

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,  
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität  
Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,  
Düsseldorf/Hückeswagen  
Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb  
Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund  
Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität  
Krems  
Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für  
psychosoziale Gesundheit, Rorschach  
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für  
psychosoziale Gesundheit, Rorschach  
Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems,  
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,  
Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

**Ausgabe 17/2007**

## **Resilienz und Risiko in der stationären Drogentherapie** **Eine Untersuchung zur konzeptionellen Ressourcenorientierung der** **stationären Drogenarbeit in der Schweiz**

*Dr. Roland Mahler, Elsau b. Winterthur\**

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) und aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Psychotherapeutischer Psychologie“, Donau-Universität Krems. Diese Arbeit wurde auf der Grundlage einer Masterthese an der Donau-Universität Krems erstellt. [Betreuer Prof. Dr. H. Petzold](#).

## **Inhalt:**

Vorwort

### 1. Einleitung und Fragestellung

- 1.1. Warum das Thema?
- 1.2. Allgemeine Fragestellung
- 1.3. Grenzen der vorliegenden Untersuchung

### 2. Risiko und Resilienz in der aktuellen Entwicklungspsychologie

- 2.1. Life-span-developmental Psychology: Theorie einer lebenslangen Entwicklung als Grundlage eines Begriffs der Persönlichkeit
- 2.2. Life-event-Management: Umgang mit prägenden Lebensereignissen als Entwicklungsparameter
- 2.3. Risikofaktoren vs. Protektive Faktoren?
- 2.4. Vom protektiven Faktor zur Resilienz: Neuropsychologische Überlegungen zu sozialen Lernprozessen und Motivation
- 2.5. Ethische Überlegungen

### 3. Der salutogenetische Ansatz und seine gesellschaftspolitischen Implikationen

- 3.1. Salutogenese als Paradigma der Ressourcenorientierung
- 3.2. Leben zwischen Überleben und Lebensqualität
- 3.3. Sense of Coherence und postmodernes Selbstkonzept

### 4. Drogentherapie als gesellschaftspolitische Intervention

- 4.1. Karrierebegleitende Drogenarbeit / Suchttherapie als unerfülltes Desiderat
- 4.2. Sucht als Lernprozess
- 4.3. Leben lernen: Rollenkompetenz(en) in einer transversalen Gesellschaft

### 5. Was ist Risikotherapie?

- 5.1. (Hoch-)Risikoverhalten
- 5.2. Interventorische Überlegungen zwischen Kontrolle und Gleichgültigkeit

### 6. Was ist Resilienztherapie?

- 6.1. Resilienz als erworbene Fähigkeit der Problemlösung unter sich ändernden Bedingungen
- 6.2. Resilienzen erkennen – Resilienz objektivieren
- 6.3. Resilienz stärken als (sozial-) therapeutische Aufgabe

## EMPIRISCHER TEIL

### 7. Fragebogen zur Erhebung von Daten bzgl. konzeptioneller risiko- und resilienzorientierter Förder- bzw. Behandlungsplanung in sozialtherapeutischen Institutionen der stationären Drogenhilfe.

- 7.1. Skalen und Itemkonstruktion
- 7.2. Stichprobe
- 7.3. Reliabilität und Validität

- 7.3.1. Reliabilitätsprüfung und Trennschärfe der Items
- 7.3.2. Validität

### 8. Evaluation der erhobenen Daten

- 8.1. Faktorenanalytische Anmerkungen
- 8.2. Mittelwertanalysen (Verteilungsanalysen) etc.
  - 8.2.1. Skala Selbstdarstellung der Institutionen: Eigenschaften des therapeutischen Konzepts
  - 8.2.2. Skala C: Regenerative Aspekte des Konzepts
  - 8.2.3. Skala D: Permanenz zentraler Lebenserfahrungen
  - 8.2.4. Skala E: Förderplanung

### 9. Interpretation im Blick auf die Fragestellung

- 9.1. Allgemeine Fragestellung
  - 9.1.1. Die Institutionen
  - 9.1.2. Orientierung am Resilienz-Risiko-Modell
- 9.2. Beziehungsorientierung und Kommunikation

### 10. Abschliessende Stellungnahme und Diskussion

## ANSTÖSSE FÜR DIE PRAXIS

### 11. Konzeptionelle, praxeologische und methodische Entwicklungsperspektiven im Hinblick auf eine künftige stationäre Drogenarbeit im Zeichen der Ressourcenorientierung

## ZUSAMMENFASSUNG

## LITERATURVERZEICHNIS

## ANHANG

Fragebogen zu Risiko und Resilienz (Ressourcenorientierung) in der stationären Drogentherapie

## **Vorwort**

Die vorliegende Untersuchung ist als Abschlussarbeit im Rahmen des Masterlehrganges in Psychotherapeutischer Psychologie an der Donau-Universität Krems entstanden. Besonderer Dank gilt meinem fachlichen Betreuer Prof. Dr. Hilarion G. Petzold, Dozent in allgemeiner und klinischer Entwicklungspsychologie. Ohne seine fachkundige Beratung und Unterstützung wäre die Fertigstellung dieser Masterthese in der aktuellen Form kaum möglich gewesen. Im Weiteren möchte ich der Lehrgangsleitung, allen voran Dr. F. Brander, für die tatkräftige Unterstützung und Ermutigung danken.

Die Arbeit befasst sich in ihrem ersten Teil mit der Aufarbeitung der relevanten theoretischen Grundlagen und Resultate der Resilienzforschung in der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne im Blick auf die konzeptionelle Grundlegung sozialtherapeutischer Drogenhilfe im Zeichen der Ressourcenorientierung. Hier geht es in erster Linie um die Darlegung des durch die Forschungsarbeiten bereitgestellten Materials sowie um die perspektivische Klärung der Begriffe Resilienz und Risiko im Blick auf das Konzept einer intermittierenden karrierebegleitenden Drogentherapie (Petzold / Hentschel) und insbesondere die dabei wirksamen sozialtherapeutischen Aspekte.

Im zweiten, empirischen Teil wird eine als Bestandteil der Untersuchung durchgeführte Erhebung zu ressourcenorientierten Elementen in der konzeptionellen Ausrichtung von 43 Institutionen der stationären Sucht- bzw. Drogenhilfe in der Schweiz vorgestellt. Die Daten werden evaluiert und im Blick auf die eingangs formulierte Fragestellung bzw. Hypothese interpretiert und diskutiert. Es zeigt sich dabei eine allgemeine Tendenz zu einem an salutogenetischen Aspekten orientierten Selbstverständnis der stationären Drogenhilfe. Der damit begründete Anspruch und seine inhaltliche Umsetzung stehen aber nach wie vor in einem gewissen Spannungsverhältnis zueinander – möglicherweise bedingt durch die allgemeine Problematik der Suchtarbeit wie durch die schwierige konzeptionelle Integration und Entwicklung ressourcenaktivierender Behandlungsansätze.

Elsau b. Winterthur im Januar 2007

# 1. Einleitung und Fragestellung

## 1.1. Warum das Thema?

Das Denken in der Begrifflichkeit von Risiko und Resilienz hat sich in den letzten Jahren als grundlegend in Konzeptionen der Entwicklungspsychologie, insbesondere auch in denjenigen der Entwicklungspsychopathologie<sup>1</sup> etabliert. Dabei muss angesichts der Breite des Anwendungsbereiches jeweils im Einzelfall geklärt werden, was mit der verwendeten Terminologie inhaltlich gemeint ist<sup>2</sup>. In der Regel wird die Begrifflichkeit im Rahmen einer an der Lebensspanne orientierten Psychologie der Entwicklung verwendet<sup>3</sup>. Entsprechend gehen wir in einer ersten Annäherung davon aus, dass im Rahmen eines menschlichen Entwicklungsgeschehens durch das Individuum im zeitlichen Fortgang seines Lebensverlaufs unterschiedliche Erfahrungen und Einflüsse verarbeitet werden müssen, die entweder als Herausforderungen („critical life events“<sup>4</sup>) oder als Stärkungen der eigenen Selbstkonstitution<sup>5</sup> wahrgenommen werden können. Hier setzt die Rede von protektiven Faktoren und Risikofaktoren, welche die menschliche Entwicklung beeinflussen, an. Protektive Faktoren „sind als externale, entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen“<sup>6</sup>, die als positive Impulse faktoriell den Verlauf des Lebens situativ mitbestimmen. Dagegen stehen die Risikofaktoren für die destruktiven, entwicklungshemmenden Einflüsse, welche in bestimmten Lebenslagen zum Schaden (etwa als Leiden erzeugende „Last“) des Betroffenen wirksam werden. Ebenso wie aus kumulierten Risikofaktoren eine dynamische Negativkarriere resultieren kann, vermögen sich protektive Faktoren als Kompetenzen und Performanzen einer künftiger Problemlösung zu organisieren. In diesem Falle sprechen wir von Resilienz (urspr. meint der Begriff in etwa die Elastizität eines Werkstoffes bei Ausseneinwirkung von Kräften).

Lebenskrisen gründen nicht selten in einem spezifischen Mangel an Kompetenz, herausfordernden Situationen erfolgreich (etwa im Blick auf die Stabilisierung des eigenen Selbst) oder zumindest adäquat (etwa im Blick auf die Erfordernisse der Umstände) zu begegnen. Kompetenzgewinn ist darum wesentlicher Inhalt erfahrener (Lebens-) Hilfe. Der Rekurs auf vorhandene Kompetenz erscheint in der Folge als nahe liegender Schritt auf dem Weg des Aufbaus (neuer) kompetenter Strukturen. Resilienzorientierte Interventionen und Therapien versuchen daher, vorhandene Kompetenzstrukturen oder deren Fragmente zu orten und entsprechend zu aktivieren und zu ergänzen. Dabei handelt es sich aus physiologischer Sicht stets um ein komplexes neuronales Geschehen. Erworbene Strategien mit ausreichender Selbstwirksamkeit agieren als vernetzte Inhalte des Gedächtnisses in seinen leiblichen, emotionalen wie semantischen bzw. prozeduralen Aspekten. Gerade

---

<sup>1</sup> Vgl. etwa Oerter / v. Hagen / Röper / Noam (Hg.), 1999, S.3-5, oder auch Petzold, 2003, S.569-588, bzw. Petzold / Goffin / Oudhof 1993.

<sup>2</sup> Siehe unten.

<sup>3</sup> Dazu Baltes 1978.

<sup>4</sup> Philipp 1990.

<sup>5</sup> Petzold 2002h.

<sup>6</sup> Petzold 2000h.

letztere scheinen eine bisher kaum ausreichend gewürdigte Bedeutung für das krisenbewältigende Handeln zu haben.

Bereits Rutter<sup>7</sup> betont die Bedeutung der vegetativen Stressregulation im Spannungsfeld von Vulnerabilität und Resilienz. Dabei steht die resiliente Reaktion im Zeichen einer akut wirksamen Stresssteuerung zum Zwecke erfolgreicher Handlungskoordination. Hier wird also eine prozesshafte Resilienz als jeweils neu zu organisierende Kompetenz im Umgang mit widrigen Ereignissen (adversity) zum Verstehen gebracht. Die Frage einer nachhaltigen Lernbarkeit von Resilienzkompetenz wird angesichts solcher Überlegungen vordringlich. Andere Verstehenszugänge sehen in der Resilienz eher „a personality characteristic“<sup>8</sup> zum Zweck einer optimalen Stress- und Selbstregulation<sup>9</sup>. Hier scheint es sich also eher um einen Wesenszug des Menschen zu handeln, welcher für das erfolgreiche Bewältigen von widrigen Umständen geeignet ist.

Für die Themenwahl war für uns von Bedeutung, dass Sucherkrankungen in besonderer Weise mit einem Mangel an stressteuernder Kompetenz<sup>10</sup> und Performanz verbunden sind und therapeutisch sehr stark mit der Frage nach der sekundären Resilienzbildung korrelieren. Suchterkrankungen stehen bekanntlich in Relation zu spezifischer Stressregulation mittels gezielt aktivierter körpereigener Neuropeptide oder (bei der substanzinduzierten Sucht) durch Stimulation des mesolimbischen Belohnungssystems durch von aussen zugeführte Substanzen<sup>11</sup>. Wir deuten das süchtige Verhalten in diesem Sinne als psychosoziale Abwehr von neuronal greifbaren Stressreaktionen, oft ausgelöst von massiven inneren und äusseren Konflikten und mit dem Fortschreiten der Sucht auch von evtl. drohenden Entzugssymptomen. Suchttherapie hat demnach eine problematische (weil destruktive / toxische) Strategie der Stress-/ Selbstregulation durch eine für das Individuum, sein soziales Netz und den gesellschaftlichen Raum verträglichere zu ersetzen.

Die Frage nach dem Kompetenz- bzw. Performanzerwerb mit dem Ziel einer gelingenden Konfliktbewältigung im Kontext der eigenen Entwicklung stellt sich für den Süchtigen konkret angesichts möglicher Veränderungsprozesse im Horizont von Lebensumständen oder spezifischer Therapie. Echte Hilfsangebote sind aus dieser Sicht immer auch Angebote zum Erwerb von Kompetenz sowie entsprechender Performanz und in der Folge von möglicher Resilienz im Blick auf adverse Lebensereignisse und „Belastungsfaktoren“<sup>12</sup>. Die von Petzold am selben Ort genannten Dimensionen einer resilienten Grundkompetenz sind nicht nur für Kinder, sondern allgemein, d.h. auch für suchtkranke Erwachsene, relevant:

---

<sup>7</sup> Rutter 1990.

<sup>8</sup> Wagnild / Young 1993.

<sup>9</sup> Petzold, Orth, Sieper 2006.

<sup>10</sup> Anokhin 1967, Petzold / Orth / Sieper 2006, Grawe 2004.

<sup>11</sup> Roberts / Koob 1997.

<sup>12</sup> Petzold 1995a, S.194.

- „1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz/Performanz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten,
5. die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen anzupassen, dass die Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
6. die Möglichkeit, Belastungssituationen zu normalisieren und aufgrund von Netzwerkorientierungen und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren“<sup>13</sup>

Eine derartige dimensionale Beschreibung resilienter Lebenskompetenz muss im Kontext der allgemeinen Forderung nach ressourcenorientierter Therapie<sup>14</sup> auch und gerade im Suchtbereich gesehen werden. Mit dem Kriterium der Resilienz scheint sich nämlich eine indikative Messgrösse anzubieten, welche über die entscheidende Ressourcenlage bei SuchtpatientInnen Aufschluss zu geben vermag. Unbesehen der Frage nach ihrer Lernbarkeit steht die Resilienz für die verfügbaren strukturellen Grundlagen eines erfolgreichen Copings (im Blick auf mögliche Rückfälle) und effektiven Creatings<sup>15</sup> im Umgang mit kritischen Situationen und Lebenslagen. Ihre Gewichtung in therapeutischen Konzepten und deren Operationalisierung in Behandlungs- und Förderplanung gibt also Einblick in die für die Überwindung der Suchtproblematik wesentliche Ressourcenstärkung des therapeutischen Handelns. Dass wir uns dabei auf die konzeptionelle Grundlegung und deren erste Umsetzung in der Planung eines Prozesses beschränken – ohne auf die eigentlichen therapeutischen Interventionen näher einzugehen – hat mit dem beschränkten Umfang dieser Arbeit zu tun. Es ist uns bewusst, dass wir damit lediglich zu einer tendenziellen Beurteilung gelangen können, da Konzepte und Planung jeweils erst auf der Ebene der Interventionen beim Klienten wirksam werden. Dennoch erscheint uns der Ansatz bei einer konzeptionellen und planerischen Ausrichtung am Resilienzkonzept als sachgemässer Zugang im Blick auf die Frage nach der Ressourcenorientierung stationärer Einrichtungen im illegalen Suchtbereich.

## 1.2. Allgemeine Fragestellung

Illegale Drogen stellen in den westlichen Industrienationen seit den sechziger Jahren ein sozialpolitisches Problem mit wachsender Bedeutung dar<sup>16</sup>. Längst hat der

---

<sup>13</sup> Petzold, ebd.

<sup>14</sup> Dazu Quinten / Klein / Roeb / Rösch(Hg.) 1994 und ebenso Grawe 1998 und 2000, Petzold 1997p.

<sup>15</sup> Dazu Petzold 1997p: Creating-Strategien kreativer Problemlösung, die Ressourcen generieren statt sie wie beim Coping zu verbrauchen.

<sup>16</sup> Dazu der Überblick der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): Fahrenkrug / Rehm / Müller / Klingemann / Linder 1995. Für die aktuellen Zahlen verweisen wir auf die Online-Publikationen des SFA ([www.sfa-isp.ch](http://www.sfa-isp.ch)) und auf die regelmässig erscheinenden

Drogenkonsum die marginalisierten Kreise einer Jugendkultur verlassen und ist zu einem transversalen Phänomen der gegenwärtigen Stress- und Freizeitgesellschaft geworden. Erfolgreiche Personen des öffentlichen Lebens bilden mit ihrem Drogenkonsum nur die Spitze des Eisberges, der sich in einer wachsenden Risikopopulation (die in ihrer inhaltlichen Konsistenz und äusseren Kontur soziologisch und psychologisch noch wenig erforscht ist!) bildet.

Mittlerweile hat sich ein relativ breites Spektrum an Hilfseinrichtungen für Süchtige entwickelt. Neben den eher klassischen stationären Angeboten in Kliniken und sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften sind es immer mehr teilstationäre und ambulante Massnahmen (Tagesstrukturen, substitutive Abgabe von Suchtmitteln), welche vorab auf die Überlebenshilfe für sozial und gesundheitlich stark gefährdete Süchtige ausgerichtet sind, die im Zentrum des Angebots stehen.

Sämtliche Massnahmen der Suchthilfe stehen in Europa kulturbedingt zunehmend im Zeichen von Selbstmanagement, Förderung von Regulationskompetenz bzw. -performanz<sup>17</sup> sowie Ressourcenaktivierung auf Seiten der Betroffenen (dies z.T. im Gegensatz zu anderen, etwa asiatischen Kulturkreisen!). Zwangsmassnahmen sind weitgehend den akzeptierenden und sozial integrativen Programmen gewichen. Pragmatismus statt Abstinenz-Ideologien prägen das Bild der politischen und fachlichen Landschaft im Suchtbereich. Süchtige sehen sich in der Folge einem vielfältigen Angebot auf sozialer, psychosozialer und medizinischer Ebene gegenüber. Die sozialarbeiterische Suchthilfe (etwa im Zeichen von Case-Management) hat die Aufgabe, die Betroffenen effektiv durch dieses Netzwerk von Hilfsagenturen zu führen.

Unsere Fragestellung zielt wie gesagt lediglich auf einen Teilbereich im Netzwerk der Drogenhilfe, obwohl sie mit der Thematik der Ressourcenorientierung eine allgemeine Forderung heutigen Krisenmanagements in der Sozialarbeit aufnimmt. Stationäre therapeutische Einrichtungen im illegalen Suchtbereich gehören mittlerweile unbestritten zu den klassischen Angeboten. Sie sehen sich indessen (ironischerweise angesichts einer ökonomischen Ressourcenverknappung!) zunehmend kritischen Fragen nach dem Verhältnis von Aufwand und Ertrag ausgesetzt. Zweifellos ist die stationäre Drogentherapie eine aufwändige Massnahme, was sich auch in entsprechenden Kosten manifestiert, dennoch ist sie wohl nach wie vor aus dem Netzwerk der Drogenhilfe nicht wegzudenken. Gerade die spezifische destruktive Dynamik des illegalen Suchtverhaltens macht regenerative stationäre Phasen im Karriereverlauf von Konsumentinnen entsprechender Suchtmittel unter den intermittierenden Hilfsangeboten unverzichtbar (so zumindest eine vorläufige Hypothese). Derartige stationäre, vorwiegend sozialtherapeutisch geprägte Settings bieten nämlich die einzigartige Möglichkeit, in intensiver Weise psychosozial-stabilisierende Prozesse von Süchtigen zu begleiten und zu fördern. Sie bieten den Süchtigen Schutzraum und Bufferung gegen die andrängenden Negativkräfte der eigenen Vergangenheit und ermöglichen die Wiedergewinnung eigener Perspektiven zur Gestaltung eines Lebens in gestärkter Selbstverantwortung.

---

Berichte zu den einzelnen Suchtmitteln (z.B. Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz (HBSC), Forschungsbericht Nr. 39. Lausanne, SFA, 2003).

<sup>17</sup> vgl. Petzold, Orth, Sieper 2006 u. Scheiblich, Petzold 2006.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geht es um die konzeptionelle und strategische Ausrichtungen derartiger Institutionen im Blick auf ressourcenorientierte Behandlungselemente. Der Begriff Ressource bezeichnet dabei ganz allgemein eine situativ durch das Individuum (oder durch eine Gruppe) aktivierbare innere oder äussere Kraft bzw. eine Fähigkeit oder Fertigkeit (Kompetenz und Performanz) zur Daseinsbewältigung im Sinne der Zielerreichung<sup>18</sup>. Insbesondere handelt es sich dabei um die biopsychosoziale Möglichkeit des einzelnen Menschen, eine akute Bedrohung der subjektiven lebensweltlichen Integrität abzuwehren oder eine destruktive Kompensation negativer Identität durch einen konstruktiven bzw. eine positive Entwicklung begünstigenden Umgang (Coping)<sup>19</sup> mit den Parametern der jeweiligen Lebenswelt zu ersetzen. Dieses Verständnis muss aus unserer Sicht jedoch gerade im Falle von suchtgeprägten Lebensverläufen um die geistige (noetische) Dimension der existentiellen Stellungnahme im Geschehen der sinnorientierten Selbstdistanzierung wie sie etwa die Logotherapie und Existenzanalyse und mittlerweile auch andere<sup>20</sup> zur Diskussion stellen, erweitert werden. Diese wie alle übrigen Umschreibungen menschlicher Verhaltensregulation weist letztlich über die jeweiligen theoretischen Systeme hinaus auf ein neuronales Substrat, das in seiner Komplexität in der aktuellen Suchtforschung debattiert wird<sup>21</sup>. In der Folge können sich auch die therapeutischen Konzepte, die sich zunehmend auf ein Ressourcenmodell menschlicher Restabilisierung in psychosozialen Belastungssituationen stützen, derartigen Einsichten in neurobiologische Zusammenhänge nicht verschliessen.

