

Birthe Edelmann & Gregor Terbuyken

Drogenkonsum als Modifikation des Körpererlebens¹

1. Fragestellung

Der folgende Beitrag geht auf der Basis einer mündlichen Befragung von 4 drogenerfahrenen Männern² zwischen 29 und 31 Jahren der Frage körperlicher Identität von drogenerfahrenen Männern nach. Konkret steht im Mittelpunkt dieser Arbeit, herauszufinden wie das subjektive Körpererleben im Zusammenhang mit Drogenkonsum steht. Ein besonderes Interesse besteht darin, die individuellen Bedürfnisse drogenerfahrener Menschen zu entdecken sowie einen Beitrag zur Entwicklung und/oder Erweiterung bedürfnisorientierter Praxiskonzeptionen zu leisten. Zur Erforschung der individuellen Bedürfnisse und der subjektiven Lebenswelt bedarf es einer qualitativen Datenerhebungsmethode, die ebenso wie die Auswertungsmethode, dem Untersuchungsgegenstand angemessen sein muss. Als Erhebungsinstrument wurde das episodische Interview (vgl. FLICK 1999, 124 ff.) gewählt, weil diese Interviewform kontextbezogene Darstellungen des Körpererlebens in Form von situationsbezogenen Erzählungen ermöglicht. Ein Interviewleitfaden diente dabei als Gedächtnisstütze. Die Interviewleitfragen waren offen strukturiert und wurden im Kontext eines Drogenforschungsseminars entwickelt und erprobt.

Dieser Arbeitsansatz entspricht einem ganzheitlichen Konzept Sozialer Arbeit, das ein differenzierteres Verständnis für die spezifischen Lebenswelten ihrer KlientInnen ermöglicht (vgl. PANTUCEK 1998). Zu einem ganzheitlichen Arbeitsansatz sollte natürlich - wenn auch nicht selbstverständlich - der Körper und das Körpererleben der KlientInnen mit einbezogen werden, was endlich auch für die Sozialarbeit ausführlich bei HOMFELDT (1999) erörtert wird. Diese Sichtweise impliziert, den Menschen als biopsychosoziale Einheit zu betrachten, in der

¹ Die Arbeit entstand als Diplomarbeit von B. Edelmann aus einem Forschungsseminar von G. Terbuyken heraus. Die Interviews, die das Material lieferten, wurden von SeminarteilnehmerInnen durchgeführt und verschriftet.

² Von den vorliegenden sechs Interviews wurden die hier genannten vier als die differenziertesten für eine genaue Analyse ausgewählt. Die kursorische Analyse der anderen Texte widerspricht nicht den hier berichteten Befunden.

Denken, Erleben und Körperlichkeit miteinander in Beziehung stehen und sich wechselseitig bedingen.

Die Auswertung der Daten bezog sich auf Methoden der Grounded Theory (STRAUSS & CORBIN 1996), in der die spezifischen Sicht- und Handlungsweisen von Menschen aus ihrer Perspektive, d.h., aus ihren subjektiven Lebenswelten heraus erforscht werden. Das primäre Ziel der Methode der Grounded Theory besteht darin, Handlungsmuster aufzuzeigen und zu erklären, die im individuellen Kontext bedeutsam oder problematisch sind (vgl. BOSCH 1998, 14). Mit dieser Methode können Theorien generiert werden, die der alltäglichen Wirklichkeit des untersuchten Gegenstandes gerecht werden und sich systematisch aus dem Datenmaterial ergeben.

Im folgenden werden zunächst theoretische Grundlagen zum Körpererleben (als inhaltliche Basis zur Entwicklung des Interviewleitfadens) und zur Forschungsstrategie (als wissenschaftstheoretische Basis), anschließend die konkrete methodische Vorgehensweise und die Ergebnisse dargestellt.

2. Körpererleben – eine Begriffsklärung

Die Erforschung des Körpers hat natürlich eine lange Geschichte, aber seit Beginn des 20. Jahrhunderts wird der Körper als Untersuchungsobjekt unter verschiedenen Aspekten neu gesehen und erforscht, wobei die dabei gewählten (Körper-)Begriffe sehr unterschiedlich und vielfältig sind. Die Neuropsychologie beschäftigt sich mit dem Konzept des kortikal repräsentierten Körperschemas und dessen Funktion für die Reizverarbeitung. Die Persönlichkeitspsychologie wiederum ist interessiert an der emotionalen Bedeutung solcher Wahrnehmungen und an den Einstellungen gegenüber dem Körper (vgl. TEEGEN 1994). Die Psychopathologie beschreibt Störungen des Körpererlebens, während die Psychophysiologie das Zusammenwirken von physiologischen Prozessen, subjektivem Erleben und beobachtbarem Verhalten untersucht (vgl. DU BOIS 1990; NOLTING & PAULUS 1999). Die phänomenologisch-anthropologische Forschung betrachtet den Körper unter dem ganzheitlichen Begriff der Leiblichkeit und versteht darunter den beseelten Körper. Aus dem Begriff „Leib“ ergeben sich zwei unterschiedliche Perspektiven: Zum einen der Körper, den ich habe (Körper-Haben), als Objekt der Betrachtung, und zum anderen der Körper, der ich bin (Körper-Sein), als Subjekt meiner Erfahrung. „Mein Körper als Objekt unter Objekten unterscheidet sich von allen Objekten durch den besonderen Zusammenhang mit mir selbst“ (JORASCHKY 1995, 35). JORASCHKY weist

darauf hin, dass aus der Doppeldeutigkeit von Körper als Subjekt der Erfahrung und Objekt der Betrachtung sowohl konzeptuelle als auch sprachliche Verwirrungen resultieren. „Im deutschen Sprachraum findet man Ausdrücke wie ‘Körperschema’, ‘Körperbewusstsein’, ‘Körperbild’, ‘Körperfühlbild’, ‘Körper-Ich’, ‘Körper-Selbst’. In der anglo-amerikanischen Literatur vermischen sich die Begriffe noch stärker; häufig werden mehrere Begriffe in ein und derselben Arbeit identisch benutzt: ‘body image’, ‘body schema’, ‘postural model’, ‘corporeal awareness’, ‘body percept’, ‘body concept’, ‘Somatopsychie’, ‘Somatognosie’, ‘body experience’, ‘body ego’ “ (JORASCHKY 1995, 34). Die Vielfalt der Körperbegriffe lässt erkennen, dass die Wahrnehmungs- und Erlebnisdimension von Körper schwer zu fassen und dass eine genaue, allgemein gültige Ordnung bisher nicht vorgenommen worden ist (vgl. TEEGEN 1994, 97).

Betrachtet man den Stellenwert des Körpererlebens, so treten spezifische Werthaltungen hervor, die ihren Ort in der Theologie, Philosophie, Medizin, Psychologie und Psychoanalyse haben. Dabei stößt man unweigerlich auf die Polarisierung von Geist und Körper und eine Abwertung der Körperlichkeit. In der christlichen Tradition wird der Körper als eine sterbliche Hülle für die unsterbliche Seele betrachtet. „Sinnliche, körperliche und leibliche Erfahrungen werden in einem Gegensatz zum Geistigen gestellt und als niedrig, ‚sündig‘ gesehen“ (TEEGEN 1994, 97). Die naturwissenschaftliche Medizin konzentriert sich dagegen auf objektive Befunde, wobei das subjektive Körpererleben nur eine marginale Position einnimmt. Die Trennung von subjektivem Erleben und objektivem Befund ist auf das dualistische Menschenbild DESCARTES zurückzuführen. „DESCARTES teilte den menschlichen Körper in einen körperhaften (materiellen) und in einen körperlosen (immateriellen) psychischen Bereich auf. Die physischen Vorgänge wie Ernährung, Verdauung, Kreislauf, Wahrnehmung von „Reizen“ etc. vergleicht er mit dem Bild eines maschinell gesteuerten „Automaten“. Dieser Idee folgend, orientieren sich sowohl anatomisch-physiologische Erkenntnisse als auch die vielen der daraus resultierenden therapeutischen Verfahren an dem Modell des toten Körpers“ (MEYER-BENDRAT 1999, 10). Auch in der Psychologie ist eine Abwertung und Abtrennung des Körpers und des körperlichen Erlebens insbesondere in die Theorien zur Ich- und Persönlichkeitsentwicklung eingeflossen. Die Psychoanalyse war anfangs für die Formulierung dieser Konzepte sehr leitend, da sie ein grundlegendes Verständnis für das Zusammenspiel körperlicher und seelischer Prozesse in der frühkindlichen Entwicklung geschaffen hat. Die weitere Reifung der Persönlichkeit und eine gesunde Anpassung an die soziale Umwelt steht dann aber doch unter dem Prinzip eines allmählichen Verzichts auf das Körpererleben, seiner Sublimierung im Geistigen (vgl. TEEGEN 1994). VON UEXKÜLL resümiert, dass der Körperbegriff ein zentrales Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin ist: „Die gegenwärtige Medizin besitzt zwei Paradigmata, die sich gegenseitig ausschließen:

die „Maschinendefinition“ für den Körper und das Freudsche Paradigma des psychischen Apparates für die Seele. Die Konsequenz ist eine dualistische Medizin, nämlich eine für Körper ohne Seelen und eine andere für Seelen ohne Körper“ (VON UEXKÜLL 1961, 1985 zit. n. BRÄHLER 1995, 3):

In den letzten Jahren hat sich sukzessive ein gesellschaftlicher, sozialer, politischer und wissenschaftlicher Wandel vollzogen. Verstand man unter dem Körperbegriff vor einigen Jahrzehnten eher etwas rein „Stoffliches“, so haben sich heute die Vorstellungen, die mit dem Körperbegriff verbunden sind, verschoben. Der Körper hat heute den Stellenwert des Lebendigen, und das Körpererleben wird als ein wichtiger und vollwertiger Teil des Selbsterlebens verstanden. Der Begriff „Leib“ wird heute als altmodisch empfunden und ist von dem Begriff Körper abgelöst worden. Die Einführung neuer Begrifflichkeit - wie oben beschrieben - entspringt möglicherweise der Intention, zu einer ganzheitlicheren Betrachtungsweise des Menschen zu gelangen. Unabhängig von den verschiedenen Betrachtungsweisen kommt dem Körpererleben eine wichtige Bedeutung zu, da es die Lebenswirklichkeit des Menschen widerspiegelt. Das Körpererleben ist ein Teil des Bewusstseins vom Selbst, und in jedem Selbstbewusstsein spielen komplexe Wahrnehmungen über die eigenen körperlichen Prozesse und Körperzustände eine Rolle. Diese bewirken eine Festlegung der Grenze zur Umwelt als auch die Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich. „Das Erleben des eigenen Körpers, seiner wechselnden Zustände und seiner Grenze zur Umwelt ist ein wesentlicher Teil des Selbstbewusstseins und eine grundlegende Bezugsgröße für die Entwicklung und Festigung des Kontaktes zur Realität“ (TEEGEN 1994, 97). Es wird zunehmend offensichtlicher, dass viele Störungen aus der Abspaltung des Körpererlebens resultieren (vgl. TEEGEN 1994, 99).

