effekt. München: Econ Ullstein List, 2003

Ebert, W., Könnecke-Ebert, B.: Einführung in die Integrative Beratung und Therapie von Suchtkranken. In: *Petzold, Schay, Ebert (2004)*, S. 173 – 220. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004

Feldmann, G.: Verzweiflung, wenn man nicht mehr weiter weiß. In: *Psychologie Heute Juni 2004*, S. 28 – 33

Hülshoff, T.: Emotionen. Eine Einführung für beratende, therapeutische, pädagogische und soziale Berufe. München: Ernst Reinhardt, 2001

Kalkum, G.: Zettelkasten der Integrativen Therapie. 6/2003

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München: Ernst Reinhardt, 2. Auflage, 2002

Petzold, H. G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 2 Paderborn: Junfermann, 1993

Petzold, H. G.: Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3. Bd. Paderborn: Junfermann, 1993

Petzold, H. G.: Integrative Therapie. Das biopsychosoziale Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Jubiläumsausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie. 26. Jg. 2000: Paderborn: Junfermann, 2001

Petzold H. G., Sieper, J.: Integration und Kreation. 1. Bd. Paderborn: Junfermann, 2. Auflage, 1996

Petzold, H. G., Sieper, J.: Integration und Kreation. 2. Bd. Paderborn: Junfermann, 2. Auflage, 1996

Reschke, K., Petermann, H., Weyandt, M. (Hrg.): Von der Technoparty zur Sucht?. Aspekte der Prävention und Intervention von Sucht. Regensburg: Roderer, 1997

Schneider, R.: Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. München: G. Röttger, 1982