Für die Erziehungswissenschaften im Allgemeinen und dementsprechend für die sozialpädagogische bzw. sozialtherapeutische Tätigkeit gilt die Vermutung: Der verstärkte Einbezug von entwicklungsfördernden, kompetenzstärkenden Faktoren ermöglicht eine heilsame Kompensation überkommener biografischer Defizite und Risiken. Arbeiten wie diejenigen von Fingerle oder Petzold/Müller erläutern diesbezüglich die (heil-)pädagogische sowie die therapeutische Dimension eines Risiko-Resilienz-Modells<sup>22</sup>. Freilich hat sich jeder pädagogische und therapeutische Prozess auch mit den ihm innewohnenden eigenen Risiken ebenso wie mit den biografisch stützenden und interventorisch zu verstärkenden Faktoren der Klienten kritisch auseinander zu setzen. Nur so können Therapieschäden verhindert<sup>23</sup> und der Einsatz der Mittel optimiert werden. Dies gilt in besonderem Masse für die Drogentherapie. Im Blick auf die von der Forschung erkannten protektiven Faktoren der menschlichen Entwicklung (mögliche Resilienzen) stellt sich prima vista die Frage nach der jeweiligen Operationalisierbarkeit bzw. nach dem Operationalisierungs- und Implementierungsgrad in den entsprechenden Betreuungs- und Therapiesettings. Dem gilt unser Interesse! Ob resilienzbezogenes therapeutisches Arbeiten mit Drogenabhängigen im stationären Setting konzeptionell greifbar und überprüfbar sei, soll in diese Untersuchung zeigen. Dabei gilt es

---

<sup>18</sup> Blickhan 2001.

<sup>19</sup> Petzold 1997p.

<sup>20</sup> Petzold / Orth 2005.

<sup>21</sup> Schmidt / Rist 2006; Böning 2002a, 2002b.

<sup>22</sup> Fingerle 1999a und 1999b und Petzold / Müller 2004. Vgl. auch die ausführliche Diplomarbeit von C.Volkert und M.Leesch 2002.

<sup>23</sup> Märtens / Petzold 2002.

vorgängig zu klären, was unter den Begriffen Resilienz und Risiko zu verstehen ist und welche Bedeutung ihnen in der stationären Drogenarbeit und im ganzen Netzwerk der Hilfsangebote zukommen kann. Wir werden uns also neben dem Versuch, resilienzbezogenes therapeutisches Arbeiten konzeptionalisiert und operationalisiert zu fassen auch mit strukturellen Grundfragen der (sozial-)therapeutischen Suchtarbeit auseinander zu setzen haben. Dabei spielen neben therapeutischen Überlegungen stets auch ethische Aspekte eine wichtige Rolle. Sucht und ihre soziale Dynamik sind ja immer auch Ausdruck von Werthaltungen und ihren Auswirkungen auf das, was in einer Gesellschaft erlaubt, erwünscht, unerwünscht oder gar verboten erscheint. Mit der Frage nach der konzeptualisierten und operationalisierten Ressourcenorientierung der stationären Drogentherapie unter den Stichworten Resilienz und Risiko thematisiert diese Arbeit also notwendigerweise auch diejenige nach den gesellschaftlichen Werthaltungen im Blick auf die Beurteilung einzelner Individuen, deren Selbststeuerung offensichtliche dysfunktionale Züge aufweist, so dass institutionalisierte soziale Hilfe angezeigt erscheint. Dabei geht es schliesslich auch darum, was als therapeutisch wünschenswertes Behandlungsziel unter den gegebenen Umständen in Frage kommt. Man darf nicht vergessen, dass Sucht als solche in der Schweiz nach wie vor keine Invalidisierung mit entsprechenden rechtlichen Ansprüchen bedeutet<sup>24</sup>. Dazu sind vielmehr bleibende Folgeschäden des Suchtverhaltens oder dasselbe begünstigende, begleitende oder fördernde psychische Beeinträchtigungen erforderlich. Sucht als gleichsam selbstverschuldetes (nur so kann die Nichtanerkennung der Sucht als Invalidierungsgrund interpretiert werden!) soziales Fehlverhalten macht daher immer auch eine soziale Rehabilitation, d.h. die Wiederherstellung der gesellschaftlichen Akzeptanz der Person und ihrer Ansprüche notwendig. Freilich darf Suchttherapie auch nicht kurzschlüssig auf diese eine Prozessebene reduziert werden. Auch die prozessuale psychotherapeutische Arbeit an den subjektiven und objektiven Leidensaspekten des einzelnen ist unverzichtbar. Nicht selten stehen wir dabei schliesslich vor der ethischen Frage nach dem Anspruch (im therapeutischen Sinne) ressourcenarmer Individuen auf gemeinschaftliche Unterstützung und Hilfe – evtl. gar gegen ihren erklärten Willen (etwa dort, wo ein fürsorglicher Freiheitsentzug geboten scheint). All diese Problemaspekte der Suchthilfe seien hier genannt, um den Raum des Kontinuums, in welchem sich unsere Fragestellung bewegt, dimensional zu umreissen.

Die empirisch zu beantwortende Frage nach der Qualität und Intensität einer konzeptionellen Ressourcenorientierung macht als solche nur Sinn, wenn sie in einem Kontext von gesellschaftlichen Prozessen verstanden wird, der sich als komplex und relativ instabil (oder dynamisch) beschreiben lässt. Es ist nämlich erst die synergetische Wirklichkeit von gesellschaftlichen und intrapsychischen Kräften, welche erst die Frage nach der Ressourcenorientierung in der therapeutischen Arbeit in angemessener Weise zum Verstehen bringen kann. Suchttherapie und insbesondere die Therapie illegaler Süchte ist in dieser Perspektive ein multiversales Geschehen, das die transversalen Achsen der postmodernen bzw. spätmodernen Gesellschaft (mit ihren Subkulturen) ebenso ernst zu nehmen hat wie die personalen Dimensionen derjenigen Individuen, welche sie zu stützen versucht. Ressourcenorientierung kann damit aber nicht nur im Blick auf das Individuum gemeint sein, sondern schliesst immer auch das jeweilige soziale Feld mit ein und

---

<sup>24</sup> Vgl. dazu die Anerkennungspraxis der Schweizer Invalidenversicherung für Drogenabhängige in stationären Einrichtungen bzgl. der Bemessung der Betriebsbeiträge seit 1997.

darüber hinaus die vektorielle und zeitliche Verknüpfung der verschiedenen sozialen Felder, welchen der Mensch angehört. Es handelt sich bei der Frage nach der Resilienz im suchttherapeutischen Geschehen also nicht nur um das Orten von individuellen Traits<sup>25</sup> im persönlichkeitspsychologischen Sinne, sondern um die Nutzung von dem Leben dienlichen Kräften, die in gesellschaftlichen Strömungen und an Übergängen zwischen sozialen Welten bzw. den jeweiligen sozialen Repräsentationen<sup>26</sup> ebenso wirksam sind wie in intrapsychischen Motivations- und Entscheidungsprozessen. Die konkrete seelische Ressource, wie immer dieser Begriff im Einzelfall gefüllt sein mag, ist prinzipiell nicht trennbar von dem sozialen Potenzial einer Lebenswelt und ihren Regulativen! Die fortschreitende mediale Durchdringung sämtlicher Erfahrungsebenen menschlichen Seins hat zur Notwendigkeit einer integrativen Sicht von menschlichen Lebensprozessen geführt, wie sie sich u.a. in Petzolds Ansatz der Integrativen Therapie<sup>27</sup> niederschlägt. Die dabei zum Zuge kommende Begrifflichkeit wird interkategorial zu klären sein und daher zwangsläufig mehrdeutigen Charakter aufweisen.

Eine wesentliche Hypothese im Blick auf die zentrale Fragestellung nach der konzeptionellen und operationalisierten Form der Ressourcenorientierung im Zeichen der Resilienz ist die, dass sich eine entsprechende Sicht menschlicher Entwicklung innerhalb einer Institution in mehr oder weniger standardisierten Prozessen (wie etwa einer systematischen Förderplanung) und in den notwendigen strukturellen Grundlagen derselben niederschlagen wird. Nur wenn dies der Fall ist, kann mit einiger Gewissheit davon ausgegangen werden, dass auch therapeutisch-interventorische Operationalisierungen mit einer ausreichenden Nachhaltigkeit zum Tragen kommen. Diese können nur auf einer institutionell-strukturellen Basis die notwendige Förderung und ganzheitliche Berücksichtigung auf allen Ebenen der Prozesse erfahren. Die Auswirkungen der Resilienzforschung in der Jugendhilfe zeigen die Bedeutung der Bindungsfähigkeit von Jugendlichen für die heilpädagogische Arbeit<sup>28</sup>. Es ist daher anzunehmen, dass auch in der stationären Drogentherapie die Resilienzorientierung einen Schwerpunkt in der Beziehungsgestaltung im Rahmen des therapeutischen Geschehens nach sich zieht. Eine weitere Hypothese geht darum dahin, dass resilienzbezogene institutionelle Vorgaben tendenziell beziehungsintensive Prozesse fördern. Es wird also zu prüfen sein, ob Institutionen mit entsprechender Ausrichtung mit einer hohen Beziehungsintensität korrelieren. Um letztere zu erheben, eignen sich z.B. teilstrukturierte Interviews mit Klienten und Betreuerinnen. Die Daten bezüglich der konzeptionellen und planerisch operationalisierten Resilienz in den Institutionen sollen dagegen mittels eines Fragebogens gesammelt werden.

Um ein schärferes Bild der konzeptionellen Ressourcenorientierung in Institutionen der stationären Drogenhilfe zu erlangen, werden wir auch die entsprechende Berücksichtigung der Risikofaktoren im Auge behalten müssen. Die Frage wird also die nach der Ressourcenorientierung im Zeichen von Resilienz und Risiko sein. Inwieweit dabei biografische Risikofaktoren, die in vielen Fällen zu Negativkarrieren

---

<sup>25</sup> Dazu bereits Allport 1937. Im Blick auf Resilienz: Jacelon 1997 und Wagnild / Young 1993.

<sup>26</sup> Hier verweisen wir auf die sozialpsychologischen Arbeiten von S.Moscovici (ders. 2001).

<sup>27</sup> Petzold 2003a.

<sup>28</sup> Steeb 2005.

kumuliert sind, gezielt erfasst und in der Behandlungs- bzw. Förderplanung berücksichtigt werden, wird der zentralen Frage nach der Resilienzbezogenheit der therapeutischen Konzepte noch schärferen Kontrast verleihen.

### 1.3. Grenzen der vorliegenden Untersuchung

Umfang und Art der Untersuchung setzen den zu erwartenden Resultaten klare Grenzen. So werden wir kaum auf die Frage eingehen können, ob und wie sich die Orientierung am Resilienzmodell in einzelnen therapeutischen Prozessen niederschlägt. Entsprechend werden wir auch nicht imstande sein, fallspezifische Aussagen über die jeweilige interventionelle Umsetzung einer konzeptionellen Ressourcenorientierung zu machen. Natürlich wären eben solche Resultate für eine Bewertung der Praxistauglichkeit der bisherigen Resilienzforschung von grosser Bedeutung. Dazu wären allerdings nicht nur aufwändige methodische Therapieverlaufsanalysen von Einzelfällen notwendig, sondern ebenso katamnestiche Nachuntersuchungen, welche etwas über die Nachhaltigkeit der Intervention auszusagen vermöchten.

## 2. Risiko und Resilienz in der aktuellen Entwicklungspsychologie

### 2.1. Life-span developmental psychology: Das Konzept einer lebenslangen Entwicklung als Grundlage eines Begriffs der Persönlichkeit

Seit den Arbeiten von Baltes ab den späten siebziger und frühen achtziger Jahren<sup>29</sup> bildet die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne unter Integration von evolutionären und ontogenetischen Perspektiven den Horizont für eine umfassende Sicht menschlich-individueller Veränderung, die sowohl Prozesse der Kindheit und Jugend als auch solche des Erwachsenenalters bis ins Senium und hohe Senium als Lebensprozesse mit eigener Ausstrahlung und charakteristischer innerer Dynamik zu verstehen versucht. In dem zugrunde liegenden Modell werden von Baltes, Staudinger und Lindenberger drei zentrale Ziele einer auf die Lebensspanne bezogenen menschlichen Entwicklung formuliert: Wachstum (growth), Aufrechterhaltung (maintenance) und Verlustregulation (regulation of loss)<sup>30</sup>. Diese Bereiche zu optimieren wird in der Folge das vordringliche Anliegen gelingenden menschlichen Lebens sein. Das eigentliche Geschehen der Entwicklung erscheint darum als das Zusammenspiel von basalen Lebensprozessen: Auswahl (selection), Optimierung (optimization) und Kompensation (compensation). Auf diesen Grundlagen versucht der Ansatz, menschliche Individualität in der Zeit differentiell als Einheit zu beschreiben. Dabei spielen nicht zuletzt die selbstregulativen Kräfte (Coping-Strategien) zur Stabilisierung von integrativen Prozessen eine bedeutende Rolle<sup>31</sup>. Äussere Ereignisse, die als *persönlich gemeint* erfahren werden, müssen als Teil des eigenen Lebens verarbeitet werden, so dass dessen konstitutiver Zusammenhang gewahrt bleibt.

---

<sup>29</sup> Baltes 1978; 1979. Baltes / Reese / Lippsit 1980.

<sup>30</sup> Baltes / Staudinger / Lindenberger 1999.

<sup>31</sup> Greve 2000.

Bereits in den späten fünfziger Jahren hat E.H.Erikson den „Lebenszyklus“ im Kontext der Identitätsfindung beschrieben<sup>32</sup>. Damit hat er den Weg gewiesen für eine dem Individuum in seinen Wachstums- und Reifeprozessen angemessene Entwicklungslehre auf der Grundlage der psychodynamischen Konflikttheorie. Mit dem Begriff der Identität wird von Erikson ein wesentliches Konzept der propriozeptiven Vergewisserung und Stabilisierung mit dem Entwicklungsgedanken verbunden. Lebenslange Entwicklung bedeutet für das Individuum nicht zuletzt die stetige (und manchmal auch sprunghafte!) Anpassung des Identitätsgefüges an veränderte Rahmenbedingungen innerer und äusserer Art. Diese Notwendigkeit findet bei Erikson ihren Ausdruck in diversen von ihm damals als charakteristisch angenommenen und für die einzelnen Entwicklungsphasen spezifischen Lebenskonflikten. Ihre erfolgreiche Bewältigung als psychische Prozesse gehöre – so Erikson - daher zu den zentralen und nachhaltigen Lebens- und Entwicklungsaufgaben des Menschen. Heute kann eine solche, an kulturgebundenen normativen Konflikten orientierte Sicht nicht mehr aufrecht erhalten werden<sup>33</sup>.

Mit dem Konzept einer lebenslangen Entwicklung stellt sich im Blick auf die traditionelle Persönlichkeitspsychologie die Frage nach der Bedeutung von persönlichkeits-theoretischen Konstrukten wie etwa den *Traits*, den quasi invarianten Grundbausteinen individueller Konstitution und den entsprechenden Kriterien<sup>34</sup>. Praktisch lautet die Fragestellung: Meint lebenslange Entwicklung eine langfristige Veränderung des Zusammenwirkens von derartigen Grundeigenschaften wie sie z.B. die „Big Five“ von Costa / McCrae (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Neues, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit) suggerieren oder eine solche innerhalb einzelner Eigenschaften? Die Frage ist von Relevanz für therapeutische und pädagogische Prozessgestaltungen, steht doch die Effektivität von einschlägigen Interventionen oft in direktem Verhältnis zu ihrer Angemessenheit hinsichtlich der Persönlichkeit des Klienten. Nicht selten begegnet beispielsweise in der Praxis der Suchttherapie das zu behandelnde Suchtverhalten in einem diagnostischen Kontext mit Persönlichkeitsstörungen, d.h. mit deutlich invarianten behindernden Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten der Klientinnen. Die Antwort auf die schwierige Frage nach den möglichen Interventionszielen einer therapeutischen Massnahme wird von der Bewertung der Veränderbarkeit von Auffälligkeiten bestimmt. Dieselben Interventionsziele leiten auch die Wahl der einzusetzenden Methoden. Bei alledem gilt es in der Regel, ein hypothetisches, d.h. im voraus angenommenes Entwicklungspotential zu aktivieren. Letzteres steckt konzeptionell den Rahmen ab für einen möglichen therapeutischen oder pädagogischen Erfolg auf der kurativen wie auf der palliativen Ebene (letztere kann z.B. eine nidotherapeutische Anpassung der Lebenssettings bedeuten). Im life-span-development-Modell wird über die Veränderbarkeit von Eigenschaften hinaus das Gesichtsfeld der individuellen Entwicklung dimensional erweitert und vertieft. Damit gewinnen Prozesse an Zeitraum, an Bereicherung durch kontextuelle Faktoren und an Perspektiven im Kontinuum des Lebensflusses. Nicht die mögliche Invarianz von Eigenschaften, sondern die Komplexität von perspektivischen Verläufen leitet die Intervention.

---

<sup>32</sup> Erikson 1959.

<sup>33</sup> Rutter / Hay 1994; Rutter 1988.

<sup>34</sup> Dazu Costa / McCrea 1994, 1995.

Wie der kurz skizzierte Bezug zur Praxis verdeutlicht, vermag das Modell lebenslanger Entwicklung die therapeutischen Perspektiven für ein Individuum zu beeinflussen. Persönlichkeit als Substrat von Entwicklung erscheint aus therapeutischer Sicht und im Kontext des life-span-development durchaus als ein relativ variables Konstrukt der Aussenwahrnehmung. Trifft diese im Sozialen Umfeld auf die Selbstwahrnehmung des Klienten, bietet sich u.U. nochmals ein anderes Bild. Petzold spricht in diesem Zusammenhang auch vom „Leibselbst“ oder dem persönlichen Selbst (personal Self)<sup>35</sup> auf der Grundlage einer persönlichen und sozialen Identität. Die für diese persönliche und soziale Identität als Substrat des Leibselbst massgebenden Bereiche der individuellen Entwicklung sind die Leiblichkeit, das soziale Netz, Arbeit-Leistung-Freizeit, die materielle Sicherheiten und die Werte. Auf diesen „Fünf Säulen der Identität“<sup>36</sup> gründen die kontextbedingten Ich-Prozesse als Ausdruck eines humanen Entwicklungskontinuums. Die erfolgreiche Konsolidierung von Persönlichkeit (als Aussensicht) bzw. von persönlichem Selbst (als Innensicht)<sup>37</sup> geschieht dabei auch angesichts von Herausforderungen, die als „prekäre Lebenslagen“ (im Sinne einer kognitiven Bewertung und einer emotionalen Valuation) charakterisiert werden können. Sie bilden gleichsam situative Erscheinungsweisen des transversal sich ereignenden In-der-Welt-Seins. Identität wird hierbei zu einem dynamischen Reflexionskonstrukt an den Schnittstellen von Individuum und Gesellschaft. Die externalisierte Korrelation zu dieser der Selbstwahrnehmung verdankten Integration des Selbst ist formal die Persönlichkeit als eine wie gesagt der Fremdwahrnehmung verdankte Kategorie<sup>38</sup>. Aus diesem Grunde weist der Begriff der Persönlichkeit eine starke Tendenz zur Objektivierung auf, die in der Forschung zum Eindruck einer Stabilität der kategorialen Werte über die Lebensspanne geführt hat<sup>39</sup>. Dabei zeigen die Untersuchungen eine akzeptable Invarianz in den Bereichen strukturelle Stabilität, relative Stabilität und Niveaustabilität<sup>40</sup>. Die Stabilität von individuellen Profilen scheint dagegen weniger gesichert<sup>41</sup>. Sie ist in der Regel niedriger als die geringste relative Stabilität einer bestimmten Eigenschaft. Lindenberger betont dabei die unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben, die mit zur Instabilität von Persönlichkeitsprofilen in der Lebensspanne beitragen<sup>42</sup>.

Als gezielte Anfrage an die Untersuchungen von Costa / McCrae verstehen wir die relationale Verortung der Persönlichkeitstheorie, wie sie von Petzold vorgetragen wird. Hierbei wird deutlich, dass Fremd- und Selbstwahrnehmung auf der Ebene der relationalen Ich-Prozesse nicht getrennt werden können. Die objektivierte Seite der

---

<sup>35</sup> Petzold 2003a, S.72f.

<sup>36</sup> Petzold 2003a, S.73 (Zitat aus Petzold 1975h).

<sup>37</sup> Markus / Wurf 1987.

<sup>38</sup> Ders. ebd.

<sup>39</sup> Costa / McCrae 1994.

<sup>40</sup> Vgl. die Ausführungen von Lindenberger in: Oerter / Montada 2002, S.384f.

<sup>41</sup> Dazu Helson / Wink 1992.