Um ein weitergehendes Verständnis für das Körpererleben zu erhalten, sollen zunächst die Konzepte zum Körperschema und Körperbild und daran anschließend einige Aspekte der leibseelischen Entwicklung des Menschen dargestellt werden.

2.1. Körperschema und Körperbild

Der Begriff „Körperschema“ wurde von dem Prager Psychiater PICK (1908 nach DU BOIS 1990, 7f) eingeführt. Er verstand darunter „Raumbilder“, die sich im Verlauf des Lebens aufgrund sensorischer Informationen entwickeln. Das Körperschema ist demnach nicht als ein statisches Gebilde zu betrachten, sondern als eine fortlaufend zu erbringende Leistung zu verstehen, für die ständig sensorische Afferenzen und psychische Energie aufgebracht werden müssen. Der Aufbau und Erhalt des Körperschemas ist mit der Entwicklung der Motorik bzw. der Integration motorischer Muster eng verbunden. Das Konzept des Körperschemas diente

zunächst als Erklärungsmodell klinischer Beobachtungen, insbesondere zur Erklärung des Phantomgliedes bei Amputierten, und von Veränderungen der Körperwahrnehmungen bei Patienten mit Gehirnläsionen und traumatischen Erlebnissen. Zu Beginn dieses Jahrhunderts begann HEAD (referiert nach TEEGEN 1994, 97ff) mit der Erforschung der kortikalen Repräsentation. Er entwickelte ein Modell und damit einen Bezugsrahmen für eine normale Körperwahrnehmung, in dem er insbesondere die Orientierung und Haltung des Körpers im Raum hervorhob. Anhand von Untersuchungen kam er zu dem Ergebnis, „dass das Körperschema bereits in sehr frühen Entwicklungsphasen zur Integration von Sinnesreizen angelegt wird, wobei er die Reizverarbeitung zunächst rein physiologisch verstand. Er postulierte zwei Schemata, ein taktiles und ein Positionsschema, die als Vergleichsmaßstab für alle auf den Menschen eindringenden äußeren und inneren Reize dienen“ (TEEGEN 1994, 99). Die klinische Neurologie begann vor dem Hintergrund der sogenannten „Körperschemastörungen“ eine große Zahl von Symptomen zu beschreiben, deren Modalitäten mit dem Körpererleben und der Körperwahrnehmung in Verbindung stehen, wie z.B. die Unfähigkeit, Teile des eigenen Körpers richtig zu lokalisieren und zu benennen, das Unvermögen, Gesichter korrekt zu erfassen oder Störungen der Rechts-Links-Orientierung am eigenen Körper. Als Hauptfunktionen werden dem Körperschema heute die Integration der Sensomotorik und die Haltung und Orientierung des Körpers im Raum zugeschrieben. Das Körperschema als kognitive Struktur ermöglicht es dem Menschen verlässlich mit seinem Körper als Objekt unter Objekten umzugehen (vgl. JORASCHKY 1995). „Der Körper als Wahrnehmungsobjekt hat eine feste Wahrnehmungsstruktur, die es möglich macht, den Körper als „Werkzeug“ in Handlungsabläufen und als Objekt der Wahrnehmung im Raum zu benutzen“ (a.a.O. 43).

Ausgehend von den Untersuchungen gestörter Körperwahrnehmungen, postulierte SCHILDER (1923, 1935 nach JORASCHKY 1995; vgl. auch DU BOIS 1990, 11ff), dass das seelische Erleben nicht ausgeklammert werden kann, da neurophysiologische Veränderungen und Probleme der zentralen Lokalisation auch gleichzeitig eine subjektive und emotionale Bedeutung haben und die Umwelterfahrung nicht unerheblich beeinflussen. Der von SCHILDER (1935) eingeführte Begriff des „Körperbildes“ (body image) umfasst die gesamte subjektive Körpererfahrung und die Bedeutung des Körpers für die Umwelterfahrung und geht somit weit über das Schema von HEAD hinaus. TEEGEN ergänzt SCHILDERS Theorie mit einer expliziten Definition des Körperbildes: „Das Körperbild des Menschen enthält entwicklungsgeschichtlich sowie kulturell und geschlechtsspezifisch vermittelte Erfahrungen mit dem Körper. Zugleich sind diese Erfahrungen mit der persönlichen Lebensgeschichte verbunden, mit ganz spezifischen Gefühlen und Wertungen. Und so ist das Körperbild als komplexes inneres Erfahrungsmuster auch Grundlage des Selbstbildes, des Lebensgefühls

und des Kontaktes zur Realität. Die körperbezogenen Erfahrungen werden mittels des Körperbildes in einer spezifischen Art organisiert, die bestimmt, wie ein Mensch seinen Körper erlebt, welche Verbindung er zu ihm hat und wie er mit ihm, mit sich und anderen umgeht“ (TEEGEN 1994, 111).

2.2. Körpererleben und psychische Entwicklung

Die Bedeutung des Körperschemas und des Körperbildes für das Selbsterleben und die Konstruktion von Realität lässt sich am ehesten anhand der leibseelischen Entwicklung darstellen.

Nach TEEGEN entsteht schon während der intrauterinen Entwicklung des Embryos ein sogenanntes „archaisches Basisbild“, das „somatische Erinnerungen an biologische Rhythmen, Klangvibrationen, Explorationen des uterinen Kosmos, Grundempfindungen der Homoöstase und ihrer Störungen“ (TEEGEN 1994, 101) enthält. Dieses Basisbild erfährt während des Geburtsvorganges eine enorme Veränderung. Die Körperoberfläche des Säuglings wird im Geburtskanal durch die beträchtlichen Kontraktionen des Uterus stimuliert, wodurch die Aktivität und Funktionsfähigkeit der lebenswichtigen Systeme garantiert werden (vgl. MONTAGU 1990). Nach dem Übergang vom intrauterinen zum extrauterinen Leben, welcher von einer Veränderung der Druck- und Wärmeverhältnisse begleitet ist, ist der Körper nun der Schwerkraft und einer Vielzahl von Reizen ausgesetzt. Das Körperschema wird mit der Abnabelung in den Grenzen seiner Umhüllung, der Haut, begründet (TEEGEN 1994, 101). DU BOIS sieht die Wurzeln des Körpererlebens, besonders des Empfindens, in der angeborenen Reagibilität und Vitalität des neugeborenen Säuglings, seiner unterschiedlichen Empfindsamkeit für Reize und in dem angeborenen (passiven) Reizschutz. Die nächsten Schritte des Körpererlebens vollziehen sich in Abhängigkeit zu der Art und Weise der körperlichen Versorgung, der Qualität der symbiotischen Beziehung und mit der sensorischen Empfangsbereitschaft des Säuglings (DU BOIS 1990, 122).

Das Körpererleben des Säuglings ist am Lebensbeginn zunächst stark auf das Körperinnere ausgerichtet. Nach SPITZ wird das Ich-Gefühl des Säuglings von coenästhetischen Wahrnehmungen beherrscht. Damit sind nach innen gerichtete Wahrnehmungen gemeint, die in dieser Entwicklungsphase ganz auf das autonome Nervensystem und die Eingeweidefunktion ausgerichtet sind (vgl. SPITZ 1973; TEEGEN 1994). Der passive Reizschutz des neugeborenen Säuglings, der auf einem Zustand neuronaler Unreife basiert, wird nach wenigen Wochen überwunden. Darauf folgt der Aufbau eines aktiven Reizschutzes. Da die Reizempfindlichkeit von Säuglingen unterschiedlich ausgeprägt zu sein scheint, hängt es von der mütterlichen Intuition bzw. Sensibilität ab, den Säugling optimal zu sti-

mulieren, aber auch, ihn vor zu starker Stimulation zu schützen. Eine durchschnittlich zu erwartende Stimulation kann z.B. für den einen Säugling mehr sein als er ertragen kann während es für den anderen Säugling viel zu wenig ist (vgl. DU BOIS 1990, 15).

Die psychosoziale Entwicklungsgeschichte geschieht in diesem Wechsel von Aufbau und Abbau von Spannungen und im Kontakt mit dem Körpererleben, welches zunächst noch ganz eingebunden ist in den Dialog mit der Mutter (vgl. TEEGEN 1994, 101). Dabei sind Mutter und Kind anfangs durch präverbale und erst später durch verbale Zeichenprozesse miteinander verbunden. In der Symbiose ist das Körpererleben des Säuglings noch nicht an den eigenen Körper gebunden und hat auch noch keine definitive körperliche Gestalt. Hier „vertritt die Mutter nicht nur die Stelle, die später einmal die physische Umwelt und die soziale Mitwelt einnehmen werden, sie vertritt zunächst auch den Körper des Säuglings, der anfangs noch nicht getrennt von der Umwelt erlebt wird“ (VON UEXKÜLL 1997, 84). Der primären Beziehung zwischen Säugling und Mutter oder einer anderen primären Bezugsperson kommt somit eine wichtige Bedeutung zu, da sie die körperliche und seelische Grundlage für die weitere Entwicklung konstituiert. „Fehlt einem Kind die Mutter beziehungsweise die konstante Bezugsperson, die nicht nur versorgt, sondern fähig ist, auch taktile und emotionale Zuwendung – Liebe - zu geben, so ist das Kind des für seine Entwicklung und Entfaltung Wesentlichsten beraubt“ (ASPER 1999, 44; vgl. MONTAGU 1990). Genügend gute Erfahrungen in dieser Entwicklungsphase, insbesondere eine Sicherheit der Bindung zur Mutter, die Verlässlichkeit, Schutz und Geborgenheit bietet, ermöglichen es dem Kind mit seinem Körper vertraut zu werden und ein gutes Selbstwertgefühl aufzubauen. TEEGEN verweist auf Beobachtungen zu frühkindlichem Autismus, Psychosen und multiplen Persönlichkeitsstörungen, die nahe legen, dass die Entwicklung der personalen Identität und eines sicheren Bezugs zur Realität von Anfang an durch ein ungestörtes und kontinuierliches Körpererleben gestützt werden (vgl. TEEGEN 1994, 101).

Im Verlauf der symbiotischen Beziehung entwickelt der Säugling zunehmend die Fähigkeit, Empfindungen innerhalb und außerhalb des Körpers zu lokalisieren und diesen Bedeutung zu verleihen. Die Hinwendung zur Außenwelt erfolgt nach SPITZ mit der Reifung und Integration der Sinnesorgane (vgl. TEEGEN 1994, 105). Vor allem das Empfindungsvermögen der Haut leitet den Prozess der Abgrenzung ein, d.h., das Hautsinneserleben wird „zugleich auch ein Erleben des eigenen Ichs. (...) Die Oberfläche des Körpers wird zum Organ der eigenen Wahrnehmung“ (GIELER 1995, 65). Danach verlagert sich der Schwerpunkt der kindlichen Wahrnehmung auf die Funktion der Hände, womit die Umwelt durch greifen erfahren wird, bis sich das Kind der Funktion der Beine bewusst wird. Durch die Aneignung der Fähigkeiten des Robbens, Krabbelns und sich Hochziehens erfährt das Körperschema eine weitere Differenzierung. „Mit der Lokali-

sation taktiler Reize und der Koordination von sensorischen Qualitäten und Bewegungserfahrungen bildet sich das Wissen um Körperform und Körpergrenze und zugleich die Unterscheidung zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“ heraus“ (TEEGEN 1994, 102). Im Verlauf des Abgrenzungsprozesses entwickelt das Kind ein zunehmendes Bewusstsein der Zugehörigkeit des Körpers zum Ich (vgl. DU BOIS 1990). Das Gewahrwerden der körperlichen Trennung im Sinne einer Differenzierung von der Mutter verläuft parallel zu der Verselbständigung (in bezug auf Erkennungsvermögen, Wahrnehmung, Gedächtnis, Realitätsprüfung, u.a.) des Kleinkindes. Dies lässt sich insbesondere an dem Spiegelbildverhalten verdeutlichen. Am Ende der Symbiose ist das Kind imstande, sich in seinem eigenen Spiegelbild wieder zu erkennen. Das Spiegelbild verleiht dem Körper zum ersten Mal eine Gestalt, das Kind hat die Möglichkeit, durch optische Wahrnehmungen Vorstellungen über das Körperäußere zu sammeln, und es gewinnt gleichzeitig auch die Erfahrung einer Identität. Für eine weitere Differenzierung des eigenen Körperbildes und einer Stabilisierung der Körpergrenzen ist der Gefühlskontakt mit den unmittelbaren Bezugspersonen von großer Bedeutung. Alle Berührungs- und Kontakt Erfahrungen implizieren eine emotionale Bezogenheit, die dem Erleben in Form von Gesten und Worten spezifische Werte verleihen. „Die Art und Weise, wie die Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden, wie es durch Phasen der Entwöhnung geführt wird, belegt das Körperbild und die Körpergrenze mit verschiedenen Impulsen. Sie können mit Lust, Sicherheit, Freude, Vertrauen assoziiert sein oder mit Ambivalenz, Mangel, Leere, Angst und Feindseligkeit“ (TEEGEN 1994, 111f).

PIAGET (z.B. PIAGET & INHELDER 1977, Kap. 1 und 2) hat mit seinen Untersuchungen zur Entwicklung der motorischen Koordination und zur Konstruktion von Umweltschemata einen wichtigen Beitrag zur Bedeutung des Körperschemas für die Konstruktion von Realität geleistet. Er konnte zeigen, dass ab dem vierten Lebensjahr eine klare räumlich-geometrische Beziehung zwischen Körper und Umwelt möglich wird. Die egozentrische, auf den eigenen Körper ausgerichtete Wahrnehmung ist um das siebte Lebensjahr mit der Stabilisierung der Dimensionen vorne-hinten, oben-unten und rechts-links abgeschlossen. Das Kind hat in diesem Alter schon eine recht genaue Vorstellung über das Schema des Körpers, über seine Grenze, Form und Größe sowie über einzelne seiner Funktionen entwickelt. Diese Vorstellung ist mit sozialen und ästhetischen Bewertungen körperlicher Eigenschaften, wie z.B. Schönheit und körperlicher Leistungsfähigkeit, kultur- und zeitspezifisch verbunden. Reste eines egozentrischen Körpererlebens werden um das zwölfte Lebensjahr aufgegeben: Das Kind ist imstande, den Körper als Bezugspunkt aufzugeben und sich auch vom Standpunkt eines anderen räumlich zu verstehen (vgl. JORASCHKY 1995, 41). Die Lokalisation der Körperempfindungen mit Unterstützung des Körperschemas sind am genauesten an der Körperoberfläche und in der Nähe der Körperoberflä-

che. Eine konkrete Vorstellung vom Körperinneren - SCHILDER spricht hierbei von „heavy mass“- entwickelt das heranwachsende Kind, wenn sich die deutlicher differenzierten Körperempfindungen mit der Vorstellungskraft vereinen. „Das Wissen um das Körperinnere, um die Organe und ihre Funktion lernt der einzelne im Laufe seiner Sozialisation“ (TEESEN 1994, 106).

In einer Längsschnittuntersuchung zur Entwicklung des Körperbildes von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter ließen 1970 FATERSON & WITTKIN (nach. TEESEN 1994, 108) die Probanden sich selbst zeichnen. Die Ergebnisse zeigten, dass eine Differenzierung des Körperbildes insbesondere im Entwicklungsverlauf vom achten bis zum vierzehnten Lebensjahr stark ansteigt und sich danach nur noch unwesentlich verändert.

DU BOIS untersuchte die Entwicklung des Körpererlebens in der Pubertät. Als Untersuchungsgruppe dienten ihm fünfundzwanzig Jugendliche mit einer schizophrenen Psychose und eine Vergleichsgruppe mit fünfundzwanzig gesunden Jugendlichen. Er führte mit diesen beiden Gruppen Interviews (narratives Interview) zu den Kategorien Körperbesorgnis, Körperanschauung und Körperempfinden durch. Er stellte fest, dass sich das Körpererleben in der Pubertät mit dem „puberalen Gestaltwandel“, mit der „Veränderung des gesamten Erlebnishorizontes“ und der sozialen Rolle stark intensiviert wodurch die emotionale Erlebnisfähigkeit von Pubertierenden eine neue Qualität erfährt (DU BOIS 1990, 52f). „Während Kinder ihre Gefühle nach außen tragen und mit ihrem Körper zur Schau stellen, tut sich für den Pubertierenden eine fast vergessene Dimension frühkindlicher Empfindungen auf, die den inneren Körperraum ausfüllen, wobei dieser für die Gesamtheit der Empfindungen eine Art Umhüllung (...) bildet. (...) Es bildet sich ein neuartiges Bewusstsein von der eigenen unverwechselbaren, personalen Existenz, aber auch von der Einsamkeit und Abgeschlossenheit dieser Person und von ihrer Verletzlichkeit, sowohl der seelischen Verletzlichkeit wie der Verletzlichkeit des Körpers, der die Person beherbergt“ (a.a.O. 48f). Es tritt bei den Jugendlichen das Gefühl auf, von ihren starken Empfindungen eingenommen zu werden, so dass das Wissen um die Integrität des Körpers und die Festigkeit der eigenen Körpergrenzen stark erschüttert werden können. Nach DU BOIS können z.B. „asketische Verhaltensweisen“, „rigorose Ernährungsregimes“, „Körperfitness-Besessenheit“ und „Körpermanipulationen“ als ein Versuch verstanden werden, die eigenen Körpergrenzen wieder spürbar zu machen bzw. zu stabilisieren.

Bei der Untersuchung der gesunden Probanden kam DU BOIS zu dem Ergebnis, dass Mädchen die körperlichen Veränderungen sowie die eigenen Körperempfindungen intensiver wahrnehmen als die untersuchten Jungen. In der Kategorie der Körperbesorgnis war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Unabhängig vom Geschlecht fiel bei den gesunden Probanden in der Kategorie Körperempfinden

eine Unsicherheit in der Verbalisierung der eigenen Körperempfindungen auf. Am besten ausgeformt, differenziert und bewusstseinsnah konnte das Körpererleben in der Kategorie Körperanschauung verbalisiert werden.

Die schizophrenen Jugendlichen wiesen in der Kategorie Körperempfinden starke Gefühle der Destabilisierung auf. Zudem brachten sie zum Ausdruck, ihren Körperempfindungen existentiell ausgeliefert zu sein, und sie fühlten sich aufgrund zu schwacher Körpergrenzen ungeschützt. In dieser Kategorie steigerte sich die verbale Unbeholfenheit der schizophrenen Jugendlichen aufgrund des psychotischen Autismus. Die verbale Ausformung der Körperempfindungen war teilweise bizarr und realitätsfern. Nachdem ein akuter Schub nachgelassen hatte, wurden einige Teile des Körperempfindens aus der bewussten Wahrnehmung ausgeklammert. In der Kategorie der Körperanschauung zeigte sich, dass das Körperbild der schizophrenen Jugendlichen im Vergleich zu den gesunden Jugendlichen wesentlich reifungsverzögerter, z.T. noch kindlich, war. Hinsichtlich der Kategorie der Körperbesorgnis bestehen zu den gesunden Jugendlichen kaum Unterschiede.