<sup>42</sup> Lindenberger in: Oerter / Montada 2002, S.385f.

kategorialen Eigenschaften (z.B. „Big Five“) wird dabei von subjektiven Bewertungsprozessen und Introjektionen überlagert, was zu einer neuen Konzeption führt: dem Leibsubjekt in Kontext und Kontinuum. Dieses bezeichnet Petzold als „*entwicklungsbezogen-relational* und *polylogisch*“<sup>43</sup> und verweist auf eine 4-fache Relationalität, in der es (das Leibsubjekt) sich entfaltet: In der *Dyade* von Mutter und Kind, in der *Triade* von Mutter, Vater und Kind, in der POLYADE<sup>44</sup> des *sozialen Milieus* (Geschwister, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Arbeitskollegen etc.) und im *oekologischen Zusammenhang* (Wohnung, Quartier, Landschaft)<sup>45</sup>. Hier werden also nicht kategoriale Gruppen von Eigenschaften hinsichtlich relativer, struktureller und niveaumässiger Stabilität verglichen, sondern der Fokus liegt auf der transversalen Verortung von Persönlichkeit in einer Landschaft von Netzwerken, welche dem Individuum die Möglichkeiten zur Stabilisierung seiner selbst auf der Grundlage von kognitiven (appraisal) und emotionalen (valuation) Bewertungen liefern. Dieses Selbst, das sich aus dem archaischen zum reifen Ich mit einer eigenen Identität im Zusammenwirken von genetisch vorgegeben Reifungsschritten und Stimulierungen durch das oekologische Milieu entfaltet, ist der entwicklungspsychologische Brennpunkt von Petzolds Persönlichkeitstheorie. Sie trägt mit ihrer mehrdimensionalen Sichtweise dem Konzept einer lebenslangen Entwicklung Rechnung, indem sie die zeitlichen Qualitäten von Kontinuität und Diskontinuität im Blick auf Selbst- und Fremdattributionen als konstitutiv für das Leib-Selbst bzw. Rollenselbst erachtet. Die transversale Bezogenheit des Daseins auf unterschiedliche Netzwerke lässt jeweils mehrere Prozesse der Selbstkonstitution als Leib-Subjekt gleichzeitig vonstatten gehen. Im Balancieren zwischen rezeptiver und projektiver, kontinuierlicher und diskontinuierlicher Bewegung soll dabei eine dynamische Identität zum Tragen kommen<sup>46</sup>, welche sich auch in der relativen Offenheit der Systeme als personales Ganzes (Persönlichkeit) zu artikulieren vermag.

Mit dem Modell einer lebenslangen Entwicklung wird zugleich von einer kausal-linearen Erklärung menschlichen Erlebens und Verhaltens Abschied genommen. Tendenziell reduktionistische Sichtweisen wie diejenige der klassischen Persönlichkeitspsychologie sind sachgemäss an der Statik menschlicher Konstitution interessiert, während die *polyloge* und *relationale* Perspektive menschlicher Individualität die Vielfalt der Entwicklungsaufgaben samt derjenigen der Handlungsvoraussetzungen und Kompetenzen im Kontext der Lebensumstände und im Kontinuum dynamischer Lebensentwürfe in Rechnung stellt. Das Konzept der Persönlichkeit in der Lebensspanne ist als vielstimmiges Ganzes zugleich die Schnittstelle zur Handlungswirklichkeit des Individuums ebenso wie zu dessen Leidenswirklichkeit. Handeln und (Er-)Leiden sind die äusseren und inneren Übergänge der Person zum blossen Faktum einerseits und zur ungeformten Materie andererseits. Das handelnde und leidende Individuum sieht sich in Kontext und Kontinuum immer wieder als Persönlichkeit gefordert, die Faktizität als gewordene und die Materie als zuletzt (im Tod) übrig bleibende (auch im oekologischen Sinne) zu akzeptieren, zu respektieren und zu gestalten. Dies ist seine im Netzwerk der

---

<sup>43</sup> Petzold 2002, S.430.

<sup>44</sup> Petzold / Müller 2005.

<sup>45</sup> Petzold 2002, S.431; 2006p.

<sup>46</sup> Petzold 2002, S.432.

Lebenssysteme gebotene Aufgabe. Nur eine Entwicklungspsychologie der Lebensspanne vermag die Person als den im Sinn sich einstellenden Zusammenhang einer Geschichte (Narrativ), als Referenzsubjekt von Kontext und Kontinuum zu fassen und in ihren jeweiligen Bezügen des In-der-Welt-Seins (Leiblichkeit, soziales Netz, Arbeit etc., materielle Sicherheit und Werte) zu identifizieren.

Schliesslich nimmt der Gedanke einer Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne im Horizont einer multiperspektivischen Wahrnehmung des menschlichen Individuums<sup>47</sup> einen wichtigen erkenntnistheoretischen Platz ein. Der „mehrperspektivische Ansatz“ vereinigt zentrale, „*multireferentiell*“ genutzte und eingestellte Sichtweisen wie die Leibperspektive (als Grundlage aller menschlichen Prozesse), die Beziehungsperspektive, die Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne, die Kontextperspektive, die Motivationsperspektive, die Störungs-/Problemperspektive, die Ressourcenperspektive und die Sinnperspektive. Dabei gilt die Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne auch für die konzeptionelle Struktur selbst, die sich stetig erneuert und verändert. Dieses „heraklitesche Denken“<sup>48</sup> hinsichtlich aller Wahrnehmungsprozesse begreift Theoriebildung im Bereich der Erkenntnis des Menschen als einen Fluss, einen Wandlungsprozess, in den alles Wissen einbezogen ist. Der Mensch als individuelles Dasein ist ebenso von dieser unaufhörlichen Umwälzung betroffen wie die gesellschaftlichen Bezüge, in denen er lebt. Ob darin die Annahme von invariablen Zügen (Traits) als Bausteine eines Persönlichkeitsmodells theoretisch sinnvoll erscheint, muss zumindest neu diskutiert werden<sup>49</sup>. Die Eigenschaften eines einzelnen Menschen sind immer auch Reflex jener sich entwickelnden biopsychosozialoekologischen Wirklichkeit, zu der das Individuum untrennbar gehört. In der Synergetik<sup>50</sup> spricht man sachgemäss von Kontroll- und Ordnungsparametern, welche die strukturellen Gestalten (Emergenzen) bestimmen. Letztere erweisen sich für eine ungewisse Zeit als stabil, bis sie durch kleinste Impulse aus dem Gleichgewicht bewegt werden und auf eine neue dissipative Stabilität (Attraktor) zusteuern. In einem derartigen Modell erscheinen die Kennzeichen der menschlichen Persönlichkeit als Emergenzen in der komplexen und nichtlinearen Wirklichkeit seines In-der-Welt-Seins. Leider fehlen hierzu weitgehend die entsprechenden longitudinalen Untersuchungen bezüglich stabiler und instabiler Abschnitte der Entwicklung. Bereits frühere Entwicklungstheoretiker<sup>51</sup> haben von den sensiblen oder kritischen Phasen und Perioden gesprochen, in welchen sich entwicklungsbedingte Eigenschaften verändern bzw. restrukturieren. Freilich kann die gesamte Lebensentwicklung eines Menschen nicht wie bei Erikson u. a. unter dem Gesichtspunkt der Krise gesehen werden, auch wenn das etwa in existenzphilosophischer oder theologischer Perspektive als durchaus nachvollziehbar

---

<sup>47</sup> Petzold / Sieper / Orth 2005.

<sup>48</sup> „Wer in denselben Fluss steigt, dem fliesst doch anderes und wieder anderes Wasser zu“ Herakleitos fr.12.

<sup>49</sup> Plomin 2000; Plomin / Dunn 1986; Herpertz-Dahlmann / Resch / Schulte-Markwort / Warnke 2004; Verhulst 2004.

<sup>50</sup> Schiepek / Haken 2005.

<sup>51</sup> Dazu Oerter / Montada 2002, S.35f.

erscheint<sup>52</sup>. Auch kompensierte Defizite, erworbene Ressourcen, ungenützte Potentiale sind entwicklungsrelevante Aspekte in der jeweiligen Situation der Veränderung.

## 2.2. Life-Event-Management: Umgang mit prägenden Lebensereignissen als Entwicklungsparameter

Seit der Kauai-Studie von Werner / Smith im Jahre 1982 (Publikationsdatum!) ist die Bedeutung von effektivem Management stressvoller Lebensereignisse (stressful life-events) für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mehrfach unterstrichen worden<sup>53</sup>. Dabei zeigt sich deutlich, dass negative Erfahrungen im Lebensverlauf nicht zwingend zu nachhaltigen Störungen der Entwicklung führen, sondern durch andere entwicklungsrelevante Faktoren im und um das Individuum gleichsam kompensiert bzw. korrigiert werden können<sup>54</sup>. Mit dem bereits oben eingeführten Begriff der Krise, der sowohl in der ökonomischen, der existenzphilosophischen sowie der psychologisch-diagnostischen Theoriebildung sein überaus heteronomes Gepräge erhalten hat<sup>55</sup>, umschreiben wir in einem ersten Anlauf das Phänomen der Veränderung als zeitliche Destabilisierung bestehender Strukturen durch innere und äussere Faktoren. Dabei sind wir uns im Klaren, dass der Krisenbegriff aufgrund seiner Vieldeutigkeit und Unschärfe nicht geeignet ist, die Brücke zu schlagen zwischen einem existentialphilosophischen Paradigma und der psychobiologischen Sichtweise. Wenn wir vorab dennoch diesen Begriff verwenden, dann einzig um der Allgemeinheit von Destabilisierung und Veränderung von Lebenslagen in verschiedensten Kontexten willen. Derartige Prozesse, wo immer sie stattfinden, verlaufen nicht undeterminiert, sondern folgen bestimmten Ordnungsstrukturen. Letztere sind entscheidend für die Strukturbildung und damit für die neue, wenn auch fließende Stabilität eines Systems. Die erfolgreiche Bewältigung von prägenden Lebensereignissen negativer Art (adverse events) steht also im Zeichen der bereits wirksamen Ordnungsstrukturen, welche den äusseren Bedingungen im Kontext und im Kontinuum des psychischen Systems (Individuum) einen Platz zuweisen, welcher sich als konstruktiv im Blick auf die lebens technisch notwendigen Kompetenzen herausstellt<sup>56</sup>. Management von Life-Events bedeutet also Kontextualisierung und Kontinualisierung von akuten destabilisierenden Kräften im Horizont eines strukturellen Gefüges, das wir das Selbst bzw. das „persönliche[s] Selbst“ oder „Leibselbst“ nennen<sup>57</sup>. Letzteres trägt die Züge einer differentiellen und transkategorialen Wahrnehmung (Identifikation) und Bewertung (bzw. Markierung, Einschätzung) von eigenen Initiativen und Empfindungen sowie von Fremdattributionen in einem geteilten Sinnkontinuum. Ein derartiges propriozeptiv gegründetes Konstrukt stellt sich eine synergetische Denkweise als die attraktorische Gestalt eines Ordnungsprozesses vor. Dieses Geschehen widerspiegelt eine

---

<sup>52</sup> Bultmann 1931.

<sup>53</sup> Werner / Smith 1982,1992; Fingerle 1999b; Wicki / Stübi / Alsacker / Hüsler 2000.

<sup>54</sup> Petzold 2002, S.576-578; Chess / Thomas 1982.

<sup>55</sup> Habermas 1973; Husserl 1935/36; Bollnow 1959; Carus, 1931; Plügge 1954.

<sup>56</sup> Baltes 1993.

<sup>57</sup> Petzold 2003, S.72-74.

Konsolidierung kritischer Prozesse im Blick auf aktuelle sowie künftige Bedürfnisse und Anforderungen des gesamten Lebensprozesses im Zeichen der Leiblichkeit. Im komplexen Zusammenspiel von widrigen und schützenden Ereignissen im konsummatorischen Verlauf biopsychosozialer Entwicklung (Konvoi) erweist sich Resilienz als neuronale Autoregulation im Bereich des Gyrus Cinguli bzw. seiner Interaktion mit präfrontalem Cortex und limbischem System (Amygdala)<sup>58</sup>. „Emotionale Intelligenz“ bzw. „sinnliche Reflexivität“<sup>59</sup> sind die Gestalten gelingender Regulierung neuronaler Interaktionen zum Zwecke des *Coping* und *Creating* angesichts von adversen und defizitprolongierenden Einflüssen und Bedingungen. Es ist anzunehmen, dass dazu eine adaequate Stresssteuerung gehört, welche die cortisolbewirkte Blockade des Hippocampus und die Senkung der Autoimmunabwehr verhindert sowie entsprechende Neuropeptide bereit stellt, um kritische Stressbelastung abzubauen<sup>60</sup>. Resilienz als wesentliche Eigenschaft von Life-Event-Management ist mit Petzold u.a. als eine neurobiologische Netzwerkoptimierung auf der Basis emotionaler und kognitiver Interaktion zum Zwecke der Aufrechterhaltung von selbststärkenden psychischen und körperlichen Gleichgewichten zu verstehen. Inwieweit dabei externale protektive Faktoren und Einflüsse als Kontrollparameter eine wichtige Rolle spielen, ist für die Soziale Arbeit ebenso von Bedeutung wie für die therapeutische Beziehungsarbeit. Während bereits internalisierte Selbstbewertungen (valuation) und Selbstbeurteilungen (appraisal) auf die strukturbildenden Ordnungsparameter wirken (benigne und maligne Attraktoren), lenken akute Aussenimpulse eher die energetische Qualität der zu verarbeitenden Reize. Solche Einwirkungen von aussen werden vom Individuum auf zwei Ebenen rezipiert: auf der Ebene der „objektiven Verfügbarkeit“ und auf derjenigen der „subjektiven Wahrnehmung und Bewertung“<sup>61</sup>. Die Unterscheidung dieser beiden Ebenen ist ausschlaggebend für die qualitative Bedeutung von Interventionen im psychosozialen Helfernetz. Dabei lassen sich die von Müller / Petzold für die Altenbetreuung (Social Support) genannten Kriterien für Wirkung und Wirkungsbedingungen von externalen protektiven Faktoren auch auf anderen Zielgruppen psychosozialer Interventionen (wie etwa Suchtkranke) übertragen:

1. Steht ein „significant caring other“ mit einem Beziehungsangebot zur Verfügung?
2. Wird das Beziehungsangebot wahrgenommen?
3. Wird es kognitiv als hilfreich eingeschätzt (appraisal)?
4. Wird es emotional als wohltuend, stützend bewertet (valuation)?
5. Wird es bei „kritischen Lebensereignissen“ in Anspruch genommen?
6. Was verhindert eine Inanspruchnahme (Scham, Angst, Schuldgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl, Wunsch, niemandem zur Last zu fallen)?
7. Wie wirkt ein protektiver Faktor, unter welchen Kontextbedingungen bei welchen „events“?<sup>62</sup>

---

<sup>58</sup> Petzold / Müller 2003, S.9.

<sup>59</sup> Heuring / Petzold 2003a.

<sup>60</sup> Roth 2001, S.283-290.

<sup>61</sup> Müller / Petzold 2003a, S.10.

<sup>62</sup> Müller / Petzold 2003a, ebd.

Diese Kriterien zur Beurteilung zwischenmenschlicher psychosozialer Unterstützungs- und Hilfsprozesse in Krisensituationen weisen auf mögliche durch „significant caring others“ induzierte resilienzfördernde Strukturen<sup>63</sup>:

1. Trost und Beruhigung beim Umgang mit Verlust und Trauerreaktion.
2. Verhindern von Verlassenheitsängsten durch Zuwendung und Beistand.
3. Konkrete Hilfe bei der Bewältigung praktischer Probleme durch erfahrene Unterstützung.
4. Sinnerleben z.B. durch gemeinsames Gespräch.

Solche Erfahrungen submaximaler Belastung, die z.B. mit Hilfe externer oder interner protektiver Faktoren gebuffert (abgefangen) werden konnte, bilden konsummatorisch auf der Ebene neuronaler Stressregulation und des selbstwirksamen Empowerments jene komplexe Widerstandskraft aus, die wir mit dem Begriff der Resilienz im Blick haben.

Individuelle Entwicklung steht also im Spannungsfeld von internalisierten Resilienzen, aktuellen externen protektiven Faktoren sowie den von der Lebenslage bestimmten Risiken. Diese wie jene stammen aus der Interaktion mit dem mikro- und mesokontextuellen Umfeld<sup>64</sup>, d.h. den sozioökologischen Bedingungen der individuellen Subjektivität.

### 2.3. Risikofaktoren vs. protektive Faktoren?

Inwieweit Risiken und protektive Faktoren als konkurrierende Prozesse mit Relevanz für den gesamten „Konvoy“<sup>65</sup> des individuellen Lebensvollzugs betrachtet werden können, wird im Folgenden erörtert. Dabei greifen wir z.T. zurück auf bereits oben erläuterte Sachverhalte.

Risiko ist die Wahrscheinlichkeit paralleler oder künftiger Fehlentwicklungen<sup>66</sup> aufgrund einschlägiger interner und externer Rahmenbedingungen. Diese nimmt zu mit der Kumulation von bestimmten belastenden Einflüssen und Verhältnissen, denen das Individuum für eine gewisse Zeit ausgesetzt ist. Protektion ist die Bufferung oder Absorptionsleistung von derartigen zeitlich begrenzten Belastungen durch Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums aber auch durch erfahrene Unterstützung im sozialen Netzwerk oder Konvoy. Risikobelastung und Protektion beinhalten also sowohl Aspekte der individuellen körperlichen und psychischen Konstitution und Konstellation (Ressourcen, Kompetenzen, Coping-Strategien) als auch solche der sozialen bzw. gesellschaftlichen Bedingungen des Lebensvollzugs (sozioökonomische Ausstattung<sup>67</sup>). Dazu kommen die Beiträge der biologischen Ausstattung sowie die Besonderheiten der Abfolgen von Ereignissen<sup>68</sup>. Im

---

<sup>63</sup> Müller / Petzold 2003a, S.10f.

<sup>64</sup> Bronfenbrenner 1983.

<sup>65</sup> Petzold 2003a, S.679.

<sup>66</sup> Garmezy 1983 zitiert in Petzold 2003a, S.575.

<sup>67</sup> Staub-Bernasconi 1995.

<sup>68</sup> Petzold 2003a, ebd.

Zusammenwirken komplexer Kräfte erweisen sich Risiken und protektive Faktoren als attraktororientierte Trajektorien des Systems: Die entsprechenden Lebensverläufe entwickeln sich dynamisch zu greifbaren defizitären oder kompensierten Verhältnissen für das jeweilige Individuum.

Psychologische Risiko- und Schutzfaktoren in der menschlichen Entwicklung sind für das Kindheitsalter in verschiedenen longitudinalen Studien gut belegt<sup>69</sup>. Dies sowohl im Blick auf die Kinder selbst als auch hinsichtlich der Familienstruktur und der familiären Erfahrungswelt<sup>70</sup>. Dabei machen alle Studien deutlich, dass etwa für das Risiko nicht die Art der Belastung entscheidend ist, sondern die Zahl der vorhandenen adversen Lebensereignisse<sup>71</sup>. Kumulieren genügend derartige Einflüsse, scheint das Risiko für eine Entwicklungsstörung signifikant hoch zu sein.

#### **PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS<sup>72</sup>**

<b>A. IN THE CHILD</b>	<b>B. FAMILY CHARACTERISTICS</b>	<b>C. FAMILY/EXPERIENTIAL</b>
<i>Fetal drug/alcohol effects</i>	<i>Poverty</i>	<i>Poor infant attachment to mother</i>
<i>Premature birth or complications</i>	<i>Large family, 4 or more children</i>	<i>Long term absence of caregiver in infancy</i>
<i>"Difficult" temperament</i>	<i>Siblings within 2 years of child</i>	<i>Witness to extreme conflict, violence</i>
<i>Shy temperament</i>	<i>Parent with mental illness</i>	<i>Substantiated neglect</i>
<i>Neurologic impairment</i>	<i>Parent with substance abuse</i>	<i>Separation/divorce/single parent</i>
<i>Low IQ &lt;80</i>	<i>Parent with criminality</i>	<i>Negative parent-child relationship</i>
<i>Chronic medical disorder</i>		<i>Sexual abuse</i>
<i>Psychiatric disorder</i>		<i>Physical abuse</i>
<i>Repeated aggression</i>		<i>Removal from home</i>
<i>Substance abuse</i>		<i>Frequent family moves</i>
<i>Delinquency</i>		<i>Teen pregnancy</i>
<i>Academic failure</i>		

---

<sup>69</sup> Garnezy et al. 1984; Rea-Grant et al.1988; Rutter 1985; Werner / Smith 1982; Wyman et.al. 1991.

<sup>70</sup> Im Überblick bei Vance / Sanchez 1998.

<sup>71</sup> Vance / Sanchez 1998.

<sup>72</sup> Ebd.

Ebenso wurde deutlich, dass längst nicht alle Probanden mit einer ausreichend hohen Zahl an Risikofaktoren eine Entwicklungsstörung aufweisen. Dies wird mit entsprechenden protektiven Faktoren in Verbindung gebracht, aufgrund derer es eher möglich ist, belastende Lebensereignisse und Rahmenbedingungen zu kompensieren. Zu den Schutzfaktoren zählen neben persönlichkeitsgebundenen Voraussetzungen vor allem auch extrafamiliäre Bezugspersonen (Babysitter, Lehrer, Sportcoach etc.).

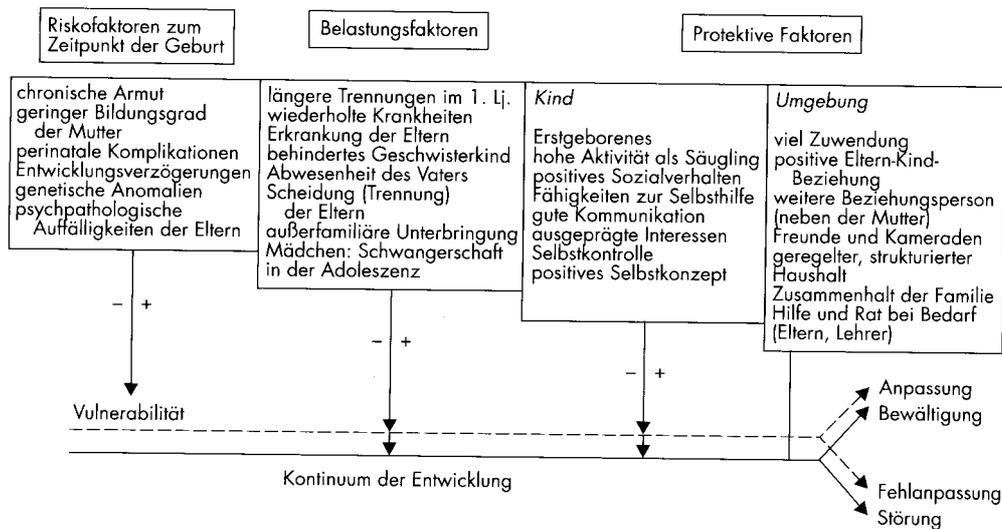
**PSYCHOSOCIAL PROTECTIVE FACTORS<sup>73</sup>**

<b>QUALITIES OF THE CHILD</b>	<b>FAMILY CHARACTERISTICS</b>	<b>SOCIAL SUPPORT FROM OUTSIDE THE FAMILY</b>
<i>Positive, "easy" temperament type</i>	Lives at home	Adult mentor for child outside immediate family
<i>Autonomy and independence as a toddler</i>	Secure mother-infant attachment	Extra adult help for caretaker of family
<i>High hopes and expectations for the future</i>	Warm relationship with a parent	Support for child from friends
<i>Internal locus of control as a teenager</i>	Inductive, consistent discipline by parents	Support for child from a mentor at school
<i>Interpersonally engaging, "likable"</i>	Perception that parents care	Support for family from church
<i>Sense of humor</i>	Established routines in the home	Support for family from work place
<i>Empathy</i>		
<i>Perceived competencies</i>		
<i>Above average intelligence, IQ&gt;100</i>		
<i>Good reader</i>		
<i>Gets along with others</i>		
<i>Problem solving skills in school age</i>		

Keine der Studien vermag indessen aufzuzeigen, dass bestimmte Risiken mit bestimmten Schutzfaktoren signifikant korrelieren. Es macht den Anschein, als würden Risikofaktoren individuell und situativ unterschiedlich kompensiert. Auch lässt sich nicht feststellen, inwiefern die signifikante Zahl der Risikofaktoren einer solchen von protektiven Einflüssen entspricht.

Die folgende Darstellung<sup>74</sup> versucht den Verlauf der frühen individuellen Entwicklung (Kontinuum) und mit den wichtigsten Risiko-, Belastungs- und protektiven Faktoren in Beziehung zu setzen.

<sup>73</sup> Ebd.



Modell zur Wirkung und Wechselwirkung von Risiko-, Belastungs- und protektiven Faktoren (aus: *Remschmidt* 1992, 8, modifiziert nach der Studie von *Werner* 1985).

Risiko und Protektion als Aspekte von biopsychosozialen Prozessen lassen sich, was ihre jeweilige Relevanz für die Entwicklung des Einzelnen etwa bzgl. Sozialkompetenz, Problemlösungsfähigkeiten oder internalisierter Selbstkontrolle betrifft<sup>75</sup>, empirisch gut belegen. Es lassen sich aus diesen Resultaten eine Vielzahl von konkreten strukturellen Konsequenzen und pädagogischen Handlungsszenarien ableiten, die vor allem auf der Seite der externen protektiven Faktoren die Verfügbarkeit des Angebots zu gewährleisten haben. Nur bei einem ausreichenden und greifbaren Angebot an derartigen Kompensationsmöglichkeiten können eventuell kumulierende Risiken aufgefangen und korrigiert werden. Hierbei wird vor allem auch die Kooperationsbereitschaft (bzw. –motivation) von Individuen mit hohem Risiko von Bedeutung sein.

#### 2.4. Vom protektiven Faktor zur Resilienz: Neuropsychologische Überlegungen zu sozialen Lernprozessen und Motivation

Wie bereits oben ausgeführt, gründet sich Resilienz auf zu „kognitiv-emotional-volitiven ‚Landkarten‘“ und Prozessmustern oder Narrativen vernetzte internalisierte Bewältigungsleistungen (coping)<sup>76</sup>. Derartige Strukturen sind Resultate von individuellen Lernprozessen in einem dafür geeigneten psychosozialen Umfeld. Soziales Lernen<sup>77</sup> scheint also ein wichtiges Konzept für die Resilienzbildung zu sein.

<sup>74</sup> Petzold 2003a, S.576.

<sup>75</sup> Werner / Smith 1982; Austin / Prendergast 1991; Demos 1989; Rutter 1984; Felsman 1989; Garnezy 1991 und 1993; Benard 1991.

<sup>76</sup> Müller / Petzold 2003, S.9.

<sup>77</sup> Rotter1972; Bandura 1979.

In einem Umfeld (z.B. Familie), in welchem Herausforderungen des Lebens exemplarisch gemeistert werden, ergeben sich derartige Prozesse im Zuge der subjektiven Bedürfnisbefriedigung quasi von selbst. Entscheidend dabei ist, dass die präsentierten Modelle für das (kindliche) Individuum aufgrund seiner bisherigen Sozialisation verstehbar, adäquat reproduzierbar und generalisierbar erscheinen und dass es dabei positive Verstärkung von seiten der wichtigen Bezugspersonen erfährt. Die zunehmende Ausbildung von Internalität<sup>78</sup>, d.h. von selbstwirksamer innerer Kompetenzüberzeugung, ist das grundlegende Ziel solch sozial-kognitiver Vorgänge. Zur internalen Stabilisierung von handlungswirksamen Bewältigungsstrategien gehört selbstredend auch eine emotionale Basis, welche sich durch ein gewisses Mass an Angstfreiheit und durch die gelingende Antizipation von mit dem erwarteten Erfolg verbundenen positiven Emotionen charakterisieren lässt. Bei der Resilienz handelt sich also um eine komplexe Vernetzung von zentralen Teilen des limbischen und mesolimbischen Systems (Amygdala und zentrales Höhlengrau) mit dem Frontalhirn bzw. den exekutiven Zentren des präfrontalen Kortex über den Gyrus Cinguli sowie mit hippokampal zugänglichen Inhalten des biografischen bzw. episodischen Gedächtnisses und ebenso mit Inhalten des impliziten oder prozeduralen Gedächtnisses. Nahe liegend erscheint, dass zudem verschiedene sensorische und motorische Netzwerke in das neuronale stabilisierende Steuerungsgeschehen, das wir als Resilienz begreifen, einbezogen werden. Von unübersehbarer Wichtigkeit ist - wie schon oben erwähnt - die nachhaltige stressregulatorische Wirkung solcher neuronalen Schaltungen - was letztlich gleichbedeutend ist mit einer positiven Selbstverstärkung derartiger Systeme. Das heisst freilich, dass auch hypothalamische Kerne als Steuerungszentren für vegetative bzw. vorbewusste Prozesse eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Damit ist wohl nur sehr vereinfacht wiedergegeben, welche neurobiologischen Vorgänge ein Phänomen wie die erfolgreiche und nachhaltige Bufferung von belastenden Lebensereignissen letztendlich ermöglichen<sup>79</sup>. Eine solche Bufferung entspricht auch der möglichen Verhinderung oder Abfederung einer übermässigen amygdaloiden Markierung der signifikanten Reizdaten, so dass eine akute Angstreaktion etwa mit Aggressions-, Flucht- oder Totstellreflexen ausbleibt.

Soziale Lernprozesse bilden eine wichtige Grundlage für die internale Verarbeitung protektiver Faktoren und damit für die Ausbildung von Resilienzen (im Sinne von kognitiv-emotional-volitiven Landkarten zur Handlungssteuerung). Die nachhaltige Repräsentation von positiv bewerteten Bezugspersonen, die Gewissheit von deren Unterstützung und Zuwendung erweisen sich in allen Studien als tragende Elemente der Resilienz bei adversen Lebensereignissen (z.B. im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch)<sup>80</sup>. Dabei werden sowohl beobachtbare Modelle<sup>81</sup> als auch positive Verstärkungserwartungen<sup>82</sup> ihre Wirkungen entfalten. Diese biopsychosozialen Lernprozesse sind zunächst als komplexe neuropsychologische

---

<sup>78</sup> Krampen 1982.

<sup>79</sup> Vgl. auch Petermann / Kusch / Niebank 1998.

<sup>80</sup> Vgl. Lifrak / McKay / Rostain / Alterman 1997; Elliott et al. 1985; Kaplan et al. 1986.

<sup>81</sup> Bandura 1979.

<sup>82</sup> Rotter 1972.

Wahrnehmungs- und Deutungsvorgänge zu begreifen, bei denen einerseits kognitive Urteile (appraisal) und andererseits emotionale Bewertungen (valuation) die Schlüsselfunktionen übernehmen. Derartige Prozesse sind psychosynergetische Systeme<sup>83</sup>, die in selbstregulativer Weise Handeln vorbereiten und initiieren. Es ist anzunehmen, dass durch die hirntseitige Etablierung von entsprechenden LTP-Verbindungen im Hippocampus (NMDA-Rezeptoren im CA1 Bereich) die Aktivierung von solchen Netzwerken (wie von anderen gelernten Fähigkeiten) im Bedarfsfall relativ rasch und effektiv vonstatten geht. Resilienzen sind also dissipative emotionale und kognitive Deutungsstrukturen<sup>84</sup> (wirksam wohl nicht nur auf der Ebene des Bewusstseins!), die es dem Hirn zunächst ermöglichen, rasche und/oder nachhaltige Regulationsleistungen bei Stress zu erbringen. Während nämlich unter Dauerstress wichtige Funktionen des zentralen Nervensystems eingeschränkt und andere übermäßig sensibilisiert werden (limbisches „kindling“), erhält resilientes Coping die normale Funktionsbreite und damit die Anpassungsbereitschaft des Bewusstseins ebenso wie die Autoimmunleistungen aufrecht. Durch diesen Vorteil können andere zeitgleich begegnende Herausforderungen besser wahrgenommen und gemeistert werden (Bewältigungskompetenz<sup>85</sup>). Überforderungsgefahr (Risiko einer Dekompensation der ich-orientierten Handlungssteuerung) wird so gemindert, die Kontinuität des Selbstgefühls gesichert. Daraus resultiert im Idealfall durch positive Kontrollüberzeugungen<sup>86</sup> gelenktes, angemessenes Handeln, das seinerseits durch Erfolg verstärkend auf die Resilienzstruktur zurückwirkt (resilience cycle).

In der Regel sind es externe Differenzen sozialer Umwelten<sup>87</sup>, welche ein hochsensibles System wie dasjenige der menschlichen Selbstbewertung bzw. des Selbsturteils zum Zwecke der Selbst-Identifizierung in Bewegung versetzen und damit u.U. für den einzelnen Belastungs- oder Entlastungsereignisse verursachen. Die transversale Bezogenheit des menschlichen Daseins auf verschiedene soziale Welten (social worlds<sup>88</sup>) macht die Differenz der Umwelten so zu einem zentralen Faktor für das Individuum in seiner Selbstorganisation. Der intrapsychische Parallelprozess zur sich rasch wandelnden Umwelt des jeweiligen Konvoys hat dabei die Aufgabe, das Leibsubjekt in seinen Bezügen (Repräsentationen) unter Wahrung von Kontinuität laufend neu zu entwerfen und zu definieren. Auf diese Weise bilden sich nach dem synergetischen Modell gleichsam dissipative Muster von Selbst-Identifizierungsbahnen (Trajektorien), auf denen sich das Ich in seiner Leibhaftigkeit bewegt. Diesen Verläufen entspricht ein neuronales Substrat, ein Netzwerk zur Abgleichung von internen und externen Reizen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung eines Leibselbst-Bewusstseins, d.h. eines konsistenten Informations- und Emotionsmonitorings zur Stabilisierung von Identität (konsistente Wiedererkennung durch intracerebrale motorische und sensorische Nachkontrolle des Verhaltens

---

<sup>83</sup> Hansch 1988.

<sup>84</sup> O'Leary 1998; O'Leary / Ickovics 1995; Rutter 1987.

<sup>85</sup> Petzold / Müller 2004, S.14.

<sup>86</sup> Flammer 1990.

<sup>87</sup> Bateson 1982.

<sup>88</sup> Vgl. Brühlmann-Jecklin / Petzold 2004.

[ventrale Schleife<sup>89</sup>] und durch wahrgenommene und gedeutete Spiegelung von seiten der Umwelt). Das durch das agierende Ich sich attraktorisch auf der Basis von Identität als leibhaftiges stabilisierende Selbst (etwa als Selbst-Bewusstsein) wird zum Subjekt des Handelns in der Übernahme von Verantwortung, d.h. von geschichtlich konkreten Legitimationspflichten gegenüber der Umwelt bzw. den Umwelten. Letztere haben wir oben als differentiell charakterisiert: Sie beziehen ihre Wirklichkeit für das Individuum dadurch, dass sie sich von diesem und von anderen Umwelten unterscheiden. Für den handlungsleitenden inneren Prozess des einzelnen bedeutet dies eine selbstreferentielle Restrukturierung im Zuge der Komplexitätsreduktion. Dadurch erst wird das Handeln in der Selbstwahrnehmung zu einem eigenen Akt des Selbst. Soziales Handeln ist damit für das Individuum differentielles und damit eigenes Handeln im Blick auf die Umwelt(en). Erst wo dies geschieht, erreichen Lernprozesse jenen Grad von Internalisierung, der sie zu einem selbstkonstitutiven Geschehen macht. Ausdruck davon ist jene von Bandura<sup>90</sup> beschriebene Selbstwirksamkeit als motivationaler Aspekt für das Wiederholen von erfolgreichen Verhaltensmustern.

## 2.5. Ethische Überlegungen

Mit der Frage nach den erfolgreichen Handlungsstrategien und Verhaltensmustern in kritischen Lebenssituationen sind nicht nur biopsychosoziale Mechanismen und Modelle Thema dieser Untersuchung, sondern auch sozial oder individuell verinnerlichte Wertkonzeptionen, welche so etwas wie eine systemeigene Sinndimension generieren<sup>91</sup>. Diese Sinndimension ist der Horizont jener selbstreferentiellen Umstrukturierung, welche angesichts der diversen Umwelten laufend zu geschehen hat und die wir als die dem Handeln zugrunde liegende Kompetenzbildung des Individuums erachten. Dabei geht es auch hier um die Differenz als Strukturprinzip der Komplexitätsreduktion. Handeln erfordert zuerst die Unterscheidung der Sache, der Zeit und der Bezüge (Repräsentationen der Welt). Erfolgreiche Strategien sind dadurch erfolgreich, dass sie diese Differenzen im Auge behalten und angemessen modulieren. Die Modulation der Unterschiede ermöglicht das differenzierte Wahrnehmen und Handeln im Sinnzusammenhang einer Welt. In letzterem finden sich Werte als die Universalien einer Wirklichkeit, aus der sich das Selbst als Emergenz immer wieder neu erhebt und sich der eigenen Subjektivität, der eigenen Leiblichkeit bemächtigt. Dieser Akt der Bemächtigung von Subjektivität und Leiblichkeit durch das emergente Selbst bildet unserer Meinung nach die Wesensstruktur von Resilienz als dem sach-, zeit- und bezugsgemässen Handeln in kritischen Situationen und angesichts belastender Ereignisse. Das richtige Handeln (und darum geht es bekanntlich in der ethischen Wissenschaft) ist dabei dasjenige, welches das Selbst integrativ zum Zuge kommen lässt. Nur so bleibt die Selbstverantwortlichkeit des einzelnen auch in der Krise gewahrt. Obwohl Untersuchungen zur inneren Struktur von Resilienzen unseres Wissens fehlen, gehen wir davon aus, dass die Trias von Subjektivität, Leiblichkeit und Selbstverantwortung ein wesentliches Merkmal derselben sei. Vor dem Hintergrund solcher Überlegungen verdankt sich resilientes Handeln dem emergenten Selbst in der Sinndimension. Entsprechend der von Luhmann vorgeschlagenen

---

<sup>89</sup> Roth 2001, S.415-418.

<sup>90</sup> Bandura 1997.

<sup>91</sup> Luhmann 1994 (1984), S.92-148 (bes. S.111ff).

Dekomposition<sup>92</sup> der letzteren können wir vom Selbst unter den Aspekten der Selbst-Sache, der Selbst-Zeit und des Selbst-Bezugs sprechen. Die Selbst-Sache bringt Verfügbarkeit zur Geltung, die Selbst-Zeit unterscheidet Gegenwärtigkeit, Erinnerung sowie Antizipation, während der Selbst-Bezug Identität aktualisiert. Selbst sein in der Sinndimension hat demnach Verfügbarkeit, Zeitstruktur und Identität als Leibsubjekt in optimale Wechselwirkung zu bringen, um so die Herausforderungen des Lebensvollzugs zu meistern. Die dabei leitenden Wertordnungen, die eine Sinndimension erst begründen und ermöglichen, bleiben weitgehend - auch für das Individuum selbst - im Hintergrund. Werte sind in der Regel eher intuitiv wirksame Kontrollparameter des komplexen Selbstprozesses. Gerade dabei sind sie freilich höchst effektive Regelwerke der Restrukturierung im Zeichen der Komplexitätsreduktion<sup>93</sup>.

Werte spielen, wie bereits oben erwähnt, als tragendes Fundament der persönlichen und sozialen Identitätsbildung eine bedeutende Rolle für die Konstituierung des persönlichen Selbst in Kontext und Kontinuum<sup>94</sup>. Diesem Selbst in seiner Leiblichkeit (Leibselbst) kommt die Aufgabe zu, sich stets aufs neue und evtl. – je nach Lebenslage – trotz gestörten „Selbst-, Ich- und Identitätsprozessen“ zu konsolidieren<sup>95</sup>. Der ethische Aspekt dieses Geschehens liegt in der wertbegründeten (value based) Konzeption der tragenden Säulen der Identität und damit auch des Selbst. Leiblichkeit, soziales Netz, Arbeit und Freizeit sowie materielle Sicherheiten sind als solche wertstabilisierte Wirklichkeiten individueller Bestimmtheit. Erst die permanente Einschätzung und Bewertung (appraisal und valuation) der entsprechenden Wahrnehmungsreize macht diese Bereiche zu Komponenten des Ich-Selbst-Bewusstseins (Identität). Selbst auf der Ebene der vorbewussten Identitätsbildung sind es gleichsam intuitive Wertkonzeptionen (vorbewusste Einschätzung und Bewertung durch nicht bewussteinfähige neurobiologische Regelkreise), welche den Prozess entscheidend kontrollieren. Internalisierte Werte sind wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Stabilisierung des Selbst angesichts adverser Lebensereignisse, insbesondere dann, wenn sie einen Sinnzusammenhang aufrecht erhalten, in welchen früher oder später die destabilisierenden Erfahrungen eingeordnet werden können. Mit der so gewährten Sinnkohärenz haben wir einen weiteren Wirkfaktor von Resilienz in den Blick bekommen.

Hier ist es notwendig, den Wertbegriff einer Klärung zu unterziehen. Werte sind vorab die in subjektiven Einschätzungen und Urteilen wirksamen Verhältnisbestimmungen des Bewusstseins. Als lebenswichtig eingeschätzte oder empfundene Parameter des Daseins bewirken dabei eine menschliche Verhaltenssteuerung, welche als wertgeleitetes Handeln im weitesten Sinn bezeichnet werden kann. Handeln meint aus ethischer Perspektive stets verantwortlich sein wollen. Dagegen ist Verhalten in einem reduktionistisch-behavioristischen Verständnis an sich zunächst das Resultat eines Reiz-Reaktions-

---

<sup>92</sup> Luhmann 1997, S.112.

<sup>93</sup> Luhmann 1997, S.48ff.

<sup>94</sup> Petzold 2001p; 2003a, S.73.

<sup>95</sup> Petzold 2003a.

Geschehens<sup>96</sup> Wir brauchen aber gerade im Kontext therapeutischer Arbeit mit einem subjekttheoretischen Hintergrund einen gleichsam erweiterten Verhaltensbegriff wie er bereits von Merleau-Ponty (1942) eingeführt wurde und von Sieper und Petzold (2002) im Horizont neurologischer Erkenntnisse weiterentwickelt wurde. Neurobiologisch gesehen resultiert Verhalten aus aussen- und/oder innenstimuliert aufgeschalteten Aktivierungsbereitschaften. Solches Verhalten kann die Qualität von intentionalem Handeln gewinnen, wenn Stimuli durch Intentionalität<sup>97</sup> unterfangen werden und zwar durch Prozesse der „Selbstemergenz“ im Horizont von Sinndimensionen<sup>98</sup>, welche - wie wir zeigten - Sache, Zeit und Bezüge unterscheiden und umfassen. Erst die Sinndimension des Selbst, die natürlich an kollektive Sinnwelten rückgebunden ist, macht Verhalten zum Handeln. Damit ist gesagt, dass Handeln als solches auf Werte bezogen bleibt, durch welche z.B. Scheitern oder Erfolg als Konsequenzen für das Selbstverständnis des einzelnen erst möglich werden. Werte sind demnach gleichsam Handlungsuniversalien, mit denen das Selbst sich immer wieder aufs Spiel setzt - setzen muss! -, um sich treu bleiben zu können. Sie sind es, die auf diese Weise die Kongruenz des Selbst im Handeln thematisieren und so letztlich Identifikation ermöglichen.

Ein solcher Wertbegriff ist klar abzugrenzen von ideologisierten Pseudowerten<sup>99</sup>. Diese vom Selbst und seiner Leiblichkeit sowie seiner Subjektivität losgelösten Gebilde dienen zwar auch der Komplexitätsreduktion in Systemen - sie tun dies zudem äusserst effektiv! -, jedoch bleiben sie dort zurück, wo es darum geht, Sache, Zeit und Bezüge zu unterscheiden und das Selbst als Leib und Subjekt zu präsentieren. Darin erweisen sie ihre im Blick auf den einzelnen inhumane repressive Tendenz. Dagegen stehen eigentliche Werte ganz im Dienst des Selbst und seiner Identität. Letztere wird als persönliche wie als soziale erfahren. Dabei treten die selbst-begründenden Werte im günstigen Falle in den Raum der wir-begründenden Werte ohne dabei an Kraft und Wirksamkeit für das Individuum zu verlieren. Ob sich das letztere im Raum des *Wir* wohlfühlen und zurechtfinden kann, hängt in der Folge auch von der Interaktion von Selbst und Wir auf derselben Ebene der Werte ab. Differentielle Umstrukturierung von Systemen und ihrer Umwelten ist Ausdruck dieses Geschehens. Solche Prozesse sind für die Entwicklung von psychischen und sozialen Gefügen von entscheidender Bedeutung. Resilienz scheint sich als wertaktualisierendes Fließgleichgewicht durch eine ähnliche transformative Kraft subjektiver Wahrnehmung in den Herausforderungen des Lebens zu bewähren. Welche Werte dabei aktualisiert werden, muss wahrscheinlich als in der eigenen biopsychosozialen Referenz des Individuums in der Lebensspanne begründet gesehen werden.