In Bezug auf das Erleben der schizophrenen Jugendlichen resümiert TEEGEN, „dass ein sicherer Realitätsbezug ohne sicheren Bezug zum eigenen Körper nicht möglich ist“ (TEEGEN 1994, 109). Erst das Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit mit dem eigenen Körper ermöglicht es, die Fluktuation des Selbstgefühls und der Körpergrenzen ohne Angst zuzulassen, wie z.B. bei Kontakterfahrungen oder im Erleben des Orgasmus (a.a.O. 112). Darüber hinaus können alle Beschädigungen der körperlichen Integrität, z.B. durch Operationen, Unfälle oder durch körperliche Gewalt und sexuellen Missbrauch, eine Veränderung des Selbstgefühls und der Wirklichkeitserfahrung zur Folge haben. „Wenn Menschen traumatische Situationen erleben, seelisch und körperlich gefährdet und verletzt werden, nicht fliehen oder kämpfen können, besteht eine Überlebens- und Bewältigungsstrategie darin, die körperliche und emotionale Eigenwahrnehmung zu vermindern oder auszuschalten“ (a.a.O. 113). Generell geht mit dem Verlust des Körpererlebens eine tiefgreifende Störung der Identität und des Kontaktes zur Realität einher (ebd.). Wir benutzen den arg strapazierten Begriff „Identität“ hier und im weiteren Text in seiner Common – sense – Bedeutung und verweisen zur ausführlichen Diskussion auf KEUPP (1999).

Am Ende der Pubertät tritt das intensive und spontane Körpererleben in den Hintergrund. Im Vordergrund steht nun die äußere Anschauung des Körpers, in der sich die Jugendlichen mit dem Aussehen und der sozialen Wirkung des eigenen Körpers beschäftigen, was zu einer Bewertung des eigenen Körpers führt. Der Beurteilungsrahmen wird von der Kultur und Gesellschaft zur Verfügung gestellt, in der sich auch die Sozialisation des Einzelnen vollzieht.

Männer und Frauen gleichermaßen richten sich bei der Anschauung und Beurteilung des eigenen Körpers nach „Idealnormen“. DEUSINGER spricht von einem „Idealkonzept“, einem Bild, wie der Einzelne gerne sein möchte. Dem „Idealkonzept“ steht das „Realkonzept“, die Auffassung dessen, wie man wirklich ist, gegenüber. Bei ihren theoretischen Überlegungen zum psychologischen Konstrukt „Selbstkonzept“ geht DEUSINGER davon aus, dass eine große Diskrepanz zwischen subjektiv empfundener Attraktivität und dem „Idealkonzept“ auf eine psychische Instabilität oder Störung hinweisen könnte (DEUSINGER 1998, 22). Eine Diskrepanz zwischen „Ideal- und Realkonzept“ kann eine Unzufriedenheit des Menschen bewirken, auf die er mit einer Ablehnung des Körpers oder mit dem Versuch, empfundene Mängel auszugleichen, reagieren kann. TEEGEN verweist darauf, dass die „Idealnorm“ Frauen unseres Kulturkreises in ihrem Körperempfinden, ihrer Selbstsicherheit und Selbstzufriedenheit mehr beeinflusst als Männer (TEEGEN 1994, 110).

Die Selbstsicherheit und Selbstzufriedenheit eines Menschen ist eng mit der Wahrnehmung und dem Erleben sowie mit der Vertrautheit des eigenen Körpers verbunden. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, wie z.B. ihm Aufmerksamkeit zu schenken, ihn zu pflegen und schön zu machen, ihn dauernd zu empfinden, scheint nach BONGERS jedoch nicht der Männlichkeitsideologie mit ihren zahlreichen Ansprüchen unseres Kulturkreises zu entsprechen, „nach der ein Mann seinen „inneren Schweinehund“ unter Kontrolle halten muss, dies sind insbesondere Angst, Bedürfnisse nach Zärtlichkeit und Geborgenheit, alle weiblichen Anteile“ (BONGERS 1995, 140). Die soziale Zuschreibung von „typisch männlichen“ (z.B. Stärke, Entschlusskraft) und „typisch weiblichen“ (z.B. Empfindsamkeit, Abhängigkeit von der Anerkennung durch andere) Attributen kann vor dem komplexen Hintergrund von Geschlechterdifferenz und Geschlechterverhältnis betrachtet werden, der hier aber nur skizziert werden soll. Zu unterscheiden ist hierbei der biologische Körper („sex“) und der sozial angeeignete Geschlechtskörper („gender“): Die Geschlechterdifferenz, die Einteilung des Menschen in zwei Geschlechter, ist biologisch vorgegeben, wobei das Geschlechterverhältnis, Frauen und Männer als zwei soziale Geschlechter, als normative soziale Konstruktion zu verstehen ist. Mann-Sein oder Frau-Sein ist demnach „die Erfahrung, in spezifischen Verhältnissen zu leben und in diesen vergesellschaftet zu sein und nicht, mit bestimmten Eigenschaften auf die Welt zu kommen. [...] Vergeschlechtlichte Identität ist also nur in konkreten raum-zeitlichen und soziokulturellen Kontexten zu denken. Diese Kontexte können widersprüchlich und ungleichzeitig sein (VILLA 2000, 39). Was nun genau „typisch männlich“ oder „typisch weiblich“ ist „hängt in dem konstitutiven Maße davon ab, in welchem sozialen Kontext, aus welcher sozialen Position heraus und in welchem zeitlichen Moment diese Identität erfahren wird. Damit ist auch impliziert, dass das Mann- oder Frau-Sein eine *relative* Wirklichkeit ist“ (a.a.O. 41).

„Dies gilt auch für das sexuelle Verhalten und bedeutet, dass der Mensch zwar mit einer vielfältig determinierten, in sich selbst widersprüchlichen Sexualanatomie zur Welt kommt, dass seine Psychosexualität aber nicht nur von diesen Widersprüchen bestimmt wird, sondern sich erst im Wechselspiel zwischen ihnen und den letztlich entscheidenden Wirkungen seiner sozialen Umwelt herausbildet. Die Psychosexualität des Menschen ist also ‚offen‘, und das gilt ebenso für sein sexuelles Selbstverständnis (das Bild, das er sich von seiner eigenen sexuellen Beschaffenheit macht) wie für sein sexuelles Interesse an anderen (für sein Bild der sexuellen Umwelt). Keine der beiden Facetten wird allein von seiner somatischen Sexualkonstitution geprägt ..., sondern beide entwickeln sich erst aus der Dialektik zwischen sexueller Konstitution und sexueller Exposition, vor allem aber aus den Beziehungen des Kindes zu seinen Bezugspersonen ... und aus deren Anschauungen von ‚Weiblichkeit‘ und ‚Männlichkeit‘ “ (BORNEMAN 1990, 967): „Was die sexuelle Entfaltung des Individuums letztlich bedingt, ist also nicht seine somatische Geschlechtszugehörigkeit, sondern der gesellschaftliche Einfluss auf seine Psychosexualität“ (a.a.O. 969).

3. Methodische Überlegungen

Für Theorie und Praxis Sozialer Arbeit ist zur Entwicklung bedürfnis- und lebensweltorientierter Praxiskonzeptionen das Wissen über gesellschaftliche Einflüsse auf das Individuum ebenso notwendig, wie Wissen über angemessene Forschungsmethoden, mit denen gesellschaftliche Einflüsse und Bedingungen auf das konkrete Individuum zurückverfolgt werden können.

Um Zusammenhänge zwischen subjektiven körperlichen Empfindungen und den damit interagierenden kognitiven Strukturen, welche in beträchtlichem Maße sowohl emotionale Reaktionen als auch Handlungsabläufe beeinflussen, zu entdecken, wurde ein qualitativer Zugang gewählt. Die qualitative Sozialforschung bezeichnet eine Forschungsrichtung, die mit unterschiedlichen theoretischen, methodologischen und methodischen Zugängen neue Erkenntnisse über soziale Wirklichkeit zu erhalten versucht. Der Begriff „soziale Wirklichkeit“ umfasst die subjektiven Bedeutungen von Handlungen von Individuen. Das Forschungsinteresse qualitativer Sozialforschung ist lebensweltorientiert, da sie die Differenziertheit der Lebenswelten und der inhärenten unterschiedlichen Perspektiven in ihrer zeitlichen, lokalen und situativen Besonderheit zu erfassen und zu erschließen versucht. Unter Lebenswelt soll im folgenden die Welt verstanden werden, wie sie sich dem Subjekt als einzigartig darstellt, d.h., von ihm gedeutet, gestaltet, konstruiert und rekonstruiert wird (vgl. zum Konzept „Lebenswelt“ DEWE 1998).

Als die grundlegenden Merkmale qualitativer Sozialforschung führt FLICK „die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie die Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis“ (FLICK 1999, 13) an. Diese Gegenstandsangemessenheit wird dadurch erreicht, dass Menschen als Experten für sich selbst in offenen Erzählsituationen ihr Handlungswissen veröffentlichen oder theoretischer formuliert: „Sozialwissenschaftliche Handlungserklärungen können nicht formuliert werden ohne die systematische Berücksichtigung der Situationsdefinitionen und Interpretationsleistungen der Akteure“ (KELLE 1994); als Beispiel für diese Untersuchungsstrategie in einer Untersuchung zu professionellen Handlungsstrategien von SozialarbeiterInnen wird verwiesen auf TERBUYKEN 1998.