---

<sup>96</sup> Habermas 1984, S.13.

<sup>97</sup> Merleau-Ponty 1942.

<sup>98</sup> Petzold / Orth 2005.

<sup>99</sup> Schmitt 1979.

### 3. Der salutogenetische Ansatz und seine gesellschaftspolitischen Implikationen

#### 3.1. Salutogenese als Paradigma der Ressourcenorientierung

Mit den Veröffentlichungen Antonovskys<sup>100</sup> ab den späten siebziger Jahren ist – wenn auch sehr langsam – das Bewusstsein von der Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der generellen soziologischen Sicht von Krankheit bzw. in deren Fokussierung auf negative definitonische Strukturen im Sinne einer defizienten Normabweichung entstanden. Unter dem Stichwort der Salutogenese hat sich eine Forschungsrichtung und damit ein theoretisches Feld etabliert, welches dem Interesse an resilienzbildenden Prozessen ein zentrales Augenmerk zukommen lässt<sup>101</sup>. Salutogenese meint im Grunde eine Aufweitung der traditionellen gesundheitssoziologischen Sicht auf die soziologischen und psychosozialen Ressourcen einzelner und ganzer Gruppen zur Erhaltung körperlicher und psychischer Stabilität und im Besonderen zur erfolgreichen Bewältigung belastender Lebenssituationen<sup>102</sup>. Der von Antonovsky herausgearbeitete zentrale Begriff ist dabei derjenige des Sense of Coherence<sup>103</sup> oder Kohärenzgefühls<sup>104</sup>. Er steht bekanntlich für die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und die Bedeutsamkeit des eigenen Lebens bzw. der dieses erschütternden Ereignisse (stressful Life-Events)<sup>105</sup>. Diese drei Komponenten sind das Resultat einer vertieften Analyse dessen, was aufgrund von Interviews mit Personen, die schwere traumatische Erfahrungen hinter sich hatten und relativ gut damit zurecht zu kommen schienen, als schwacher oder starker SOC (Sense of Coherence) erfasst wurde. Dabei ist unübersehbar, dass es sich zunächst um ein kognitiv orientiertes Konzept handelt (worauf vor allem das Kriterium der Verstehbarkeit verweist), das sich im Verlauf seiner Entwicklung freilich auch auf die emotionale Erfahrung erweitern liess. So meint etwa der Aspekt der Bedeutsamkeit weit mehr als eine kognitive Sinnzuschreibung. Hier greift Antonovsky in seiner Formulierung bewusst auf Frankls Verständnis von Sinnerfahrung<sup>106</sup> zurück und knüpft damit an ein personal-geistiges Konzept an: Die Bedeutsamkeit von Situationen ist für Individuen das Resultat einer selbsttranszendenten Wahrnehmung, die einen grösseren Zusammenhang erschliesst, als er durch die greifbaren Fakten repräsentiert ist - für Frankl Ausdruck der geistigen Verfasstheit der Person. Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls lässt sich mit seinen eigenen Worten so definieren:

*„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass*

---

<sup>100</sup> Antonovsky 1979, 1983, 1984a, 1984b, 1985, 1986, 1987 (1997).

<sup>101</sup> Dana 1985; Lorenz 2005.

<sup>102</sup> Bengel / Strittmatter / Willmann 2001.

<sup>103</sup> Antonovsky 1983.

<sup>104</sup> Antonovsky 1997.

<sup>105</sup> Antonovsky 1997, S.33-46.

<sup>106</sup> Antonovsky 1997, S.35. Vgl. Frankl 1975.(Deutsch 1974).

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.<sup>107</sup>

Wesentliches Merkmal von Kohärenzgefühl ist also ein stabiles und dynamisches Gefühl des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten sowie in die positive Resonanz eigener Aktivität im Horizont der jeweiligen Lebenswelt<sup>108</sup>. Im Blick ist also ein stabiler und positiver resonanter Zusammenhang von Selbstbewertung und Fremdbewertung. Dieser keineswegs nur kognitive Bewertungszusammenhang (appraisal / valuation) bildet eine Grundlage für salutogenetisch richtiges Verhalten in schwierigen Lebenslagen. Antonovsky weist dabei auch auf das Phänomen des rigiden SOC hin, das der rigiden Identität bei schwachem Selbst<sup>109</sup> ähnelt. Wer also immer alles versteht und im Griff hat, könnte damit u.U. auch seine eigentliche Unsicherheit im Blick auf sich selbst abwehren. Starker SOC ist also ein auf das Wesentliche bezogener, positiver Bewertungszusammenhang, der auch Unverstandenes zulässt. Entscheidend ist das Gefühl einer Permanenz<sup>110</sup> von zentralen, wertvollen Elementen der Lebenserfahrung auch durch schwierige Lebenslagen hindurch. Dieses wird durch „repetitive Verhaltensweisen, für wertvoll erachtete Lebenserfahrungen und das Bewusstsein von sich selbst als kompetent und zuverlässig“ unterstützt<sup>111</sup>. Andere Stress-Coping-Modelle, etwa dasjenige von Werner im Zusammenhang mit der Kauai-Studie<sup>112</sup> oder diejenigen von Moos<sup>113</sup> bzw. Reiss<sup>114</sup>, weisen mit ihren Formulierungen durchwegs in dieselbe Richtung wie Antonovskys Salutogenese-Konzept. So nennt Moos<sup>115</sup> als entscheidende Faktoren für erfolgreiches Funktionieren von Individuen im sozialen Umfeld die Beteiligung (bzw. das Engagement der einzelnen im Kollektiv), die Gruppenkohäsion und die Unterstützung (des einzelnen durch das Kollektiv). Werner ihrerseits spricht vom „Kohärenzempfinden“ und von der „Fähigkeit, eine Anzahl informeller Quellen der Unterstützung anzuzapfen“<sup>116</sup> als den grundlegenden Eigenschaften stressresistenter Probanden. Bei Reiss entsprechen die Begriffe Konfiguration („Wiederspiegelung des familiären Gefühls von Optimismus und Beherrschung in

---

<sup>107</sup> Antonovsky 1997, S.36.

<sup>108</sup> Husserl 1935/36; Schütz / Luckmann 1975 (1979). Diese Lebenswelt ist stets begrenzt, sodass es auch für Individuen mit starkem SOC Bereiche gibt, in denen die Verstehbarkeit ohne erkennbaren Einfluss auf den SOC bleibt. Antonovsky 1997, S.39f.

<sup>109</sup> Kohut 1982.

<sup>110</sup> Boyce et al. 1977; Boyce / Schaefer / Uitti 1985.

<sup>111</sup> Antonovsky 1997, S.52f.

<sup>112</sup> Werner / Smith 1982.

<sup>113</sup> Moos 1984.

<sup>114</sup> Reiss 1981.

<sup>115</sup> Moos / Moos 1981.

<sup>116</sup> Werner / Smith 1982, S.154.

einer neuen und mehrdeutigen sozialen Situation ...<sup>117</sup>), Geschlossenheit (kooperatives Problemlösen) und Koordination (Konsensualität) in etwa den drei Komponenten des SOC. Die Stressadaption (Stressanpassung), d.h. die Fähigkeit, Stressoren nicht zu vermeiden, sondern mit ihnen so umzugehen, dass sie sich als deutlich weniger belastend für die Gesamtkonstitution des Individuums erweisen, scheint zudem dort effektiver, wo statische bzw. homöostatische Vorstellungen menschlichen Funktionierens aufgegeben werden zugunsten von dynamischen Entwicklungskonzepten<sup>118</sup>. Es geht also darum, in gegenwärtigen Belastungssituationen die Chance einer positiven Entwicklung zu erkennen, statt den Versuch zu unternehmen, den verlorenen Zustand vor der Belastung wieder herzustellen. Derartiges Verhalten bzw. eine derartige Einstellungsmodifikation gegenüber adversen Lebenslagen entspricht einem eigentlichen Sinnzuwachs oder einem Bedeutsamkeitsgewinn durch das Erschliessen neuer Zusammenhänge und Perspektiven. Solchen Vorgängen liegen (aus heutiger Sicht) wiederum komplexe neuronale Anpassungsleistungen zugrunde, in welchen entsprechende assoziative und projektive Netzwerke aktiviert werden, dies sowohl auf der Ebene des Bewusstseins als auch (und vor allem!) innerhalb der gleichsam intuitiven Steuerungsvorgänge zur antizipatorischen Stressregulation und zur Aufrechterhaltung der emotionalen Stabilität. So sind es wohl vor allem die dopaminergen Bahnungen des limbischen bzw. mesolimbischen Systems sowie diejenigen des prae- bzw. orbitofrontalen Kortex, welche von einer Aufweitung des inneren Gesichtsfeldes, d.h. von neuen antizipativen Projektionen als den neuronalen Grundlagen einer Bewertung gegenwärtiger Situationen betroffen sind. Neben diesen Anpassungs- und Erweiterungsleistungen (Enhancement) scheinen es aber auch spezifische Erhaltungsleistungen von Bewusstsein und intuitiver Gewissheit bezüglich Bekanntem und Bestehendem zu sein, die für ein robustes Coping ausschlaggebend sind<sup>119</sup>. Den ritualisierten und automatisierten motorischen und sensorischen Vorgängen entsprechen auf neuronaler Ebene bekanntlich Inhalte des prozeduralen Gedächtnisses und entsprechende Steuerungsfunktionen im Cerebellum. Dabei spielen auch entsprechend schnelle LTP- bzw. NMDA-Synapsen eine wichtige Rolle<sup>120</sup>, was auf die Bedeutung von impliziten und expliziten Lernprozessen in einem entsprechenden sozialen Umfeld verweist.

Das Paradigma der Salutogenese stützt die Ressourcenorientierung<sup>121</sup>, die oft auch unter dem Begriff der Lösungsorientiertheit thematisiert wird, als generelles Leitprinzip innerhalb der psychosozialen Tätigkeitsfelder durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten<sup>122</sup>. Ressourcen sind in diesem Zusammenhang „das Insgesamt der einer Person zur Verfügung stehenden, von ihr genutzten oder beeinflussten schützenden oder fördernden Kompetenzen und äusseren Handlungsmöglichkeiten“<sup>123</sup>. Im salutogenetischen Konzept bzw. in den mit diesem

---

<sup>117</sup> Reiss 1981, S.108.

<sup>118</sup> Danish / D'Augelli 1980.

<sup>119</sup> Boyce et al. 1977.

<sup>120</sup> Roth 2001, S. 114f.

<sup>121</sup> Vgl. Quinten / Klein / Roeb / Rösch 1994; Petzold 1998a.

<sup>122</sup> Schüffel et al. 1998.

<sup>123</sup> Blickhan 2001.

verwandten Modellen und im Blick auf die ihnen zugrunde liegenden empirischen Phänomenen sind es in erster Linie diejenigen Ressourcen, welche zur Bewältigung von schwierigen, belastenden und damit letztlich krank machenden Lebenslagen aufgeboren werden können, die im Zentrum des Interesses stehen. Einige dieser „generalisierten Widerstandsressourcen“ (GRR)<sup>124</sup> haben Antonovsky und andere vor und nach ihm mit grosser Übereinstimmung aus unzähligen Fallgeschichten herausgearbeitet (siehe oben). Antonovsky selbst geht so weit, Stressoren geradezu als „generalisierte Widerstandsdefizite“ zu bezeichnen<sup>125</sup> und verschiebt damit die Frage nach dem, was krank macht, in das biopsychosoziale Autoimmunsystem des Menschen. Der Mensch wird krank, weil ihm im Blick auf bestimmte Lebensumstände Widerstandsressourcen fehlen! so lautet das Fazit dieser Sichtweise. Die Radikalität des oben angesprochenen Paradigmenwechsels wird auf diese Weise nochmals verdeutlicht. Krankheit soll in der Folge auch auf dem Wege der Ressourcenaktivierung therapiert werden. Indessen stehen dafür nur diejenigen Ressourcen zur Aktivierung an, über die der Patient tatsächlich verfügt – seien sie äussere oder innere. Das Erkennen und Fördern von vorhandenen Widerstandsressourcen muss auf jeden Fall eine der zentralen Aufgaben primärer, sekundärer und tertiärer Prävention im Rahmen von therapeutischen Programmen aber auch ausserhalb derselben sein. Daran hat sich therapeutisches Arbeiten aus Sicht der Salutogenese zu messen.

### 3.2. Leben zwischen Überleben und Lebensqualität

Leben in der Risikogesellschaft<sup>126</sup> bzw. in zunehmend prekären Lebensumständen<sup>127</sup>, die durch chronische Instabilität von Rahmenbedingungen wie Arbeit, soziales Umfeld etc. geprägt sind, erfordert vom Individuum in steigendem Masse die Fähigkeit, sich auf rasch wechselnde Verhältnisse optimal einzustellen und dabei ein hohes Mass an subjektiver Unsicherheit zu verkraften. Diese postindustrielle Flexibilität entspricht einem dynamischen Funktionalitätsbegriff hinsichtlich des einzelnen Menschen. Das Individuum ist insofern funktional angepasst als es sich dynamisch (d.h. schnell und effektiv hinsichtlich der akuten Erfordernisse) auf die stets wechselnden Anforderungen einstellt. Verstehbarkeit und Handhabbarkeit von sich laufend ändernden Lebenslagen werden dadurch schwieriger aber noch nicht eigentlich problematisch. Problematisch dagegen erscheint unter diesen Bedingungen vorab die Permanenz von wichtigen Elementen der Lebenserfahrung<sup>128</sup>. Das SOC-Element der Bedeutsamkeit, welches eng mit der Permanenz von zentralen Lebenserfahrungen verknüpft ist, wird durch eine transversale Gesellschaftsdynamik<sup>129</sup> in ein neues Licht gerückt. Dabei geht es um

---

<sup>124</sup> Antonovsky 1997, S.43-46.

<sup>125</sup> Antonovsky 1979, S.119, 1997, S.43.

<sup>126</sup> Beck 1986, 1989.

<sup>127</sup> Zum Begriff des Prekariats bzw. der Prekarisierung vgl. Bourdieu u. a. 1997, Schultheis / Schulz 2005.

<sup>128</sup> Boyce et al. 1977, 1983.

<sup>129</sup> Foucault / Deleuze 1977.

die Frage, welche der zentralen Lebenserfahrungen von Individuen gerade im Blick auf das Leben in einer Risikogesellschaft mit unter Umständen prekarisierenden Rahmenbedingungen bewahrt werden sollen und können. Zweifellos wird durch eine Fragmentierung des Lebens bzw. durch eine starke Rollendivergenz sowie eine zunehmend schwache Kohärenz von Bereichen wie Arbeit, Freizeit, Familie etc. die Permanenz von basalen Wertrepräsentanten und damit die Sinnhaftigkeit des Lebensvollzugs als ganzem nicht gefördert<sup>130</sup>. Kollisionen von Bedeutungsträgern in den einzelnen Lebenssphären mit je eigener Mikro-, Meso- und Makrowirklichkeit<sup>131</sup> scheinen unvermeidbar und führen tendenziell zu noch grösserer Fragmentierung der Lebenswelt für die Einzelnen. Die damit verbundenen Risiken sind vielfältig und in ihrer Gesamtheit kaum erforscht.

Ein Leben zwischen *Überleben* in akuten Belastungssituationen und einer in der Menschheitsgeschichte bislang unbekanntem *Lebensqualität* im Sinne von Möglichkeiten die eigenen Bedürfnisse zu stillen und eigene Begabungen zu fördern und entfalten ist in der Gegenwart des 21. Jahrhunderts für das Individuum mit einer Ungewissheit verknüpft, die viele Menschen anfällig macht für Verhaltensstörungen und psychische Erkrankungen. Es gehört zu den Aufgaben einer nachhaltigen Gesellschaftspolitik, die darin liegenden Gefahren - nicht zuletzt im Bereich der Permanenz von existentieller Bedeutsamkeit im Leben von Individuen - zu erkennen und wenn möglich Räume für das Bleibende in einer transversalen Wirklichkeit der Fragmente und Provisorien zu schaffen. Welche Rolle hierbei im besonderen den vielfältigen Sozialen Welten<sup>132</sup> zukommt, den gemeinsamen identifikatorischen Räumen, die es dem postmodernen Menschen erlauben, so etwas wie Permanenz von zentralen Elementen der Lebenserfahrung zu erleben - etwa als Anhänger eines Fussballvereins -, kann an dieser Stelle nur angetönt werden. Wo Familie, Arbeit, soziales Umfeld etc. allesamt einer transversalen Dynamik der raschen Veränderung und Suspension unterliegen, braucht es gleichsam „feste Werte“, die durch ritualisierte Handlungen repräsentiert sind und damit zur Stabilität und Widerstandsfähigkeit personaler Entitäten beitragen. Psychosoziale Gesundheitskonzepte sind nichts desto trotz auf dem Hintergrund gegenwärtiger Wirklichkeitserfahrungen zu bewerten. Ob sie geeignet sind, die heute notwendigen Widerstandsressourcen zu beschreiben, muss sich in der Zukunft erweisen.

### 3.3. Sense of Coherence und postmodernes Selbstkonzept

Mit dem Konzept der Salutogenese und insbesondere mit dem Sense of Coherence als dessen eigentlichem Kernstück haben Antonovsky und mit ihm andere eine Diskussion eröffnet<sup>133</sup>, die nicht nur für die Gesundheitssoziologie, sondern auch für die postmoderne Selbstphilosophie als per definitionem unformierte Bewegung sowie für die gegenwärtige Gesellschaftstheorie bzw. -ökonomie von grosser Relevanz ist. Zur Debatte steht vorab die Frage nach der Stressresistenz von Individuen unter den Bedingungen der sozialen Vereinzelung, wie sie gegenwärtig in den meisten postmodernen Dienstleistungsgesellschaften herrschen. Der Ad-Hoc-Mensch, der

---

<sup>130</sup> Gerade darauf zielt aber das Konzept des SOC! Vgl. Antonovsky 1997, S.79.

<sup>131</sup> Bronfenbrenner 1981.

<sup>132</sup> Brühlmann-Jecklin / Petzold 2004.

<sup>133</sup> Dazu Bengel / Strittmatter / Willmann 2001.

sein Selbstgefühl aus den Kontrollparametern der jeweiligen Situation empfängt und steuert, ohne nach dessen Konsistenz mit vergangenem oder künftigem Selbstgefühl zu fragen, ist das Produkt von situativen und darum transitorischen internalen und externalen Bewertungs- und Einschätzungsvorgängen, die ihn für sich selbst und für die anderen identifizierbar (Selbst- und Fremdattribution) machen sollen. Oft ist die intersubjektive Korrespondenz<sup>134</sup> dabei eine medial substituierte, d.h. eine z.B. via Internetkommunikation vermittelte (CvK=Computer vermittelte Kommunikation) und darum leicht manipulierbare<sup>135</sup>. Sogenannte Virtual-Life-Identities (VLI) sind multiple und flexible Formen von Identität<sup>136</sup>, wie sie etwa in Chat-Rooms verwendet werden. In dieser spielerischen Form der Kommunikation entwickeln sich komplexe Identifizierungs- und Identifikationsprozesse der „Gesprächspartner“, welche durchaus auch der eigentlichen Rollengestaltung und –entwicklung dienen können, auf jeden Fall aber eine in erster Linie transitorische Identität aller Beteiligten begründen. Am Beispiel der virtuellen Identitätsbildung in der Internet-Kommunikation wird deutlich, dass in einem transversalen gesellschaftlichen Bezugssystem Identität stets aufs neue situativ vom Subjekt entworfen bzw. dekonstruktiv erweitert werden kann – entweder um darauf ein neues eigentliches Rollenverhalten zu begründen oder um es wieder zu verwerfen. Was also vom Subjekt gleichsam von sich selbst in die jeweilige Situation der transversalen Identifizierung eingebracht wird, ist unter Umständen beliebig, gleichsam zitathaft aufgegriffen, oder stark partialisiert und schematisiert (wie etwa dort, wo es darum geht, sich mittels formal perfekter Unterlagen möglichst vorteilhaft um eine neue Stelle zu bewerben).

Das Konzept des SOC setzt, wie wir sahen, beim Verständnis des Individuums für die ihn betreffende Situation, bei den verfügbaren Ressourcen, um diese zu meistern, und beim Bedeutsamkeitsaspekt der Situation in einem grösseren subjektiven Werthorizont an. Wo das Individuum freilich sich selbst nur verschlüsselt oder mit einer dekonstruktiven Teilidentität auf eine Situation einlässt, wird der Verstehensprozess dadurch erschwert, dass die empfangenen und die gesendeten Informationen möglicherweise unvollständig bzw. unzutreffend sind. Die dadurch bewirkte Diskrepanz zwischen Fremdattribution und Selbstattribution trägt das ihre zu einem grundlegenden Missverständnis der Situation bei. Wo aber das Verstehen dessen, was als Situation den Menschen herausfordert, unzureichend oder verzerrt geschieht, wird auch eine darauf aufbauende Gewissheit bezüglich der verfügbaren Ressourcen und schliesslich die Einsicht in die übergeordnete Bedeutsamkeit zunehmend erschwert<sup>137</sup>. Unklar bleibt freilich, wie sich ein falsches Verstehen im Sinne einer Fehlinterpretation der Situation auf den protektiven Charakter des SOC auswirkt. Entscheidend wird dabei sicher sein, ob etwa die konkrete Handhabbarkeit durch dieses Missverständnis beeinträchtigt wird oder nicht. Es scheint denkbar, dass aufgrund eines falschen Verstehens dennoch die adäquaten Ressourcen des Handlings aktiviert werden. Grundsätzliche Fragen wirft - wie oben schon ausgeführt - im postmodernen Lebensgefühl das Element der Bedeutsamkeit bzw. des Sinnerlebens auf. Wie wir bereits zeigten, kann die Einordnung des Geschehens in einen übergreifenden Bedeutungszusammenhang unter den Bedingungen einer

---

<sup>134</sup> Petzold 2003a, S.73.

<sup>135</sup> Fink / Kammerl 2000.

<sup>136</sup> Turkle 1996.

<sup>137</sup> Zum Verhältnis der Komponenten untereinander vgl. Antonovsky 1997, S.36-40.

transversalen Gesellschaftsdynamik nur schwer geleistet werden. Es fragt sich hierbei, ob partikulare Bedeutungshorizonte, etwa ein situativ möglicher Lustgewinn (der natürlich bei einer adversen Erfahrung nicht leicht zu erzielen ist!), dem „Lebenssinn“ vergleichbare Sinnerfahrungen erschliessen. Als Fazit bleiben daher bezüglich der Gültigkeit des SOC-Konzeptes im Raum eines transversal-fragmentierten Erfahrungshorizontes, wie er dem postmodernen Lebensgefühl bzw. einer zunehmend prekarierten gesellschaftlichen Form des Daseins entspricht, Fragen offen. Gilt das Konzept unabhängig von den gesellschaftlichen Bedingungen für den Einzelnen, ist angesichts der beschriebenen Tendenzen was die psychosoziale Identitätsbildung und Selbstkonzept betrifft mit drastisch erhöhten Widerstandsdefiziten zu rechnen. Postmoderne Selbstkonzepte auf der Grundlage einer psychosozial driftenden<sup>138</sup> und damit letztlich dekonstruktiven Identität scheinen auf den ersten Blick dem SOC-Konzept wenig Halt zu bieten – was freilich nicht zwingend gegen das Konzept, sondern für eine unter diesen Bedingungen hohe Risikobelastung im Blick auf negative psychosoziale Karrieren spricht. Wir werden uns also zur Beurteilung von stressimmunisierenden Faktoren und Resilienzbezogener Ressourcenorientierung in sozialtherapeutischen Einrichtungen nach wie vor auf die geleistete Arbeit von Antonovsky und anderen stützen.

#### 4. Drogentherapie als gesellschaftspolitische Intervention

##### 4.1. Karrierebegleitende Drogenarbeit / Suchttherapie als unerfülltes Desiderat

Die Beratung und Behandlung Drogensüchtiger stellt heute ein in verschiedenster Hinsicht schwer abzugrenzendes Tätigkeitsfeld im Rahmen suchtspezifischer Hilfsangebote von staatlicher und privater Seite dar. Bekanntlich wird mit dem Begriff „Droge“ in der Umgangssprache ein *illegales* Genussmittel bezeichnet, das durch einen erwiesenen, das Bewusstsein und damit Verhalten affizierenden Effekt (z.B. Cannabisprodukte oder synthetische Halluzinogene) bzw. durch ein nachweisbares Suchtpotential (wie etwa Heroin oder Kokain) näher bestimmt werden kann<sup>139</sup>. Diese Definition scheint historisch (zur Abgrenzung etwa gegen den traditionell legalen Alkoholmissbrauch) zunächst sinnvoll, sie kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Blick auf die gegenwärtigen Konsumgewohnheiten dem Kriterium legal oder illegal aus Sicht der Konsumenten wie aus derjenigen der Fachleute keine wirkliche Relevanz (mehr) zukommt. Legale und illegale Substanzen werden von denselben Individuen kumulativ appliziert bzw. immer mehr Suchtkarrieren zeichnen sich durch Phasen legalen und Phasen illegalen Suchtmittelkonsums und eine gewisse Überlagerung derselben aus<sup>140</sup>. Drogentherapie ist und war immer mehr als bloße Behandlung von Suchterkrankung aufgrund von Konsum illegaler Rauschmittel. Immer schon war ganz generell süchtiges und tendenziell asoziales Verhalten nicht nur bei den behandelten Individuen, sondern auch in ihrem Konvoi sowie in ihrem Kontext und Kontinuum Thema und Inhalt derartiger Prozesse. Mit anderen Worten: süchtige Verhaltensweisen sind komplexe, oft maligne Coping-Strategien von psychischen

---

<sup>138</sup> Sennet 1998.

<sup>139</sup> Schmidbauer / vom Scheidt / Schulenberg (Hg.) 2004.

<sup>140</sup> Seubert 2005.

und sozialen Systemen<sup>141</sup>, die sich im psychosozialen Kontext und Kontinuum, die wir als (post-) moderne Industrie- und Dienstleistungs-Gesellschaft bezeichnen können, schon lange etabliert haben und dort teilweise akzeptiert oder sanktioniert werden<sup>142</sup>. Drogensucht im herkömmlichen Sinne und die öffentliche Stellungnahme dazu<sup>143</sup> stellen nur *eine* Facette eines vorab soziologischen Phänomens dar. Gerade der Blickwinkel praktischer Suchtarbeit zeigt freilich drastisch: Suchttherapie (und damit auch Drogentherapie) ist Milieuthherapie, ja mehr noch: Gesellschaftstherapie<sup>144</sup> und impliziert notwendigerweise sozialkritische Impulse von seiten der Therapeutinnen, der Klienten und darüber hinaus aller vom therapeutischen Geschehen Betroffenen (Angehörige, Freunde, Arbeitgeber etc.). Aus diesem Grunde sprechen wir von Sozialtherapie<sup>145</sup> und meinen damit wesentlich mehr als die psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung eines Individuums mit einer Abhängigkeitsstörung. Vielmehr geht es dabei um die dynamisierende und restrukturierende Durchdringung verschiedenster Ebenen psychischer, biologischer wie sozialer Wirkzusammenhänge mit dem Ziel der verhaltensrelevanten Entkatastrophisierung im Blick auf soziales Embedding, ökonomische Rehabilitation, psychische Entlastung und Stabilisierung sowie allgemeine geistige und körperliche Regeneration<sup>146</sup>. Die Arbeit des Sozialtherapeuten gleicht bei allem durchaus derjenigen eines Katastrophenhelfers, der sich einer äusserst komplexen Bedarfs- und Ressourcenlage gegenüber sieht und der neben akuten existenzrettenden und –sichernden Massnahmen auch logistische, ökonomische und auf Nachhaltigkeit bedachte strukturelle Fragestellungen in seine Handlungsplanung einzubeziehen hat. Zudem hat Soziotherapie weitere komplexe Aufgaben im Blick auf die Anforderungen eines Meso- oder Makrosystems zu erfüllen<sup>147</sup>. Süchtige sollen so integriert werden, dass die Auffälligkeiten eines süchtigen Verhaltens die öffentliche Wahrnehmung nicht mehr stören, Treffpunkte von Süchtigen sind aus den Zentren weg in die suburbanen Bereiche zu verlegen, die Zerstreuung von Szenen in die Anonymität isolierter Biotope ist wünschenswert, weil der einzelne weniger Anstoss erregt als die Gruppe – wenn auch die dadurch bedingte dezentrale Betreuungsstruktur sehr aufwändig ist.

Bereits zu Beginn der neunziger Jahre haben Petzold und Hentschel in ihrem jetzt neu überarbeiteten Artikel<sup>148</sup> einen „karrierebegleitenden“ Ansatz in der Drogenarbeit im Besonderen sowie in der Suchtpolitik generell gefordert. Damit vertreten die

---

<sup>141</sup> Luhmann 1994.

<sup>142</sup> Fischer 2001.

<sup>143</sup> Seubert 2005.

<sup>144</sup> Mahler 2005, S.20f. Zu den allgemeinen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen vgl. Petzold / Scheiblich / Thomas 2006, in: Petzold / Schay / Scheiblich 2006, S.45f.

<sup>145</sup> Dazu Petzold / Schay / Hentschel 2004 in: Petzold / Schay / Ebert 2004, S.92f.

<sup>146</sup> Vgl. dazu die Definition von Drogenabhängigkeit bei Petzold 2004?, in: Petzold / Schay / Ebert 2004, S.515f., sowie die Ausführungen zu „Prekäre Lebenslagen“ von Petzold / Schay / Hentschel 2004, in: Petzold / Schay / Ebert 2004, S.80.

<sup>147</sup> Petzold 2004m, S.3.

<sup>148</sup> Petzold / Hentschel 1991. Der Beitrag entspricht in etwa demjenigen von Petzold / Schay / Hentschel in: Petzold / Schay / Ebert 2004.

Autoren eine therapeutische und sozialarbeiterische Optik, die sich vorab auf den entwicklungsgeschichtlich-longitudinalen Aspekt individueller Suchtproblematiken im Horizont der Lebensspanne ausrichtet und eine multimodal-vernetzte intermittierende Begleitung und therapeutische Betreuung der Süchtigen während des Zeitraums einer in unterschiedlicher Ausprägung floriden Suchtstörung vorsieht. Dabei spielt der Begriff der „Karriere“ eine bedeutende Rolle. Gemeint ist ein zeitlich begrenzter Entwicklungsverlauf, der sich durch charakteristische Etappen und entsprechend einschlägige Verhaltensmuster von Individuen beschreiben lässt. Karrieren sind unter negativen Gesichtspunkten (Negativkarrieren) eine Häufung „*widriger Umstände*“<sup>149</sup>, denen in der Regel auf Seiten der Protagonisten ein fehlendes Repertoire an geeigneten Coping-Strategien entspricht, was die Umstände auf der Ebene des Existenzvollzugs zu biopsychosozial destruktiven Katastrophen eskalieren lässt, die sich mit der Zeit - zumindest vorübergehend - auf einem mehr oder weniger prekären allgemeinpathologischen Niveau stabilisieren. Karrieren sind aber stets auch biografisch-narrative Konstrukte, „Geschichten“ von Subjekten, in denen etwas von deren Lebenswille und Lebenswitz sowie von durchaus erfolgreicher Problembewältigung aufscheint – und sei es nur, dass es situativ immer „noch hätte schlimmer kommen können“ bzw. es „gerade noch mal gut gegangen ist“. Die Frage, warum es nicht *noch schlimmer* gekommen ist bzw. warum es gerade noch mal gut gegangen ist, führt den aufmerksamen Gesprächspartner auf mögliche Lebenskompetenzen, die nach Möglichkeit zu formulieren und zu fördern sind. Freilich liegen derartige Strukturen keineswegs an der Oberfläche von Narrativen einer Negativkarriere. Es bedarf vielmehr einer kontinuierlichen Begleitung meist über Jahre, um hier fündig zu werden. Hier kann nur eine längere Begleitung im Sinne des „Keeping contact“ Grundlagen für eine eventuelle Trendwende bieten<sup>150</sup>. Dass dies nur im Horizont eines vernetzten Hilfsangebots verschiedenster Anlauf- und Berührungsstellen im Verlauf einer Karriere denkbar ist, liegt angesichts von staatlicher Intervention etwa bei Delinquenz, zahlreichen privaten Initiativen von Familie, Freunden etc., öffentlich-rechtlichen sowie paraöffentlichen Hilfestellungen von Kirchen, Vereinen und Stiftungen mit ihren jeweiligen Angeboten von Suppenküchen, Notschlafstellen bis hin zu Fachkliniken (man denke etwa an die Angebote von Heilsarmee oder Blauem Kreuz) und schliesslich szeneeinternen, gleichsam mikro- oder mesosystemischen Impulsen, die oft motivationale Trends zum Kippen bringen, auf der Hand. Monokausale Verstehenszugänge zu Verhaltensänderungen von Süchtigen sind hier in aller Regel unbrauchbar. Welche Stelle(n) bzw. welche Person(en) in diesem komplexen, nur lose verbundenen Kontext, der in der Regel höchst instabile Konvois für Süchtige bedingt, es dabei sind, denen die Aufgabe der Karrierebegleitung zukommt, kann nicht von aussen festgelegt werden. Vielmehr spielt hier die berühmte intersubjektive „Chemie“ eine wichtige Rolle. Natürlich ist nicht jede Position im Netzwerk geeignet, einen nachhaltigen Beitrag zum „Keeping contact“ und zu einer narrativen Stabilisierung des Bezugssystems zu leisten, dennoch ist es von grösster Wichtigkeit, dass dort, wo sich Chancen bieten, diese genutzt werden, damit so das gesamte Helfernetz und vorab natürlich die Süchtigen davon profitieren können. Entscheidend dafür ist nach unserer Erfahrung, ob die üblichen Berührungspunkte zwischen professionellen und nichtprofessionellen Helfern minimiert oder gänzlich abgebaut werden können<sup>151</sup>.

---

<sup>149</sup> Rutter 1985 bzw. 1989 spricht von *chain of adverse events*.

<sup>150</sup> Dazu Petzold / Schay / Hentschel 2004 a.a.O., S.94-97.

<sup>151</sup> Vgl. zum Stichwort „Kompetenzgerangel“ Petzold / Schay / Hentschel 2004, a.a.O., S.97.

Karrierebegleitung ist im Endeffekt eine synergetische Wirklichkeit, deren Kontrollparameter der jeweiligen Gestalt von Netzwerken zur Lebenshilfe für Süchtige zu entnehmen sind. Je funktionaler ein derartiges Netzwerk, desto klarer wird sich vermutlich so etwas wie eine Karrierebegleitung erkennen lassen. Leider fehlen hierfür aber wegweisende Studien. Überhaupt handelt es sich bei der erwähnten, von Petzold et al. vorgelegten Skizze zu einer „intermittierenden“ karrierebegleitenden Drogenhilfe immer noch um ein Desiderat, das bestenfalls in kleinen Ansätzen zur Verwirklichung gelangt ist. Zwar existiert heute eine niederschwellige Drogenarbeit in den meisten europäischen Ländern, jedoch sind die besagten Netzwerke in der Regel längst nicht effektiv genug, um eine wirkliche Karrierebegleitung der Süchtigen zu gewährleisten – von einzelnen Glücksfällen abgesehen.

Wir sind der Meinung, dass innerhalb der Behandlungskette<sup>152</sup> gewisse Glieder besonders geeignet sind, langfristige Beziehungsangebote zu machen, die auch über das jeweilige hinaus wirksam bleiben im Sinne einer karrierebegleitenden und intermittierend agierenden Intervention. Dazu gehören zweifellos sozialtherapeutische stationäre oder halbstationäre Langzeitangebote, bei denen der Beziehungsaufbau und damit der Aufbau supportiver sozialer Strukturen zur Verhinderung eines malignen Karriereverlaufs<sup>153</sup> im Zentrum der Bemühungen steht. Der in entsprechenden Einrichtungen gebotene gemeinschaftlich-partizipative Lebensraum bietet dazu einmalige Voraussetzungen. Die Frage ist, inwieweit diese Chance nicht nur im Blick auf die aktuelle Phase, sondern darüber hinaus im Blick auf die gesamte noch offene Karriere des Süchtigen genutzt wird.

#### 4.2. Sucht als Lernprozess

Suchtverhalten ist erworbenes Verhalten und darum mit lerntheoretischen Begriffen beschreibbar. Schon Marlatt<sup>154</sup> stellt Suchtverhalten und insbesondere dasjenige des Rückfalls auf der Grundlage kognitiver Prozesse dar. Dabei verwendet er die Inhalte der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura<sup>155</sup>: Begriffe wie „Selbstwirksamkeit, Wirkungserwartungen, Kausalattributionen und Entscheidungsprozesse“<sup>156</sup> stehen im Zentrum seines Modells. Beck et al. entwickeln diesen Ansatz weiter zu einer kognitiv-emotionalen Teufelskreis-Theorie<sup>157</sup>, bei welcher emotionale Instabilität, kognitive Muster („Netzwerk von *dysfunktionalen Grundannahmen*“<sup>158</sup>) und Suchtmittelkonsum sich gegenseitig anheizen. All diese Modelle gehen davon aus, dass Suchtverhalten auf einem sich wiederholenden Entscheidungsprozess beruht,

---

<sup>152</sup> Petzold 1969c; 1974f

<sup>153</sup> Petzold / Schay / Hentschel 2004, in: Petzold / Schay / Ebert 2004, S. 95.

<sup>154</sup> Marlatt 1985.

<sup>155</sup> Bandura 1979.

<sup>156</sup> Beck / Wright / Newman / Liese 1997, S.12f.

<sup>157</sup> Beck / Wright / Newman / Liese 1997, S. 23-28.

<sup>158</sup> Beck / Wright / Newman / Liese 1997, S. 26.

der - gesteuert durch falsche Grundannahmen – zum fortgesetzten Konsum von Substanzen führt, der so schliesslich ein Abhängigkeitssyndrom bewirkt. Den Schlüssel zum unerwünschten Verhalten bildet also ein primär kognitives Muster, aufgrund dessen Situationen und Erfahrungen falsch bewertet werden und das daraufhin ebenso falsche Verhaltensimpulse initiiert (Drang<sup>159</sup>). Die in der Folge gezeigten Coping-Strategien der Sucht werden in erster Linie als notwendige Folge früherer inadäquater Lernprozesse verstanden, welche im Laufe einer Therapie durch ein neues und angemessenes Lerngeschehen mit entsprechenden Auswirkungen auf das Verhalten überdeckt bzw. substituiert werden sollen. Im Horizont instrumenteller Lernszenarien, welche von der unerwünschten Konsequenz des gezeigten Verhaltens auf dessen durch Lernprozesse vermittelte Korrektur schliessen, setzt die kognitive Therapie auf gedankliche, gleichsam logische Restrukturierung (auf dem Wege der Identifizierung und Substitution von dysfunktionalen Grundannahmen) gemäss einem entsprechenden Fallkonzept<sup>160</sup>. Auf diese Weise soll der Süchtige sukzessive befähigt werden, seinen Drang zum Konsum<sup>161</sup> zu kontrollieren indem es ihm gelingt, sein Verlangen (Wollen) kognitiv zu kontrollieren. Ohne hier weiter auf die Behandlungsmethodik der kognitiven Verhaltenstherapie bei Süchtigen einzugehen wird aus dem Gesagten deutlich, dass der von Beck und anderen unterlegte Lernbegriff reichlich formal, d.h. weitgehend auf die sprachlich symbolisierte Gestalt von Gedanken reduziert erscheint. Dabei wird aus heutiger Sicht weder den eigentlichen komplexen biografischen Lernprozessen noch deren Wirkungsgeschichte im Rahmen einer Karriere geschweige denn den darin enthaltenen internalen und externalen biopsychosozialen Ressourcen ausreichende Beachtung geschenkt. Der klassischen Konzeption verhaltensorientierter Theorie von Sucht (wie von anderen Störungsbildern) mangelt es also an Tiefe was das Verständnis von Lernprozessen angeht und an Breite was die faktorielle Steuerung des Verhaltens betrifft.

Vorab geht es also darum, den Sachverhalt von Lernen und Sucht in seiner Tiefe und Komplexität in den Blick zu bekommen. Lernvorgänge als solche sind komplexe neuronale Prozesse der Wahrnehmung (Reize), Bewertung, Speicherung und Vernetzung. Vor allem letztere scheint für das Lernen von grosser Bedeutung zu sein. Dabei spielen synaptische und zelluläre Besonderheiten wie NMDA (N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptoren) und LTP (Long-Term-Potentiation) eine möglicherweise entscheidende Rolle<sup>162</sup>. Die neuronalen Hauptschauplätze des menschlichen Lernverhaltens sind sowohl subkortikale Strukturen wie der Hippocampus als auch die assoziativen Areale der Grosshirnrinde zusammen mit Arealen des Vorderhirns. Da der Hippocampus über zahlreiche Afferenzen<sup>163</sup> aus dem limbischen System (Nucleus accumbens, basolaterale Amygdala, limbische Thalamuskern, Locus coeruleus, Zentrales Höhlengrau) verfügt bzw. dorthin projiziert, sind auch emotionale Reaktionen ein wesentlicher Teil des Geschehens. Gerade dieser Aspekt fällt offensichtlich beim Suchtlernen bzw. bei der Entwicklung des sogenannten

---

<sup>159</sup> Marlatt / Gordon 1985.

<sup>160</sup> Beck / Wright / Newman / Liese 1997, S.85-100.

<sup>161</sup> Beck / Wright / Newman / Liese 1997, S.35-40.165-177.

<sup>162</sup> Lynch 1986; Bliss / Collingridge 1993; Roth 2001, S.110-125.

<sup>163</sup> Roth 2001, S.160.

„Suchtgedächtnisses“ besonders ins Gewicht<sup>164</sup>. Das Konstrukt eines grundlagenwissenschaftlichen und klinisch-empirisch gestützten "Suchtgedächtnisses" als Modell für Entwicklung, Aufrechterhaltung, Lösungsresistenz von Verhaltensmustern bezüglich des Konsums von Substanzen bzw. bezüglich bestimmter sensorischer Stimulationen (Sensation Seeking) wird seit einigen Jahren in der Forschung intensiv diskutiert. Dabei wird die besondere Ansprechbarkeit auf suchtmittelassoziierte Stimuli (Cue-Reaktivität) durch ein entsprechendes neuronales Substrat begründet, das einer emotional-kognitiv verschalteten impliziten und episodischen Gedächtnisleistung entspricht<sup>165</sup>. Dem Belohnungssystem im dopaminergen Bereich des mesolimbischen Systems, bei Opiaten ist dies vor allem das Ventral Tegmentale Areal (VTA) sowie der Nucleus accumbens (Striatum) und der Locus coeruleus, kommt im Blick auf alle Suchtmittel grosse Bedeutung zu<sup>166</sup>. Die Verbindungen dieser subkortikalen Strukturen zum Hippocampus und damit zu den kortikalen Gedächtnisarealen scheinen für die Intensität und Reaktivierbarkeit des Suchtgedächtnisses verantwortlich zu sein. Dass – wie Studien an Tiermodellen vermuten lassen<sup>167</sup> – dieser Zusammenhang mittels Corticosteroiden (Corticosteron) beeinflusst (unterbrochen) werden kann, unterstreicht die Bedeutung der hormonrezeptiven hippocampalen Strukturen. Die Untersuchungen von Wolffgramm et al. haben zudem gezeigt, dass zumindest für Opiate und Amphetamine eine sensible Phase der Prägung nachweisbar ist, in deren Verlauf sich die Trennung vom Suchtmittel als suchtfördernd auswirkt (während in den Fällen, in denen das Suchtmittel während der sensiblen Phase nicht entzogen wird, die Rückkehr zu einem kontrollierten Gebrauch erfolgt!). Eine derartige zeitlich klar abgrenzbare Sensibilität lässt sich indessen für die Entstehung der Alkoholsucht nicht nachweisen.