Wenn man das Erleben und Handeln von Menschen aus ihrer Perspektive erklären möchte, indem man sie auf die subjektiven Theorien dieser Menschen zurückführt, muss eine Forschungsmethode gewählt werden, die das Wesen der empirischen Welt so gut wie möglich repräsentiert und dem Forschungsgegenstand gerecht wird (vgl. HUBER 1992, 126; BOSCH 1998, 14). Das bedeutet für die vorliegende Untersuchung, dass die Aspekte der subjektiven Lebenswelt so beleuchtet werden, wie sie von den drogenerfahrenen Menschen selbst erlebt werden. Die Methode der Grounded Theory stellt eine handlungsorientierte, gegenstandsverankerte Methode dar, die die vielen Facetten im Bereich dessen, wie Menschen handeln, was sie beeinflusst und wie sie die Welt sehen, aufzeigen kann. „Eine **„Grounded“ Theory** ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich – was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen“ (STRAUSS & CORBIN 1996, 7f). Das Hauptziel der Methode der Grounded Theory ist die Entwicklung einer Theorie, die dem Gegenstandsbereich gerecht wird und ihn erhellt, d.h. die Verhaltensmuster erklärt, die für die Zielgruppe der Untersuchung bedeutsam oder problematisch sind (vgl. BOSCH 1998, 14). Die Auswertung des Datenmaterials dieser Untersuchung basiert daher im wesentlichen auf Auswertungstechniken dieser spezifischen Methode. Die Unterschiede zwischen diesen Auswertungstechniken und der hier gewählten methodischen Vorgehensweise bestehen darin, dass nur eine einmalige Datenerhebung durchgeführt wurde. Ein weiterer Unterschied ergibt sich daraus, dass in Anbetracht des zeitlichen Rahmens zur Bearbeitung einer Diplomarbeit die Notwendigkeit auftrat, die Vielzahl der Kodierungen, die sich aus dem ersten Auswertungsschritt ergaben, zu reduzieren. Um jedoch ein möglichst großes

Text- bzw. Datenspektrum zu erfassen wurden nur die Kodierungen zur Kategorienbildung herangezogen, die in jedem einzelnen Interview häufiger als dreimal auftraten. Ein Nachteil könnte in dem Verlust relevanter Daten bestehen.

Zur Unterstützung des Auswertungsprozesses wurde das Computerprogramm AQUAD FÜNF eingesetzt (vgl. HUBER 1992; 1999).

4. Datenerhebung

Um das subjektive Körperleben drogengebrauchender Menschen in seiner spezifischen Eingebundenheit in Lebenszusammenhänge adäquat erfassen zu können, wurde das episodische Interview gewählt, das durch offene Antwortformate den Probanden die Möglichkeit der Eigendarstellung und freien Beschreibung gibt. Dieses Verfahren ermöglicht kontextbezogene Darstellungen des Körpererlebens in Form von Erzählungen, die an situative Formen des Erfahrungswissens anknüpfen, d.h. an Situationen, in denen der Proband Erfahrungen gemacht hat, die für die Fragestellungen bedeutsam sind (vgl. FLICK 1999).

Der Interviewleitfaden wurde im Rahmen eines Forschungsseminars zum Thema aus der in 2.2. referierten Diskussion entwickelt und erprobt. Inhaltlich bezogen sich die Leitfragen auf folgende Aspekte: Funktionsfähigkeit und Gesundheitserleben, Körperkontakte und Wahrnehmen von Emotionen im Körper, Selbstakzeptanz und Fremdakzeptanz, Erfahrungen mit dem eigenen Körper im Verlauf der Biographie, Vertrautheit und Unvertrautheit mit dem Körper, Erfahrungen mit der Abwertung von Leiblichkeit und Beschädigungen der körperlichen Integrität, Geschichten des Berührens und des Körpers als geschlechtlicher, sexueller Körper, Freude versus Unbehagen am/mit dem Körper und Strategien zum Wohlfühlen sowie Stress und Überforderung in Körperreaktionen. Die aus diesen Aspekten entwickelten Leitfragen lauteten:

1. Jede(r) macht im Laufe seines Lebens ganz unterschiedliche Erfahrungen mit seinem Körper, nimmt ihn wahr, erlebt ihn vom Kleinkindalter bis zum Erwachsenenalter in guten und schlechten Situationen: Bitte erzählen Sie uns von diesen vielfältigen Erfahrungen, so, wie diese Ihnen einfallen.
2. Menschen erleben manchmal Situationen, in denen sie sich über ihren Körper freuen: Vielleicht fallen Ihnen ja auch dazu Situationen, Erinnerungen, Bilder ein, die Sie erzählen möchten?

Manchmal ärgern sich Menschen auch über ihren Körper: Erinnern Sie sich auch da an etwas?

3. Unser Körper ist auch unser wichtigstes Handwerkszeug: Bitte erzählen Sie von Erfahrungen damit, wie Sie Ihren Körper benutzen und einsetzen:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit?

Wie sehr können Sie sich auf Ihren Körper verlassen?

4. Manchmal erleben wir uns als nicht so fit und weniger gesund: Bitte erzählen Sie von solchen Erfahrungen und Situationen.
5. Unser Körper wird in alltäglichen Situationen auch von anderen erlebt und wahrgenommen: Erleben Sie sich selbst in solchen Situationen als körperlich attraktiv für andere Menschen, wie sehr mögen Sie selbst Ihren Körper?
6. Viele gefühlsmäßigen Erfahrungen mit uns selbst und mit anderen Menschen erleben wird auch körperlich (Unruhe, Erröten, Schwitzen, Erregung, ...): Bitte erzählen Sie von solchen Erfahrungen und den körperlichen Empfindungen dabei. Vielleicht haben Sie auch erlebt, dass sich diese Empfindungen mit der Zeit geändert haben?
7. Der Körper ist auch wichtig in zärtlichen Berührungen, erotischen Momenten mit anderen Menschen: Wie erleben Sie sich selbst in solchen Situationen körperlicher Nähe?
8. Neben den positiven Erfahrungen mit Nähe haben Menschen auch verletzende oder gewaltsame Erfahrungen im Umgang mit anderen gemacht; können Sie von solchen Erfahrungen erzählen, aus alltäglichen Erfahrungen in Familie, Partnerschaft, ... – oder auch aus Erfahrungen mit medizinischen Behandlungen, Therapien?
9. Wenn Sie die Erfahrungen anschauen, die Sie in unserem Gespräch erinnert und berichtet haben: Welche wichtigen Erfahrungen in Ihrer Körperwahrnehmung können Sie dem Umgang mit Drogen zuschreiben?

Insgesamt wurden 6 drogenerfahrene Männer im Rahmen des Forschungsseminars befragt, wobei zur Analyse nur 4 Interviews herangezogen wurden. Die Begründung solch einer Beschränkung ist in der Redundanz der Daten und der begrenzten Zeit zur Bearbeitung einer Diplomarbeit zu sehen. Zur Fixierung der Daten während der Interviewdurchführung fiel die Entscheidung auf Tonbandaufzeichnungen, da so keine akustischen Konnotationen und verbalen Daten verloren gehen konnten. Als wesentliche Prämissen für die Durchführung der Interviews galten:

- Das Interview muss auf freiwilliger Teilnahme basieren.
- Die absolute Anonymität und die vertrauliche Bearbeitung der Daten zum Schutz der Privatsphäre wurden zugesichert.
- Die Beantwortung der einzelnen Fragen erfolgt freiwillig, und innerhalb der Fragen entscheiden die zu Interviewenden über den Grad der

Offenheit, d.h., wenn die Beantwortung einzelner Fragen unangenehm erscheint, darf auf keinen Fall eine Überredung versucht werden, um antizipierte Antworten zu vermeiden und Authentizität zu erhalten.

Vor jedem Interview wurden Einführungsgespräche geführt und einige biographischen Standarddaten wie Alter, Familienstand, Schulbildung, Berufsbildung, medizinische Behandlung, gegenwärtiger Drogengebrauchsstatus und Konsumhäufigkeit sowie aktuelle Wohnsituation erhoben, um einen ersten allgemeinen Überblick über die gegenwärtige soziale Lebenssituation der Interviewten zu erhalten. Die Interviews wurden in einer für die Interviewten vertrauten Umgebung durchgeführt.

5. Auswertung

Die Auswertung stellen wir in mehreren Schritten vor, die notwendig knapper sein muss als in der zugrundeliegenden Studie (EDELMAAN 2001). Nach einer Darstellung der biographischen Daten, werden wir die methodischen Schritte der Datenreduktion und die Datenrekonstruktion hin zu einem Theorieansatz vorstellen. Die analytische Geschichte, die als notwendiger Zwischenschritt zum Theorieentwurf hinführt, referieren wir aus Platzgründen hier nicht und verweisen auf die Originalarbeit.

5.1. Zusammenfassung der biographischen Daten

Frank ist 29 Jahre alt, geschieden, wohnt in einer Mietwohnung und hat einen Hauptschulabschluss, jedoch keine Berufsausbildung. Er wird mit Methadon substituiert. Methadon könnte unterstützend in Bezug auf eine Berufsausbildung sein, hat aber keinen Einfluss auf seinen Alkoholkonsum, der als problematisch einzuschätzen ist, da er gegenwärtig eine Flasche Wodka/Tag konsumiert.

Bernd ist 28 Jahre alt, ledig, lebt in einer Übergangseinrichtung, hat das Abitur gemacht und besitzt eine abgeschlossene Berufsausbildung. Er wird ebenfalls mit Methadon substituiert und weist einen kontrollierten Beigebrauch auf.

Thorsten ist 29 Jahre als, nicht verheiratet und lebt wie Frank in einer Mietwohnung. Auch hinsichtlich des Schulabschlusses und der beruflichen Qualifikation gibt es zu Frank keine Unterschiede. Thorsten wird nicht substituiert, lebt zum Interviewzeitpunkt abstinent von illegalen Drogen und praktiziert einen gelegentlichen und kontrollierten Alkoholkonsum, der als sozial integriert betrachtet werden kann.

Timo ist 31 Jahre alt und somit der Älteste der befragten Männer. Er ist ledig, besitzt einen Hauptschulabschluss, eine abgeschlossene Berufsausbildung und lebt wie Bernd in einer Übergangseinrichtung. Timo praktiziert einen kontrollier-

ten Drogenkonsum der nicht medikamentengestützt ist. Er bevorzugt keine bestimmte Droge, sondern nutzt die spezifischen Drogenwirkungen unterschiedlich: Heroin als sedierend, Kokain als aktivierend und stimulierend und Cannabis als entspannend und ausgleichend.

Die aufgeführten biographischen Standarddaten weisen auf ein multifaktorielles Bedingungsgefüge hin und zeigen bereits wichtige Ansatzpunkte in Form von Handlungsbedingungen in Bezug auf Drogensozialarbeit, wie z.B. Wohnraumbeschaffung, Entwicklung von Stützsystemen, Erweiterung von Handlungskompetenzen zum Zwecke der sozialen Integration von drogenerfahrenen Menschen. „Eine lebensweltorientierte soziale Arbeit engagiert sich für die Stützung primärer Hilfebeziehungen und nimmt generell eine Perspektive ein, die an den subjektiven Sichtweisen, Bedürfnissen und Möglichkeiten der Hilfesuchenden anknüpft. Lebensweltorientierung zielt auf alltägliche Handlungskompetenz, auf Förderung der Lebenspraxis, auf Aktivierung der Betroffenen und Selbstorganisation“ (FRANK 1993, 615). Die lebensweltorientierte Praxis Sozialer Arbeit bedarf einer Untersuchungsmethode, die in der Grounded Theory als gegenstandsverankert bezeichnet wird, weil sie aus der konkreten subjektiven Lebenswelt entsteht und auf diese zurückzuführen ist. Diese qualitative Auswertungsmethode, auf deren Grundlagen die Daten analysiert wurden, wird im Folgenden nur in den Auszügen näher betrachtet, die für die Ergebnisdarstellung relevant sind.

5.2. Datenreduktion

Die methodische Vorgehensweise soll im Folgenden anhand expliziter Untersuchungsschritte, die in Abbildung 1 (s. Anhang) dargestellt sind, aufgezeigt werden. Insgesamt waren fünf Schritte, die auf **Datenreduktion** basieren, für die Entwicklung der Schlüsselkategorie erforderlich.

Der methodische Prozess des qualitativen Auswertungsverfahrens wird im Folgenden zum besseren Verständnis chronologisch aufgezeigt. Tatsächlich handelt es sich um einen zyklischen Untersuchungsprozess, in dem die einzelnen Schritte nicht linear, sondern gleichzeitig in mehreren Durchgängen verlaufen, in denen die unterschiedlichen, verdichtenden Techniken des Kodierens, des Zuordnens zusammenfassender Begriffe zu Textteilen und dem Finden wiederum übergeordneter Begriffe (=Kodieren), parallel angewendet werden³.

³ Für Unterstützung in diesem diskursiven Prozess danken wir den SeminarteilnehmerInnen, insbesondere Brigitte Wildhagen, für ihr Engagement und ihre guten Ideen.

1. **und 2. Schritt:** Es wird eine Datenreduktion durch Kodierungen und Kategorienbildung, in die die Kodierungen eingeordnet werden, erreicht. Das gesamte Datenmaterial jedes einzelnen Interviews wurde auf ähnliche oder gleiche Bedeutungseinheiten untersucht und entsprechend kodiert (1. Abstraktionsebene). Daran anschließend wurden die Kodierungen (die häufiger als dreimal im Text vorkamen) durch Querverbindungen innerhalb eines Textes mit Hilfe des axialen Kodierens zu 17 Kategorien abstrahiert (2. Abstraktionsebene).
3. **Schritt:** Die weitere Datenreduktion wird erreicht durch Entwicklung (vergleichen und in Beziehung setzen) der relevanten Kategorien eines Textes zur Bildung der Hauptkategorien (3. Abstraktionsebene).
4. **Schritt:** Der nächste Schritt der Datenreduktion erfolgt durch das Ordnen der Hauptkategorien über alle Texte und führte zur Bildung von 2 Kernkategorien: subjektive Theorien und Körpererleben. Kernkategorien sind die abstrahierte Form aller in den Texten vorkommenden Kategorien und Hauptkategorien (4. Abstraktionsebene).
5. **Schritt:** Die aus der Datenreduktion entstandenen Kernkategorien wurden zur Schlüsselkategorie abstrahiert, indem eine der Kernkategorien der anderen untergeordnet wurde (5. Abstraktionsebene). Das Ergebnis führte uns zum zentralen Phänomen **Geborgenheit**, „um das herum alle anderen Kategorien integriert sind“ (STRAUSS & CORBIN 1996, 94). Die 6. Abstraktionsebene der Datenrekonstruktion erfolgt durch die gegenstandsverankerte Interpretation der Schlüsselkategorie; das Ergebnis des interpretativen Abstraktionsprozesses wird am Text validiert. Außerdem bildet diese Schlüsselkategorie die Grundlage für die Datenintegration in Form einer analytischen Geschichte. Die analytische Geschichte ist wiederum die Basis für die Entwicklung des Theorieentwurfs.

5.3. Datenrekonstruktion

Der sechste Schritt der **Datenrekonstruktion** hin zum Theorieentwurf wird ausführlich in Abbildung 2 (s. Anhang) graphisch dargestellt und kurz erläutert.

Abbildung 2 entstand aus dem qualitativen, methodischen Prozess, der in Abbildung 1 dargestellt ist, und bezieht sich auf die 6. Abstraktionsebene des Datenauswertungsprozesses.

Die Kernkategorien bilden zwei Aspekte, subjektive Theorien und Körpererleben, unter denen das Phänomen Geborgenheit (Schlüsselkategorie) betrachtet werden kann. Seine Eigenschaften umfassen die Inhalte der Kernkategorien,

welche die spezifischen Problematiken der befragten Männer enthalten. Die Inhalte der Kernkategorien beziehen sich auf die Hauptkategorien (Beziehungen, Gefühle, subjektive Bedürfnisse, kognitive Strukturen, soziale Lebensweltorientierung, Sexualität, subjektive Bewältigungsstrategien und Stützsysteme), ihre spezifische Beziehung zueinander, die damit verbundenen Wechselbeziehungen sowie die spezifischen subjektiven Bedeutungen, die ihnen von den Männern zugewiesen wurden. Diese Bedeutungen entscheiden darüber, wie subjektiv wahrgenommen, erlebt, gedacht und gehandelt wird, und bilden so die Kernkategorien in Form von zwei Ebenen: die Aktions- (Kernkategorie: subjektive Theorien) und Wahrnehmungsebene (Kernkategorie: Körpererleben). Die Bildung der Kernkategorien entstand durch die spezifischen Relationen zwischen den Hauptkategorien. Das bedeutet, dass die subjektiven Interpretationen von Erleben und Wahrnehmen (Kernkategorie: Körpererleben) auf der Handlungsebene (Kernkategorie: subjektive Theorien) mit Hilfe subjektiver Selbstkonzepte und Deutungsmuster erfolgen, die in Beziehung zu den Hauptkategorien stehen.

Die spezifischen Relationen zwischen der Kernkategorie subjektive Theorien und den Hauptkategorien sind subjektive Strategien des Abwägens, Kontrollierens und Handelns. Die Relationen zwischen den Hauptkategorien und der Kernkategorie Körpererleben sind subjektives Empfinden und die damit verbundenen Motivationen und Handlungsanforderungen. Die Untersuchungsaspekte beziehen sich inhaltlich auf Elemente des Körpererlebens als subjektive Erfahrung mit dem eigenen Körper. Es soll aufgezeigt werden, dass Körperkontakte, die negativ auf das Körpererleben wirken, als negative Berührungserfahrungen oder Beschädigungen der körperlichen Integrität zu betrachten sind und negativ auf das Gesundheitserleben und die körperliche Funktionsfähigkeit wirken. Damit sind sie konstitutiv für das berichtete subjektive Unbehagen am Körper. Dieses Unbehagen wirkt wiederum negativ auf die individuelle Selbstakzeptanz und die subjektiven Einschätzungen von Fremdakzeptanz (Akzeptanz des Körpers durch andere) auf der körperlichen Erlebensebene (Kernkategorie) und beeinflusst die zu dieser Ebene in Wechselbeziehung stehende Denk- und Handlungsebene der subjektiven Theorien.

Die das negative Körpererleben verursachenden Aspekte entsprechen den fehlenden Identitätselementen, die jedoch für das Erleben von Schutz und Sicherheit benötigt werden und dem Grundbedürfnis nach Geborgenheit entsprechen. Das Fehlen von Stützsystemen, die personell-emotionale Geborgenheit vermitteln, wird mit Strategien der Körperobjektivierung bewältigt und durch das Stützsystem Drogenkonsum ersetzt, weil die Drogenwirkung unter Aufrechterhaltung der Körperobjektivierung das Erleben (ego-)zentrischer Geborgenheit unter Umgehung von exzentrischen Erlebniseinheiten ermöglicht. „Im zentrischen Erleben erlebt man sich selbst als das unmittelbare Zentrum der Wahrnehmung. [...] Der Begriff des Leibes verortet sich auf dieser Ebene; er umfasst das unmittelbare,

authentische Binnenerleben des eigenen Körpers. [...] Von der zentrischen zu unterscheiden ist die exzentrische Position, die für Menschen charakteristisch ist. In dieser wird das leibliche Selbst als relativ zur Umwelt wahrgenommen und gespürt“ (VILLA 2000, 189). „Das Wesentliche der exzentrischen Positionalität besteht darin, dass das leibliche Selbst seinerseits auf die Umweltbeziehung bezogen ist. (...) Das leibliche Selbst erlebt nicht nur die Umwelt, sondern –aufgrund der Distanz zu sich- sich auch als ein die Umwelt erfahrendes leibliches Selbst“ (LINDEMANN 1993, 29 zit. n. VILLA 2000, 189). Exzentrisches und zentrisches Erleben können als Einheit des **Körper-Sein** betrachtet werden. Die Bewältigungsstrategie der Körperobjektivierung in Verbindung mit Drogenkonsum lässt daher eher ein (ego-)zentrisches Erleben zu und führt zu einer Art Ersatz von Körpererleben, der subjektiv als Geborgenheit im Kontext des **Körper-Habens** erscheint.