Das empirisch gut belegte Modell des Suchtgedächtnisses bringt Anhaltspunkte zur Entwicklung der Sucht ab dem Moment des Substanzkonsums, sagt aber nichts zur Attraktivität von Suchtmitteln oder zu inneren Legitimationsvorgängen im Blick auf den Gebrauch dieser Substanzen – insbesondere dort, wo es sich um illegalen Konsum handelt. Die psychodynamische Bedeutung von Suchtmitteln für die Stabilisierung des persönlichen Selbst bzw. die externalen und internalen motivationalen Bedingungen zu ihrem erstmaligen und fortgesetzten Konsum sind für das Verständnis des Suchtverlaufs von nicht geringer Bedeutung und müssen letztlich in ein Gesamtkonzept von so etwas wie „Suchtlernen“ unter dem Begriff des Suchtgedächtnisses mit einbezogen werden. Die emotionalen Afferenzen zur hippocampalen Struktur kommen auch von den amygdaloid gesteuerten Ängsten und den damit verbundenen Abwehrimpulsen (aus den basalen Affektstrukturen im Zentralen Höhlengrau), d.h. ein Suchtgedächtnis wird auch „wissen“, dass unerwünschte emotionale Zustände wie Angst und Spannung durch den Konsum des Suchtmittels abgebaut werden. Belohnung (durch Stimulation der entsprechenden Rezeptoren) kann bekanntlich auch im Sinne der Selbstverwöhnung als reaktives Kompensationsverhalten auf innere und äussere Repression verstanden werden<sup>168</sup>. Leistungsbezogene intrapsychische Legitimations-

---

<sup>164</sup> Wolffgramm 2002; Böning 2002; Mayer / Erdtmann-Vourliotis / Höllt 2002.

<sup>165</sup> Böning / Weijers / Herrmann 2002.

<sup>166</sup> Böning 2002.

<sup>167</sup> Wolffgramm 2002.

<sup>168</sup> Schultz-Hencke 1947.

mechanismen hinsichtlich des Konsums von Suchtmitteln sind ein aus der Therapie bekanntes Phänomen (wer sich einige Monate in der Therapie angestrengt hat, empfindet eine starke innere Legitimation zu einem Rückfall!). Die „Beschaffungsleistung“ muss immer auch als Legitimierung zum Konsum gesehen werden! Dazu gibt meines Wissens leider wenig bis keine brauchbaren Daten. Die qualitativen Erhebungen im Rahmen regelmässiger Therapiegespräche im stationären wie ambulanten Rahmen scheinen jedoch derartige innere Legitimations- und Motivationsstrukturen für eine Mehrzahl der Süchtigen (die Erfahrungen des Autors beziehen sich vor allem auf Opiat-Konsumenten) nahe zu legen. Es muss also auch bei den komplexen neurobiologischen Lernmodelle der Sucht<sup>169</sup> darauf geachtet werden, dass das dabei zugrunde gelegte Menschenbild den für ein integratives Suchtverständnis erforderlichen Kriterien entspricht<sup>170</sup>. Das menschliche Individuum als informiertes Leibsubjekt in seinem sozialen und oekologischen Kontext und Kontinuum verarbeitet in seinen neuronalen Steuerprozessen noch wesentlich mehr an Information als das, was von den dopaminergen Belohnungszentren im mesolimbischen System ausgeht.

Damit sind wir dort angelangt, wo sich die Frage nach der Breite des für das suchtbezogene Lerngeschehen relevanten Spektrums an Erfahrungsquellen stellt. Betrachten wir das von Petzold / Hentschel vorgestellte Karrierekonzept<sup>171</sup> so zeigt es sich, dass eine Vielzahl von den Verlauf einer Suchtentwicklung bestimmenden Faktoren berücksichtigt werden müssen. Soziale Lernprozesse<sup>172</sup> bilden die Grundlage zum Erwerb sozialer Kompetenzen wie Beziehungsaufnahme, Selbstpräsentation, Durchsetzungsvermögen und Kritikverarbeitung<sup>173</sup>, welche ihrerseits als Grundkompetenzen für erfolgreiche psychosoziale Coping-Strategien erachtet werden können. Lernprozesse der Sucht finden also hauptsächlich in Interaktion mit dem sozialen Kontext statt<sup>174</sup>. Dieser ist für das Verständnis der Suchtprägung und darüber hinaus für ein realistisches Bild von den individuellen Risiken und protektiven Faktoren eine unverzichtbare Informationsquelle aber auch ein u.U. zentrales therapeutisches Agens. Der soziale Kontext birgt für den Einzelnen im Kontinuum einer zeitlichen Entwicklung Chancen und Risiken. Die suchtrelevanten Risiken im familiären Bereich sind bekannt:

- Psychiatrische Probleme (DSM-Diagnosen) bei einem Elternteil.
- Im abgelaufenen Jahr fanden sich mehr als 20 „stressful life events“
- Die Mutter hat 6 oder mehr Punkte auf Rutters Belastungs-Malaise-Fragebogen<sup>175</sup>.
- Mutter hat keinen Hauptschulabschluss.

---

<sup>169</sup> Böning 2002; 2004. Heinz / Güsser 2002.

<sup>170</sup> Dazu Petzold 2006c.

<sup>171</sup> Petzold / Hentschel 1991 bzw. Petzold / Schay / Hentschel 2004.

<sup>172</sup> Rotter 1972; Bandura 1979.

<sup>173</sup> Schneider 1994.

<sup>174</sup> Frey 2001; Michalzik / Bartsch / Wegener 2002.

<sup>175</sup> Rutter 1979.

- Ernährer der Familie ist arbeitslos.
- Es ist kein Vater in der Familie anwesend.
- Die Familie hat vier oder mehr Kinder.
- Die Familie gehört einer ethnischen Minderheit an.
- Die Eltern haben rigide Erziehungsvorstellungen.
- Es findet sich eine schlechte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion.
- Das Kind hat dysfunktionale emotionale Stile.
- Das Kind hat keinen „significant caring adult“.
- Das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz / Performanz
- Es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherheit zur Verfügung.<sup>176</sup>

Diese Liste steht für zahlreiche negative Lernfelder, die eine prägende Wirkung haben können. Ihnen entgegen stehen die resilienzbildenden protektiven Faktoren wie:

- hereditäre Disposition zur Vitalität.
- Fähigkeit, Belastungen und Risiken effektiv zu bewältigen.
- Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen.
- Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz/Performanz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten.
- Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden.
- Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.<sup>177</sup>

Aus der konglomerativen Gesamterfahrung ergibt sich für das Subjekt ein Set von verhaltenssteuernden Haupttendenzen negativer (katastrophisierender) und positiver (regenerativer) Art. Die erfahrene Verstärkung dieser Tendenzen durch das sich verändernde Umfeld bzw. durch die transversalen Verschiebungen der Lebensräume setzt u.U. die entscheidenden Akzente zur Resilienzbildung oder zum Risikoverhalten.

#### 4.3. Leben lernen: Rollenkompetenz(en) in einer transversalen Gesellschaft

Noch einmal sollen an dieser Stelle soziologische und sozialpsychologische Aspekte der Sucht thematisiert werden. Dies darum, weil die „Lösung“ des Suchtproblems für das Individuum immer auch eine gesellschaftlich vor- oder mitbestimmte ist. Das Vier-Schritte-Modell von Petzold<sup>178</sup> impliziert als vierten Schritt denjenigen des Individuums „auf die Welt zu“ als das Eintreten in die „Verantwortung“ für eine

---

<sup>176</sup> Petzold / Schay / Hentschel 2004, S. 97f.

<sup>177</sup> Petzold / Schay / Hentschel 2004, S.98.

<sup>178</sup> Orth / Petzold 2004, in: Petzold / Schay / Ebert 2004, S. 323f.

gemeinsame Wirklichkeit in der Gesellschaft. Es geht dabei um die Teilhabe an einer „sozialen Welt“<sup>179</sup>, die dem Süchtigen alternative Rollenangebote bereit zu stellen bzw. zuzuschreiben<sup>180</sup> imstande ist. Nur über diese Rollenangebote wird die „neue“ Identität – diejenige, welche aus der durch die Suchtdynamik beherrschten Non-Identität herüber gerettet werden konnte und/oder eine auf den neuen Bezügen von Gemeinschaft und Selbst aufgebaute – sich persönlich und sozial verankern können. Hier leistet die sozialtherapeutische Gemeinschaft – mit all ihren hinreichend problematisierten Nachteilen<sup>181</sup> – einen unschätzbaren Dienst, indem sie dafür besorgt ist, stets ein geeignetes Set an gleichsam therapeutisch geschützten Rollen bereit zu halten, in denen der Süchtige sich und die anderen erproben kann. Ohne hier die radikale Position Goffmans<sup>182</sup> zu vertreten, sind Rollenkongruenz, Rollenambivalenz<sup>183</sup> und Rollendistanz<sup>184</sup> bedeutsame Erfahrungsebenen der Identifizierung und Identifikation von Selbst. Sich in einer Rolle kongruent zu deren sozialem Profil zu verhalten, über genügend Frustrationstoleranz zu verfügen, um rolleninhärente Ambivalenzen auszuhalten (auszubalancieren) und die notwendige Distanz zur Rolle für eigene Interpretationen derselben zu nutzen, bilden das Instrumentarium, das für ein erfolgreiches Selbstkonzept auf der Basis von persönlicher und sozialer Identität von grosser Bedeutung ist. Die transversale Gesellschaftsdynamik mit ihren sich verschiebenden multiplen Lebensräumen für das Individuum erfordert zudem vom Süchtigen besondere Kompetenzen. Sich rasch und flexibel auf neue Rahmenbedingungen zur Identitätsbegründung (etwa nach dem 5 Säulen-Modell<sup>185</sup>) einzustellen, verlangt ein hohes Mass an leiblicher Inszenierung<sup>186</sup>, d.h. an kontextueller leibhaftiger Wahrnehmung und Aktualisierung von Ich in den zeitlich-transitorischen Bezügen einer tendenziell driftenden Lebenswelt. Leben lernen bedeutet also für den Süchtigen nicht nur den Ausstieg aus einer dysfunktionalen Lebenswelt, sondern letztlich den Erwerb einer Kompetenz, welche ihn auf der performativen Ebene einer komplex-intransparenten Wirklichkeit befähigt, die eigene Identität flexibel zu behaupten und auf der Grundlage von gemeinsamen Ressourcen funktionale Identifizierungs- und Identifikationsprozesse im Horizont des eigenen Selbstkonzeptes zu steuern. Mit anderen Worten: Leben heisst für den Süchtigen sich selbst zu finden, sich treu zu bleiben, sich unter diskontinuierlichen Bedingungen wieder zu erkennen und sich anzupassen sowie sich dabei weiter zu entwickeln auf der Grundlage eines kontinuierlich-explorativen Selbstverständnisses. Dies alles in einem pulsierenden interaktiv-sozialen Geschehen der Beziehungsaufnahme, der Selbstpräsentation, der Durchsetzung von eigenen Ansprüchen und des Konfliktmanagements<sup>187</sup>. Gerade

---

<sup>179</sup> Petzold 2003b.

<sup>180</sup> Petzold 2003a, S.687f.

<sup>181</sup> Orth / Petzold 2004, in: Petzold / Schay / Ebert 2004, S. 315f.

<sup>182</sup> Goffman 1983.

<sup>183</sup> Habermas 1968.

<sup>184</sup> Goffman 1973.

<sup>185</sup> Petzold 2003 a, S.72f.

<sup>186</sup> Petzold 2003a, S.688.

<sup>187</sup> Schneider 1994.

letzterem kommt im Revitalisationsprozess Süchtiger grosse Bedeutung zu, weil Konflikte oft nur als Kompromisse, d.h. unter Inkaufnahme von gewissen Verlusten bzw. unter partiellem Verzicht auf akute Bedürfnisbefriedigung gelöst werden können. Verlust- und Verzichtsmanagement sind allerdings für Suchtkranke nicht selten gleichbedeutend mit dem Rückgriff auf dysfunktionale Kompensationsansprüche im Zeichen der Selbstverwöhnung (Spoiling) bzw. der Selbstmedikation. Hier sind es vor allem emotional wirksame Wertkonzeptionen, die das Verlust- und Verzichtsmanagement beeinflussen, indem sie neue Einstellungen zur Vergänglichkeit und zum Mangel sowie funktionale Kompensationsmöglichkeiten in der Lebensspanne erschliessen<sup>188</sup>. Psychologisch betrachtet handelt es sich dabei in erster Linie um antizipatorische Motivations- und Wertarbeit, begleitete Handlungskontrolle<sup>189</sup> und darauf aufbauendes Misserfolgsmanagement. Suchttherapie als komplexer Leben-Lern-Prozess<sup>190</sup> hat hier einen Schwerpunkt. Dass derartige Kompetenzen nicht ausschliesslich im „Gewächshaus“ einer therapeutischen Gemeinschaft erworben werden, liegt auf der Hand. Realitätstraining und Konfrontationssequenzen sind daher notwendige Bestandteile einer Suchttherapie. Die performative Nachhaltigkeit wird freilich erst in einer gut strukturierten Nachsorgephase mit entsprechender Rückfallbegleitung erworben werden können. Diese Aussage bringt uns zurück zum Konzept einer karrierebegleitenden intermittierenden Drogenarbeit, welche auf den durchaus diskontinuierlichen Gesamtprozess setzt und dabei Phasen von Kontinuität dazu nutzt, biopsychosoziooetische Lebensstrukturen (Resilienz) zu fördern und darin dem Individuum jenen personalen Wert beizumessen, der sich in einer Haltung des Respekts, der Zuwendung, des Vertrauens und der kommunikativen Offenheit ausdrückt. Werthaltungen sind freilich traditionellerweise gesellschaftlich verankerte Strukturen, welche gemeinsam verwaltet und verändert werden. Selbst das viel bemühte postmoderne Lebensgefühl tut sich relativ schwer, an diesen kulturell gewachsenen Strukturen vorbei individuelle Wertkonzepte zu anerkennen geschweige denn zu fördern. Nichts desto trotz scheint für das Individuum auf seinem Weg aus der Sucht gerade hier eine „systematische ‚Gewissensarbeit‘“<sup>191</sup> unverzichtbar. Neben Themen wie Schuld und Wiedergutmachung (im Blick auf begangenes und erlittenes Unrecht) als Basis für eine geklärte Positionierung im sozialen Gefüge und im Interesse einer neuen Sicht auf die persönliche Lebenswelt als Ort des Gebens und Nehmens geht es dabei um Wertbestimmungen und Zielsetzungen für das eigenen Leben bzw. um ihre Verträglichkeit hinsichtlich der persönlichen Entwicklung und des möglicherweise im Aufbau befindlichen sozialen Umfeldes. Die konkrete Wahl von Werten aus dem sich im intermittierenden therapeutischen Prozess immer wieder eröffnenden Werthorizont (oft im Gegensatz zum scheinbaren Unwert der akuten Situation) ist und bleibt der entscheidende personale Initialakt zur Identitätsbegründung und zum Selbstwert. Therapeutische Interventionen in der karrierebegleitenden Suchtarbeit haben daher immer wieder auf jenen sich anfänglich nur punktuell, schliesslich aber immer klarer sich abzeichnenden Werthorizont des einzelnen Menschen einzugehen, ihn im Blick auf

---

<sup>188</sup> Mahler 2005.

<sup>189</sup> Kuhl 1983; Kuhl / Helle 1986.

<sup>190</sup> Sieper / Petzold 2002

<sup>191</sup> Orth / Petzold 2004, S.318.

seine möglichen Ansprüche und Angebote zu thematisieren und auf diese Weise möglichst ohne nötigen Druck für den Süchtigen Entscheidungssituationen herbeizuführen, welche allein zu reifen Werthaltungen führen können. Sie sind der Referenzrahmen für sinnbezogene Bewertungen eigenen und fremden Handelns. Solche Bewertung bzw. Einschätzung (appraisal und valuation<sup>192</sup>) geschieht anhand von internalen und externalen Kriterien, welche ihrerseits aber vom Individuum als solche anerkannt werden müssen. Dies ist auch das Wesen von Sozialisation<sup>193</sup> oder Enkulturation<sup>194</sup>: die Übernahme bzw. der Erwerb eines Werthorizonts, aus welchem die jeweils personalen Sinnerfahrungen erschlossen werden können. Daraufhin zielt auch die rollenorientierte Arbeit im Rahmen der Sozialtherapie. Soziale Settings auf ihre Anforderungen hin wahrnehmen, unter den darin sich anbietenden Werten die Seinen von den Nicht-Seinen unterscheiden und entsprechendes Sich-Einlassen oder Sich-Verweigern sinnvoll begründen sowie schliesslich in Übereinstimmung damit handeln ist die angestrebte Kompetenz/Performanz sozialtherapeutisch begleiteter Prozesse. Gerade die transversal sich verschiebenden und überlagernden Lebensräume der postmodernen Identität erfordern eine Werthaltung, die es dem Individuum ermöglicht, die Multität der angebotenen Szenen und Rollen auf diejenigen hin zu durchforsten, welche den eigenen personalen Wertentscheidungen und damit der Sinnfindungsbewegung des eigenen Lebens entsprechen, und sich darin in dem Sinne zu verwirklichen, dass sowohl Anpassung als auch Abgrenzung dazu dienen, die Rollen nicht nur zu übernehmen, sondern sie gleichsam fortzuschreiben, ihr einen biografischen Akzent zu verleihen und sie damit in die Rekonstruktion der eigenen Geschichte zu integrieren. Das menschliche Leib-Subjekt steuert sein Kontinuum über derartige Unterscheidungen und Entscheidungen auf der Grundlage einer begrenzten Zahl von Werten, welche als die „eigenen“ erkannt werden und auf die hin im Wesentlichen die identitätsstiftenden Beurteilungen und Einschätzungen von Selbst- und Fremdanteilen an der wahrgenommenen Lebenswelt erfolgen.

## 5. Was ist Risikotherapie?

### 5.1. (Hoch-) Risikoverhalten

Als Risikoverhalten wird dasjenige Verhalten bezeichnet, das mehr oder weniger bewusst eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Selbst- oder Fremdschädigung in irgendeiner Weise in Kauf nimmt, um ein bestimmtes Handlungsziel zu erreichen. Risiko zu wählen erfordert also in der Regel eine besondere Motivation, eine innere emotional-kognitive Disposition, welche antizipatorisch einen durch das Verhalten zu erreichenden Gewinn in Rechnung stellt<sup>195</sup>. Als Substrat gehen wir auch hier von einer spezifischen neuronalen Stimulation als der eigentlichen Erfahrungswirklichkeit des Risikoverhaltens aus<sup>196</sup>. Dabei spielt vorab das Katecholamin-System (Dopamin, Noradrenalin, Adrenalin) die zentrale Rolle. Verhalten, welches die Areale mit den

---

<sup>192</sup> Petzold 2003a, S.546f.

<sup>193</sup> Petzold 2003a, S.684-688.

<sup>194</sup> Petzold 2003a, S. 68f.

<sup>195</sup> Trimpop 1994, 2001.

<sup>196</sup> Hennig / Netter 2005.

entsprechenden Rezeptoren zu stimulieren vermag – in der Regel handelt es sich dabei um stressartige Stimulationen, die auch das (meso-) limbische Belohnungssystem tangieren – kann als potentiell Risikoverhalten betrachtet werden. Schon vor beinahe 30 Jahren hat Zuckerman das Konzept des Sensation-Seeking<sup>197</sup> entworfen und seither ist es insbesondere im Blick auf eine Psychologie der Adoleszenz weiterentwickelt worden<sup>198</sup>. Wir halten es für angebracht, diesen Ansatz auch im Rahmen eines vertieften und mehrperspektivischen Verständnisses<sup>199</sup> von Drogensucht fruchtbar zu machen. In der Tat scheint der Konsum von Suchtmitteln als Sensation-Seeking bei Jugendlichen eine nicht zu unterschätzende Rolle zu spielen<sup>200</sup>. Risikokonsum im Sinne der Sensationssuche ist auf den ersten Blick vor allem in einer relativ frühen Phase der Suchtkarriere prävalent, lässt sich aber unsere Ansicht nach auch bei etablierten Konsumenten mit längerem Karriereverlauf nachweisen (leider liegen dazu meines Wissens keine Studien vor). Dies gilt wahrscheinlich nicht nur für MDMA-Konsumenten sondern ebenso für Kokain- und in wohl etwas geringerem Ausmass für Opiatkonsumenten. Bei Alkoholikern weisen die Daten zumindest für Probanden mit einer bestehenden familiären Belastung für Alkoholkonsum in dieselbe Richtung<sup>201</sup>.