5.4. Theorieentwurf

Die Theorie der Geborgenheit soll in zwei verschiedenen Kontexten dargestellt werden: Geborgenheit im drogenbezogenen Kontext auf der Basis von Risiken, die subjektiv als gering eingeschätzt werden, und Geborgenheit im interaktionalen Kontext, in dem Risiken, Geborgenheit zu erleben, subjektiv als hoch bzw. kritisch eingeschätzt werden. Interessant ist dabei, dass beide theoretischen Verlaufsformen Prozesse darstellen, in deren Verlauf das Phänomen unterschiedliche Funktionen einnimmt: Das Phänomen Geborgenheit im drogenbezogenen Kontext bleibt konstant als Bedürfnis erhalten; die Handlungs- und Interaktionskonzepte der befragten Männer sind flexibel, im Fluss befindlich, reagibel. Sie antworten mit variablen Reaktionen auf sich verändernde Bedingungen, um Geborgenheit zu erleben. Das ganze Ziel beim Bewältigen des drogenbezogenen Geborgenheitserlebens besteht jedoch darin, Geborgenheit unter sich ständig verändernden Lebensbedingungen zu sichern, so dass das Phänomen Geborgenheit (Handlungsziel) im Prozess als Konstante erscheint.

Im Gegensatz zum drogenbezogenen Kontext kann der interaktionale Kontext die Funktion von Geborgenheit selbst verändern, und sie kann zu einem Übergangsphänomen werden, das durch Stadien und Phasen gekennzeichnet ist, die die Möglichkeiten der Entwicklung und des Wandels bieten. Die Konsequenzen dieser Entwicklung im Umgang mit Geborgenheit würden sich dann in Identitätsarbeit auf den Weg zur individuellen Selbstverwirklichung zeigen. (vgl. STRAUSS & CORBIN 1996, 126-131).

Kontext: 1: Das Erleben von Geborgenheit durch Drogenkonsum

Die Risiken, Geborgenheit durch Drogenkonsum zu erleben, werden von den befragten Männern als sehr gering eingeschätzt, weil der Körper nicht als Subjekt wahrgenommen werden muss und das damit verbundene Körpererleben in bezug zu kritischen Lebensereignissen verdrängt bleiben kann. Die körperlichen und emotionalen Hinweise auf diese schmerzhaften Erfahrungen, wie z.B. schmerzhafte Erkrankungen oder Entzugssymptome, die auch durch Methadonkonsum entstehen können, können sicher abgeschätzt und durch Drogen bewältigt werden. Das Ergebnis der Abschätzung führt lediglich zum Problem der Drogenbeschaffung. Eine Alternative bietet Methadon in Bezug auf die Schmerzbewältigung und die Reduktion von Körpererleben, jedoch ersetzt es, in Form der ärztlich verordneten Dosis, nicht das „breit sein“, welches als lang anhaltendes intensives Geborgenheitserleben empfunden wird. Die Männer wägen dieses Problem ab und wählen manchmal die Form des Beikonsums, wie z.B. zusätzlichen legalen und/oder illegalen Drogenkonsums. Die Wahl bezieht sich auf die spezifische situations- und emotionsbezogene Form des Geborgenseins, das auch soziale Elemente beinhaltet. Je nach Dosis kann der Alltag gestaltet werden, wie z.B. die Bewältigung der beruflichen Tätigkeiten, die Elemente der sozialen Lebensweltorientierung sind und das soziale und gesellschaftliche „Dazugehören“ als Aspekt sozialer Geborgenheit verkörpern. Das Bewältigen dieser Bedürfnisanforderungen kann in diesem Kontext als Kontrolle beschrieben werden, um den Alltag zu strukturieren. Der Drogenkonsum dient in diesem Handlungskontext als Unterstützung zur Stabilisierung der Körperobjektivierung, als Ersatz für Interaktionen und für nicht erfahrene und deshalb auch nicht gelernte Geborgenheit. Auch HIRSCH (1989) kommt in der Einleitung zu dem von ihm herausgegebenen Band zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens (Untertitel) zu der unsere Überlegungen stützenden Einschätzung: „Auch noch die schwerste Form der Abspaltung des Körperselbst hat m.E. die Intention, das Gesamtself vor der völligen Desintegration zu bewahren, wenn das auch teilweise mit wenig Erfolg verbunden ist“ (5).

Der Drogenkonsum ist auch eine wichtige intervenierende Bedingung im biographischen Entwicklungs- und Erfahrungsverlauf, weil er die Möglichkeit, Geborgenheit nur im „hier und jetzt“ zu erleben, ohne Einbezug der Vergangenheit bietet. Belastende vergangene Erfahrungssituationen bleiben ausgeblendet, und rückbezügliche Situationsmerkmale verlieren ihren Erinnerungscharakter.

Die Kontrollstrategie des Überwachens von und Achtens auf subjektives Wohlempfinden zentriert sich auf schmerzhafte Körperreaktionen und die Stabilisierung der Körperobjektivierung. Diese Kontrollstrategie wird jedoch eingeschränkt durch zeitlich gebundene und ärztlich dosierte Methadongaben oder Drogenbeschaffungsmaßnahmen. Diese Einschränkungen wirken intervenierend

auf das subjektive Denken, Handeln und Körpererleben der befragten Männer, die durch die Strategie der Antizipation von Zukunft jedoch wieder relativiert wird. Die Taktik der Antizipation von Zukunft wirkt auf die Männer beruhigend und entlastend, weil sie mit der Gewissheit und Sicherheit verbunden ist, zu einem bestimmten (nahen) Zeitpunkt körperliches und psychisches Unbehagen wieder aufheben zu können. Die Bewältigungsstrategie des Drogenkonsums bedarf auch keiner zwischenmenschlichen Interaktionen und vermeidet die damit verbundenen Risiken.

Bezogen auf das Ergebnis und Handlungsziel der Männer, bestehen innerhalb des drogenbezogenen Handlungs- und Bedingungskontextes geringe Risiken. Dieser Kontext erzeugt wenig Angst in Bezug auf das Erleben intensiver Geborgenheit. Die Bemühungen der Männer, Angst erzeugende Risiken zu begrenzen, werden durch das Ergebnis der Geborgenheit belohnt. Diese von den Männern angestrebte Geborgenheit hat, bezogen auf den zeitlichen Aspekt, die spezifische Qualität eines „Schaltermodells“, weil sie genau so lange erlebt wird, wie die Drogenwirkung anhält, und kein Profitieren für die Zukunft ermöglicht. Das Phänomen Geborgenheit hat in diesem Kontext, bezogen auf Entwicklungsmöglichkeiten, einen konstanten Charakter durch die Blodierung des Körpererlebens, anstelle eines flexiblen Übergangscharakters, der im folgenden interaktionalen Kontext deutlich wird.

Kontext 2: Das Erleben von Geborgenheit durch Interaktion

Die interaktionalen Kontextbedingungen bergen für die befragten Männer subjektiv ein hohes Risiko, weil die Körperobjektivierung, bezogen auf die Erfüllung des Bedürfnisses von Geborgenheit, destabilisiert wird und ihre Schutzfunktion verliert, um ein intensives Körpererleben zu ermöglichen. Körperliche und emotionale Hinweise, die gelegentlich als „etwas vermissen“ auftreten, werden von den befragten Männern kognitiv als Sehnsucht nach Geborgenheit erlebt, die durch zwischenmenschliche Beziehungen erfüllt werden will. Die Männer schätzen die damit verbundenen Gefahren von emotionalen Verletzungen ein, indem sie auf positive rückbezügliche Erfahrungen im partnerschaftlich-sexuellen Kontext Bezug nehmen, die sie nach ihren kritischen Lebensereignissen und teilweise vor dem ersten Drogenkonsum gemacht haben. Diese spezifische Form der Geborgenheit bezieht nicht nur die Gegenwart, sondern auch Teile der Vergangenheit mit ein. Das Problem der befragten Männer besteht jetzt darin, Kontrollstrategien zu entwickeln und anzuwenden, die das Risiko der emotionalen Verletzung gering halten. Die Strategie des Abschätzens ist in diesem Kontext komplizierter, weil die Schutzfunktion des „Körpers-nicht-Erlebens“ aufgegeben wird, so dass einerseits die Erinnerung an schmerzhaftere Lebensereignisse entstehen kann und andererseits erneute emotionale Verletzungsmöglichkeiten durch die Interakti-

onspartner bestehen. Die Männer müssen deshalb Abstriche machen, ihre Kontrollstrategien einschränken und ihren InteraktionspartnerInnen vertrauen. Um die Wahl des geringsten Risikos zu treffen, erhöhen sie die verbleibenden Kontrollmöglichkeiten. Sie orientieren sich an spezifischen, erfahrungs- und vorstellungsbezogenen Situationskriterien. Diese Bewältigungsstrategie ist eine wichtige intervenierende Bedingung und bietet Ersatz für die aufgegebenen Schutzfunktion der Körperobjektivierung. Die Voraussetzungen dieser spezifischen Bewältigungsstrategie beziehen sich auf eine spezifische Atmosphäre und spezifische Anforderungen an menschliche Eigenschaften. Die Inhalte dieser Voraussetzungen entsprechen durch soziale geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen weiblichen Attributen, Eigenschaften und Verhaltensweisen, wie z.B. Romantik, Wärme, Zuneigung, Vertrauen, Kontinuität, Empathie, Zärtlichkeit, Erwünschtheit, in den Arm nehmen, Schutz, Anerkennung, Akzeptanz und Aufmerksamkeit. Diese Inhalte entsprechen Bedürfnissen, die in ihrer Gesamtheit das Phänomen Geborgenheit ausmachen, welches die Männer erleben wollen. Die notwendigen Maßnahmen zur Erfüllung des Bedürfnisses nach Geborgenheit beziehen sich im interaktionalen Kontext auf einen geschützten, behaglichen Ort und einen vertrauensvollen Interaktions- und Beziehungspartner um das Erleben von Geborgenheit zu ermöglichen. Das ganzheitliche Empfinden von Geborgenheit kann dann als Zwischenziel bzw. Übergang auf dem Weg der Weiterentwicklung zur Selbstverwirklichung genutzt werden. In diesem Kontext besteht die Möglichkeit, das Phänomen Geborgenheit nicht nur als konstantes Ziel zu nutzen, sondern als Übergang zu neuen bedürfnisorientierten Wachstumsmöglichkeiten.

6. Zusammenfassung und Fazit

Die Untersuchungsergebnisse erbrachten Antworten in Form spezifischer Aspekte zum Verhältnis Körpererleben und Drogenkonsum, die im Verlauf der Untersuchung entwickelt wurden. Konkret beziehen sich die Ergebnisse auf folgende Fragen und deren Beantwortung.

(A) Welche Bedeutung hat der Körper für die befragten Männer?

Das Körpererleben ist negativ besetzt, d.h., der Körper wird von den befragten Männern als Objekt betrachtet, weil kritische Lebensereignisse nicht angemessen bewältigt werden konnten und das Empfinden von Geborgenheit nicht erlebt und/oder gelernt wurde. Die **Körperobjektivierung** hat für die Männer die **Doppelfunktion**, dass der objektivierter Körper einerseits als Panzerung zum Schutz vor emotionalen Verletzungen dient und andererseits durch das „Nichtspüren“ (als Ausblendung von Körpererleben) der Körper als normal empfunden

werden kann. Körperselbstbezüge in Form von Körper-Sein zeigen sich für die Männer in negativ empfundenen Körperreaktionen, wie z.B. schmerzhaftes Krankheiten und Entzugssymptome. Positive Körperselbstbezüge erleben die befragten Männer in sexuell-partnerschaftlichen Beziehungen.

(B) Welche Bedeutung hat Sexualität für die befragten Männer?

Die **Sexualität** im Kontext von Beziehungen stellt für die befragten Männer eine **Ausnahme** in Bezug auf positiv erlebte Körperkontakte dar, indem die Männer ihren Körper als Subjekt empfinden und sich ganzheitlich geborgen fühlen können. Trotzdem ziehen sie den Drogenkonsum den positiven Körperkontakten und dem positiven Körpererleben vor, weil die Risiken, wie z.B. verlassen oder emotional verletzt zu werden, ihnen subjektiv als zu hoch erscheinen. Das bedeutet, dass das **drogenbezogene** egozentrische Geborgenheitserleben einen subjektiv höheren Schutzfaktor bietet und deshalb die **attraktivere Alternative** in Bezug auf Geborgenheit ist.

(C) Wann und wie kann der Körper ganzheitlich (Körper-Sein) von den Männern erlebt werden?

Das **ganzheitliche Körpererleben** ist durch bedürfnisorientierte Voraussetzungen determiniert, die **situations- und personenspezifisch** und als Elemente von subjektiv empfundener Geborgenheit zu betrachten sind, wie z.B. eine romantische Atmosphäre sowie langfristige und vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehungen.

(D) Welche Eigenschaften determinieren das Bedürfnis nach Geborgenheit?

Das subjektive Bedürfnis nach Geborgenheit umfasst **Eigenschaften**, die im kulturell-gesellschaftlichen Kontext **weiblichen Attributen** entsprechen. Diese weiblichen Eigenschaften bergen Identitätskonflikte in Bezug auf die gesellschaftlich-soziale Geschlechterrolle des Mann-Seins, die von den befragten Männern durch ihre soziale Lebensweltorientierung übernommen wurde und dem Bedürfnis nach Geborgenheit konträr entgegensteht. Aus diesem Grunde wirkt die soziale Festschreibung auf die **geschlechtsspezifische Rolle** des Mann-Seins stabilisierend auf die **Körperobjektivierung**, weil bei Verbalisierung des Bedürfnisses nach Geborgenheit die Gefahr der emotionalen Verletzung, z.B. kein „richtiger“ Mann zu sein, durch andere besteht.

(E) Was ist die Drogengebrauchsmotivation der befragten Männer?

Die Drogengebrauchsmotivation der befragten Männer fungiert einerseits als **Strategie zur Körperobjektivierung**, als **Ersatz** für Interaktionen und andererseits zur **Erfüllung** subjektiver Bedürfnisse nach Schutz und Sicherheit.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass positives Körpererleben für die Männer im Kontext einer spezifischen **Interaktionssituation** möglich ist, die als vertrauensvolle, bedürfnisorientierte und –erfüllende Beziehungssituation strukturiert ist. Ein solche Körpererfahrung zu ermöglichen ist als **Auftrag an die Drogensozialarbeit** zu verstehen, wenn sie neue Entwicklungschancen ermöglichen will, die u. E. nur aufbauen können auf einer die psychosoziale Identität tragenden nicht abgespalteten Leiblichkeitserfahrung. Strategien zur Befriedigung psychisch-emotionaler Bedürfnisse wieder neu zu lernen - ohne Körperobjektivierung oder Selbstdestruktion als Schutz zu brauchen, könnte im Rahmen einer leiborientierten Sozialarbeit, die in ihren berufsspezifischen Settings sanfte Wege der Wiedereingliederung von Körper anbietet, gelingen (vgl. MILZ & OTS 1999). Konkrete Projekte für eine so verstandene Sozialarbeit finden sich in diesem Band bei Yanar und Böhmer. Praktische Beispiele für in die Soziale Arbeit integrierbare Methoden neben erlebnispädagogischen Angeboten sind: Konzentrativmeditative Verfahren (vgl. z.B. KABAT-ZINN 1994), Massagearbeit mit Gesprächsbegleitung (vgl. z.B. EGGENBERGER 1991), Atemarbeit (vgl. z.B. PALOS 1968), Konzentrierte Bewegung (vgl. z.B. STOLZE 1984), Laufen (WEBER 1985),

Eine vertiefte Diskussion der Körperthematik am Beispiel der Feldenkraismethode findet sich bei SMERSOW & TILLMANN in diesem Band.

7. Literaturverzeichnis

ASPER, K. (1999). Verlassenheit und Selbstentfremdung. Neue Zugänge zum therapeutischen Verständnis. München

BONGERS, D. (1995). Das Körper selbstbild von Männern. In: BRÄHLER, E. (1995, 2. Aufl.): Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Gießen

- BORNEMAN, E. (1990). Sexualität. In: GRUBITZSCH, S. & REXILIUS, G. (1990): Psychologische Grundbegriffe. Mensch und Gesellschaft in der Psychologie - Ein Handbuch. Reinbek
- BOSCH, C.F.M. (1998). Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden
- BRÄHLER, E. (1995, 2. Aufl.). Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Gießen
- DEUSINGER, F.M. (1998). Die Frankfurter Körperkonzeptskalen. Göttingen
- DEWE, B. (1998). „Lebenswelt“ – eine Orientierung für Sozialarbeit ? In: PANTUCEK, P. & VYSLOUZIL, M. (Hrsg.). Theorie und Praxis Lebensweltorientierter Sozialarbeit. St. Pölten
- DU BOIS, R. (1990). Körper-Erleben und psychische Entwicklung. Göttingen
- EDELMANN, B. (2001). Körperbewusstsein und Drogenabhängigkeit. Diplomarbeit am Fachbereich Sozialwesen der Ev. Fachhochschule Hannover
- EGGENBERGER, D. (1991). Körper, Seele und Geist in der modernen Massagearbeit. Integrative Therapie 3/91, S. 254 - 278
- FLICK, U. (1999, 4. Aufl.). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek
- FRANK, G. (1993, 3. Aufl.). Lebenswelt. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt/M.
- GIELER, U. (1995, 2. Aufl.). Haut und Körpererleben. In: BRÄHLER, E. (1995): Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Gießen
- HIRSCH, M. (Hrsg.). (1996, unveränderter Nachdruck 1998). Der eigene Körper als Objekt. Gießen
- HOMFELDT, H. G. (Hrsg.). (1999). „Sozialer Brennpunkt“ Körper – Körpertheoretische und –praktische Grundlagen. Hohengehren
- HUBER, G.L. (1992). Qualitative Analyse. Computereinsatz in der Sozialforschung. München
- HUBER, G.L. (1999). Analyse qualitativer Daten mit AQUAD Fünf für Windows. Schwangau
- JORASCHKY, P. (1995). Das Körperschema und das Körper-Selbst. In: BRÄHLER, E. (1995, 2. Aufl.). Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Gießen
- KABAT-ZINN, J. (1994, 2. Aufl; amerik. Orig.1990). Gesund durch Meditation. Bern

KELLE, U. (1994). Empirisch begründete Theoriebildung – Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung. Weinheim

KEUPP, H. u.a. (1999). Identitätskonstruktionen. Reinbek

MEYER-BENDRAT, K.-P. (1999). Kooperative Pflegetheorie. Evangelische Fachhochschule Hannover

MILZ, H. & OTS, Th. (1999). Leiberfahrung versus Körperdisziplinierung. In: HOMFELDT, H. G. (Hrsg.). „Sozialer Brennpunkt“ Körper – Körpertheoretische und –praktische Grundlagen. Hohengehren

MONTAGU, A. (1990, 6. Aufl.). Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Stuttgart

NOLTING, H.-P. & PAULUS, P. (1999). Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung. Weinheim und Basel

PANTUCEK, P. (1998). Lebensweltorientierte Individualhilfe. Freiburg

PALOS, St. (1968). Atem und Meditation – Moderne chinesische Atemtherapie. Bern

PIAGET, J. & INHELDER, B. (1977, franz. Orig. 1966). Die Psychologie des Kindes. Frankfurt/M.

SPITZ, R.A. (1973, 3. Aufl.). Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen des ersten Lebensjahres. Stuttgart

STOLZE, H. (1984). Die konzentrierte Bewegungstherapie – Grundlagen und Erfahrungen. Berlin

STRAUSS, A. & CORBIN, J. (1996). Grounded Theory - Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim

TEEGEN, I. (1994). Körperbotschaften. Reinbek

TERBUYKEN, G. (1998b) Wissen sie, was sie tun ? Untersuchungen von Interventionsstrategien bei in der SPFH arbeitenden SozialarbeiterInnen. In: GOLDBACH, G.; HORSTMANN, G. SPERBER, W.; TERBUYKEN, G. (Hrsg.). Ausbildung zur Sozialen Arbeit - eine Handlungswissenschaft auf dem Prüfstand. Hemmingen

UEXKÜLL, T.v. (1997, 2. Aufl.). Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart

VILLA, P.-I. (2000). Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Opladen

WEBER, A. (Hrsg.).(1985). Gesundheit und Wohlbefinden durch regelmäßiges Laufen. Paderborn

Anhang 1

Abb. 1: Die qualitative, gegenstandsbezogene Theorieentwicklung als methodischer Prozessverlauf des Auswertungsverfahrens