Risikoverhalten im Sinne der Sensationssuche ist also tendenziell dem Suchtverhalten inhärent. Dazu stellt das Suchtverhalten als solches hinsichtlich der eigenen Gesundheit und oft auch derjenigen des unmittelbar betroffenen Umfeldes<sup>202</sup> einen erheblichen Risikofaktor dar. Neben direkten Schädigungen durch den anhaltenden Substanzmissbrauch (substanzspezifisch) und die Art und Weise der Applikation (Magen- und Leberprobleme bei übermässigem Trinken, Belastung der Lunge beim Inhalieren, Schädigung der Nasenschleimhäute beim Sniffen, Infektionsrisiken beim Spritzen etc.) sind zahlreiche sekundäre gesundheitliche Probleme zu gewärtigen, die in der Regel durch soziale Verelendung (mangelnde oder falsche Ernährung), durch belastende Beschaffungsbedingungen (Prostitution, Delinquenz) oder durch Unterlassung der angemessenen Behandlung von Symptomen anderer Krankheiten (z.B. Bronchitis) sowie durch elementare Hygienemängel (Karies, parasitärer Befall) verursacht werden. Ein überaus weites Feld bilden die psychischen Komorbiditäten von Suchterkrankungen<sup>203</sup> sowie im Blick auf ganze Suchtkarrieren die iatrogenen Schäden aufgrund verschiedenster therapeutischer „Kunstfehler“<sup>204</sup>. Hier bietet sich aufs Ganze gesehen das Bild eines stark kumulierten Risikos, das meist noch durch den Zerfall und schliesslich gänzlichen Verlust des supportiven sozialen Netzes verschärft wird. Therapeutische

---

<sup>197</sup> Zuckerman 1978.

<sup>198</sup> Ruch / Zuckerman 2001.

<sup>199</sup> Schwennen 2006.

<sup>200</sup> Signer-Fischer / Widmer 2005; Daumann / Hensen / Thimm / Rezk / Till / Gouzoulis-Mayfrank 2004; Roth / Petermann 2003, Zeder 1989.

<sup>201</sup> Wiesbeck / Wodarz / Mauerer / Thome / Jakob / Boening 1996, Pretterhofer 1998.

<sup>202</sup> Klein 2001.

<sup>203</sup> Schuler / Vogelsang 2006; Möller 2005; Springer / Uhl 2005.

<sup>204</sup> Märtens / Petzold 2002; Thomas / Petzold / Schay 2006.

Interventionen im Verlauf einer Suchtkarriere haben diese Vielfalt an Risiken und bereits wirksamen Schädigungen zu berücksichtigen und können darum nie eindimensional wirksam werden.

## 5.2. Interventorische Überlegungen zwischen Kontrolle und Gleichgültigkeit

Suchtmittelbezogenes Risikoverhalten als Sensationssuche (Sensation Seeking) sowie implizites Risiko des Substanzmissbrauchs und dessen psychosozialen Konsequenzen erfordern von Therapeuten bzw. therapeutischen Einrichtungen ein breites interventorisches Instrumentarium sowie die Fruchtbarmachung von unterschiedlichsten Zugängen und Behandlungsebenen. Petzold spricht in diesem Zusammenhang von *theorie- und konzeptpluralen* Ansätzen<sup>205</sup>. Dabei stellen wir im Zeitalter der Kontrolle, welche an die Stelle der interdiktoralen Haltung gegenüber Sucht und Süchtigen getreten ist, eine zunehmende Gefahr der Bagatellisierung fest. Weil das Bewusstsein einer Behandlungskette fehlt – oft selbst dort, wo diese eigentlich vorhanden ist –, werden die einzelnen intermittierenden Bemühungen von Therapeuten, Sozialarbeitern etc. auf ihren isolierten Erfolg hin geplant und bewertet. Dies lässt Anstrengungen oft als vergeblich und Sucht als etwas erscheinen, das gleichsam als Naturereignis über den Menschen kommt. In der Folge besteht die Gefahr einer Marginalisierung und schliesslich einer Bagatellisierung des Suchtproblems aus sozialpolitischer Sicht. Sucht als scheinbar notwendiges Übel einer spät- oder postindustriellen Gesellschaftsform im Zeichen von Individualismus und Liberalismus wird verallgemeinert – nach dem Motto: Jeder ist irgendwie süchtig! – und damit wird der Blick auf die aktuelle Not, welche Sucht für die Betroffenen bedeutet, verstellt. Die therapeutische Sicht gilt dagegen dem jeweils einzelnen Süchtigen, seiner Geschichte, seiner Karriere, seinen Kompetenzen und seinen Risiken. Gerade in dieser persönlichen Optik erschliesst sich die Besonderheit des jeweiligen Prozesses und des jeweiligen systemischen Feldes als eine basale Voraussetzung für angemessene Interventionen. Die aktuelle Indikationsstellung im Rahmen eines Triage-Geschehens trägt schon bei der Weichenstellung zu möglichen Hilfsagenturen bzw. therapeutischen Einrichtungen dieser Besonderheit der Geschichte und der prozessualen Faktoren leider oft viel zu wenig Rechnung. Das passende Hilfsangebot zum aktuellen Karrierepunkt und zum damit verbundenen persönlichen Entwicklungsstand wird in vielen Fällen aus pekuniären Überlegungen weder gesucht noch gefunden.

Risikotherapie als die klassische Ausrichtung von Suchttherapie im Sinne einer interventoralen Behandlung gestörten Verhaltens ist ein unverzichtbarer Bestandteil der therapeutischen Kette<sup>206</sup>. Dabei stehen die akutesten Risiken im Vordergrund. Zu diesen gehören vorab diejenigen mit hoher Mortalitätswahrscheinlichkeit<sup>207</sup>. Elementare Verhaltensweisen bzgl. Hygiene und Sprizentausch (HIV-Infektion<sup>208</sup>) sowie Dosierung und Kombination von Suchtmitteln sind immer wieder vordringliche Themen während des floriden Verlaufs einer Drogenkarriere. Hier waren und sind es gesundheitspsychologische Interventionen

---

<sup>205</sup> Petzold 1998a; Märtens / Petzold 1995a; Petzold 2006.

<sup>206</sup> Petzold / Scheiblich / Thomas 2006.

<sup>207</sup> Bischof / John 2002; Stohler 2004.

<sup>208</sup> Backmund / Meyer / Henkel / Reimer / Wächtler / Schütz 2005.

und risikomindernde Angebote (z.B. Spritzenabgabestellen), welche die Gesamtsituation der von illegalen Suchtmitteln (Opiate und Kokain) Abhängigen in den letzten Jahrzehnten verbessert haben. Das riskante Beschaffungsverhalten, insbesondere risikoreiches Sexualverhalten von Drogenkonsumentinnen, konnte teilweise durch Information und Verbesserung der spezifischen Hilfsagenturen zum Guten beeinflusst werden<sup>209</sup>. In der Regel sind es neben strukturellen Massnahmen der Drogenpolitik niederschwellige und aufsuchende Stellen im Netzwerk, welchen die Aufgabe der Information und des Empowerments zur Risikominderung in diesen Bereichen zukommt<sup>210</sup>. Psychotherapeutische Interventionen spielen bei derartigen grundlegenden Verhaltensänderungen eine bislang nicht erforschte Rolle. Dennoch muss auch hier eine Suchttherapie Akzente setzen. Der transtheoretische Ansatz von Prochaska und Di Clemente<sup>211</sup> sowie dessen Konsequenzen für die Gesprächstechnik in der Suchtberatung<sup>212</sup> stehen für die auf den persönlichen Kosten-Nutzen-Faktor des Suchtverhaltens und auf die Eigenverantwortung des Süchtigen ausgerichtete therapeutische Motivationsarbeit. Dabei bilden konfrontative Interventionen im Wechselspiel mit sachlichen Informationen und verständnisvollem „Gleiten mit dem Widerstand“ ein motivationales Klima zunehmenden Vertrauens sowie zunehmender Einsicht und Entscheidungsbereitschaft auf Seiten der Süchtigen. Die für Suchtverhalten charakteristische Ambivalenz von Wollen aber nicht Vermögen soll damit im therapeutischen Prozess aufgenommen und in der Arbeit mit dem Klienten zu einer mehr und mehr entschiedenen Haltung der Handlungsbereitschaft weiter entwickelt werden. Der informative Aspekt dieser Methode versucht die Wahrnehmung des dem Suchtverhalten inhärenten Risikos durch möglichst objektive Daten und den weitgehenden Verzicht auf subjektive Bewertung des Verhaltens durch den Therapeuten in den Motivationsprozess einfließen zu lassen. Auf diese Weise wird die Selbstverantwortlichkeit des Süchtigen im Umgang mit dem Risiko mobilisiert. Nicht externe Instanzen entscheiden über die nächsten Schritte, sondern der Süchtige selbst, indem er dabei vom Therapeuten unterstützt wird.

Risiko als Behandlungsgrund im Rahmen von therapeutischer Intervention ist auf den ersten Blick kein stabil diagnostizierbares Defizit, sondern ein Konstrukt, das aufgrund statistischer Prävalenzen einen oder mehrere bestimmte Faktoren der Lebensgeschichte als problematisch bewertet. Psychotherapie ihrerseits orientiert sich vorab am Leiden der Klienten und nicht an statistischen Risikofaktoren. Daher wird eine psychotherapeutische Intervention – sofern es sich dabei um eine dyadische Einzeltherapie handelt<sup>213</sup> - sich vom subjektiven Erleben des Klienten her dem jeweiligen Risiko nähern, selbst wenn sie aus der anamnestischen Exploration etwas von statistisch signifikanten belastenden life-events weiss. Entscheidend ist, dass das Individuum dabei als biopsychosoziooetisches Ganzes im Blick ist, d.h. dass seine Leiblichkeit in ihrer mehrdimensionalen Bezogenheit auf sich Selbst

---

<sup>209</sup> Brodbeck Roos 2005.

<sup>210</sup> Kähnert 1999; Dargel 2006.

<sup>211</sup> Keller / Velicer / Prochaska 1999.

<sup>212</sup> Miller / Rollnick 2005.

<sup>213</sup> Petzold / Scheiblich / Thomas 2006, S.51-54.

(Konzentrierung) und auf ihre Welt (Exzentrierung)<sup>214</sup> bei der Bestimmung von Risiken (etwa unter dem Stichwort der Entfremdung<sup>215</sup>) und vorab bei der therapeutischen Intervention ernst genommen wird. Angesichts der Komplexität der Zusammenhänge stellt jede therapeutische Intervention als solche ein zusätzliches Risiko dar<sup>216</sup>, indem gewollte oder ungewollte Destabilisierungen und im schlimmsten Fall sogar Retraumatisierungen geschehen können. Dies gilt nicht nur für die Einzeltherapie, sondern auch (und erst recht!) für gruppentherapeutische Verfahren. Letztere sind daher gerade für stark traumatisierte Suchtklienten mit Vorsicht einzusetzen. Dennoch ist und bleibt Gruppentherapie in der Regel die Methode der Wahl bei der Behandlung von Suchtkranken<sup>217</sup>. In diesem Setting kommen die vier Grundorientierungen integrativer Suchtarbeit (nach Petzold) optimal zum Tragen: Bewusstseinsarbeit, emotionale Aktivierung, Ressourcenerschließung und Solidaritätserfahrung<sup>218</sup>. Sie fordert von den Therapeuten (bzw. Gruppenleitern) ein hohes Mass an spezifischer Kompetenz, damit Grenzüberschreitungen vermieden und die Souveränität des einzelnen Gruppenmitgliedes gewahrt werden können. Wir sind nach jahrelangen Erfahrungen in der Gruppenarbeit mit Suchtkranken der Ansicht, dass Einzeltherapie gerade zur Verarbeitung und individuellen Vertiefung von Prozessen in der Gruppentherapie unverzichtbar ist. Dabei muss freilich darauf geachtet werden, dass die Gruppenprozesse durch den dyadischen Prozess nicht unterlaufen werden. Auch hier geschehen allzu leicht therapeutische Missgeschicke. Indessen ist leider gerade die supervisorische Begleitung von Gruppenarbeit bzw. von Gruppenprozessen in vielen Institutionen noch zu wenig spezifiziert oder fehlt ganz. Hierbei sind zuverlässige Protokolle, am besten Video- oder zumindest Audioprotokolle, eine ganz wichtige Stütze zur qualitativen Verbesserung des Prozessgeschehens und damit zur Optimierung einer Risikotherapie. Risiken als maligne Residuen schlecht oder unzureichend bewältigter Lebensereignisse und biografischer Entwicklungsaufgaben sind in jedem therapeutischen Prozess, auch in demjenigen der Suchttherapie, Gegenstand zentraler Arbeitsvorgänge im Zeichen der Problemaktualisierung<sup>219</sup>. Sie treten indessen nicht selten gerade bei langen Karrieren in derart massiv kumulierter Häufigkeit auf, dass schon alleine die Entscheidung für einen ersten Brennpunkt im Rahmen einer fokalen Arbeitsweise äusserst schwer fällt. In der Regel weisen die Alltagsbewältigung und ihr eventuelles Scheitern in einem sozialtherapeutischen Umfeld den Weg zu den akuten dysfunktionalen Verhaltensmustern und den damit verbunden Risiken. In der Prozessarbeit wird auf diese Weise oft das Risikobewusstsein der Klienten als solches zu einem wesentlichen Ziel einer de- und rekonstruktiven Therapie.

---

<sup>214</sup> Petzold 2006c.

<sup>215</sup> Schwennen 2006.

<sup>216</sup> Thomas / Petzold / Schay 2006.

<sup>217</sup> Petzold / Scheiblich / Thomas 2006; Orth / Petzold 1995.

<sup>218</sup> Petzold 2006; Petzold / Orth / Sieper 2006; Klump 2006.

<sup>219</sup> Grawe 1998 und 2000.

## 6. Was ist Resilienz –Therapie?

### 6.1. Resilienz als erworbene Fähigkeit der Problemlösung unter sich ändernden Bedingungen

Resilienz bezeichnet in der Kompetenz/Performanz-Optik die Fähigkeit und Fertigkeit, sich nach belastenden Lebensereignissen (stressfull life-events) innert angemessener Frist so zu orientieren und organisieren, dass die funktionale Rückkehr zu einer Lebensführung ohne nachhaltige Schäden gelingt. Derartige psychosoziale Stabilisations- und Integrationsleistungen entsprechen einer effektiven und effizienten neuronalen Bufferung von akuten Stressreaktionen, d.h. einer wirksamen vegetativen Kontrolle der amygdaloiden und hypothalamoiden Katecholamin- (Adrenalin-, Noradrenalin-) sowie Corticosteroid- (Glucocorticoid-) Regelkreise und ebenso des Neuropeptid-Haushalts im Rahmen von entsprechend funktionierenden „kognitiv-emotional-volitiven ‚Landkarten‘“<sup>220</sup>, welche als neuronale Prozessmuster die komplexe Wechselwirkung von subkortikalen und kortikalen Steuerungsimpulsen möglichst rasch in Richtung Normalität steuern. Wesentlich erscheint dabei der situative, reflexartige Rückgriff auf geeignete, in früheren Erfahrungen erworbene und „abgespeicherte“ Muster oder Kompetenzen. Resilienz ist demnach eine weitgehend erworbene<sup>221</sup> Bereitschaft, aktuelle Situationen mit vorhandenen emotional-kognitiv-volitiven Strukturen des Gehirns in Verbindung zu bringen, sie abzugleichen, Differenzen und Übereinstimmungen zu bewerten und so die Aktualisierung von angemessener Kompetenz / Performanz zu initiieren. Es handelt sich dabei also im weitesten Sinne um senso-motorische Netzwerke gekoppelt mit aktuellen Bewertungs- und Einschätzungsfunktionen sowie mobilisierbaren Einheiten zur Stresskontrolle einerseits und zur spezifischen Handlungskontrolle andererseits. Psychologisch betrachtet gehen wir von stabilen positiven Kontrollüberzeugungen<sup>222</sup> des Individuums aus, welche die Bewältigungskompetenz<sup>223</sup> als ein komplexes Adaptionsgeschehen vorhandener Muster situativ initiieren und zum Ziel bringen. Lerntheoretisch können wir von einer erworbenen Problemlösestrategie aufgrund von situativem Probehandeln und schematisierender Verallgemeinerung<sup>224</sup> sprechen. Petzold betont den zirkulären<sup>225</sup> Charakter eines derartigen Modells, da erfolgreiches Adaptieren von vorhandenen Mustern und Strategien sowohl die Kontrollüberzeugungen stärkt als auch die Wirksamkeit der Netzwerke erhöht. Die indikatorische Erweiterung des Geltungsbereichs (Performanz) von Kompetenzen ist in der Folge eine Grunddynamik von Resilienzbildung.

Zweifellos stellen sich im Blick auf den Resilienzbegriff gewisse Unschärfeprobleme in Abgrenzung zu anderen Konzepten wie etwa dem oben beschriebenen

---

<sup>220</sup> Müller / Petzold 2003, S.9.

<sup>221</sup> Genetische Voraussetzungen sind denkbar oder gar anzunehmen.

<sup>222</sup> Flammer 1990.

<sup>223</sup> Petzold / Goffin / Oudhoff 1993.

<sup>224</sup> Case 1985.

<sup>225</sup> Müller / Petzold 2003, S.11.

Kohärenzgefühl von Antonovsky, dem Hardiness-Konzept von Kobasa<sup>226</sup> oder auch zur Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura<sup>227</sup>. Teilweise konnte die weitgehende gegenseitige Überlappung dieser Konzeptionen auch empirisch nachgewiesen werden<sup>228</sup>. Wir sind uns bei den nachfolgenden Überlegungen dieser Problematik bewusst und versuchen sie dahingehend nutzbar zu machen, dass wir Elemente aus unterschiedlichen Modellen zur Klärung der psychosozialen Widerstandkräfte bei Drogensüchtigen beiziehen.

Zum einen ist eine therapeutische Intervention bei Suchtkranken daran interessiert, derartige Resilienz-Netzwerke beim Klienten zu erkennen, um sie zu fördern und sie für den Entwicklungsprozess nutzbar zu machen, zum anderen ist es ihre Aufgabe, die Ausbildung resilienter Netzwerke zu initiieren und zu fördern. Bausteine von Resilienz sind dabei protektive Faktoren in der Biografie sowie erfolgreich gelöste Entwicklungs-<sup>229</sup> bzw. Lebensaufgaben bis hin zu Aspekten eigentlicher Lebenskunst<sup>230</sup>. Ein therapeutisches oder betreuendes Konzept, das resilienzierte Prozesse der Entwicklung Suchtkranker fördern will, hat demnach dem lebensgeschichtlichen Screening im Blick auf derartige Bausteine in einer frühen Phase, ja bereits beim Einstieg in den Prozess, Beachtung zu schenken. Hier muss hinsichtlich einer karrierebegleitenden intermittierenden Suchtarbeit die Forderung nach einer möglichst einfachen Zugänglichkeit derartiger, möglicherweise bereits früher in der Behandlungskette gesammelter biografischer Daten laut werden. Es wäre z.B. sinnvoll, im Laufe einer Suchtkarriere ein Resilienzprofil der Klienten zu erstellen, das für jeden intermittierenden therapeutischen Prozess als Grundlage dienen könnte und durch ihn zugleich fortgeschrieben würde. Derzeit befinden wir uns im Suchtbereich allerdings noch sehr weit von solchen vernetzten und durchlässigen Arbeitbedingungen entfernt! Faktisch wird es vermutlich Aufgabe jedes einzelnen Betreuers/Begleiters/Therapeuten sein, sich ein Bild der möglicherweise vorhandenen Resilienzen eines Drogenpatienten zu erwerben.

Wir erachten resiliente Strukturen im biografischen Profil eines Individuums auf der Ebene internalisierter Verhaltensmuster als handlungssteuernde Netzwerke von regulativen, vergleichenden und bewertenden Einzelfunktionen im sensorischen sowie assoziativen Kortex und vorab im limbischen System. Es handelt sich dabei also um relativ komplexe Schaltungen mit hoher Aktivierungswahrscheinlichkeit bei entsprechender Stimulierung. Zudem ist zu vermuten, dass derartige resiliente Netzwerke innerhalb eines bestimmten Reizspektrums zunehmend polyvalent zum Einsatz kommen: Was sich als erfolgreich zur Bewältigung eines Problemfeldes erwiesen hat, wird früher oder später auch in näher oder entfernter verwandten Problemfeldern eingesetzt werden. Geschieht dies mit erneutem Erfolg, kann sich die resiliente Wirksamkeit dadurch steigern. Die dadurch verstärkte Selbstwirksamkeitserwartung<sup>231</sup> bzw. die positiven

---

<sup>226</sup> Kobasa 1982.

<sup>227</sup> Bandura 1997.

<sup>228</sup> Schumacher / Leppert / Gunzelmann / Strauss / Brähler 2005.

<sup>229</sup> Havinghurst 1948; 1963; Petzold 2003a, S.26.378f.

<sup>230</sup> Petzold 2003a, S.57.

<sup>231</sup> Bandura 1997.

Kontrollüberzeugungen<sup>232</sup> stützen womöglich darüber hinaus eine funktionale Generalisierungstendenz von resilienten Netzwerken. Das würde bedeuten, dass sich Resilienz erst durch wiederholte Adaption von durch das Individuum und durch das für dieses relevante Umfeld als erfolgreich bewerteten Handlungsmustern bildet. Neben derartigen internalen Resilienzstrukturen sind es in der Regel die kontextualen bzw. psychosozialen Netzwerke, welche vom Individuum als wesentliche Restabilisierungssysteme bei belastenden Lebensereignissen aktiviert werden. Sowohl makro-, meso- und mikrosystemische Faktoren<sup>233</sup> bilden dabei gleichsam eine oekologische Resilienz des Leibsubjekts in seinem Kontext. Leider fehlen die longitudinalen Studien bzgl. der Bedeutung solcher oekologischer Resilienzstrukturen im Blick auf die karrierebegleitende Betreuung von Drogensüchtigen sowie hinsichtlich der Entwicklung internaler Coping-Strategien und Resilienzen<sup>234</sup>. Wir bewegen uns mit unseren Aussagen also noch auf hypothetischem Terrain. Die Ergebnisse der allgemeinen Resilienzforschung<sup>235</sup> geben jedoch Grund zu der Annahme, dass die sozialen Netzwerke eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung von Widerstandsressourcen spielen. Auch Untersuchungen an Kindern aus suchtbelasteten Familien<sup>236</sup> haben die Bedeutung von unterstützenden Lebenswelten herausgestellt.

Im Blick auf Suchtkarrieren besteht eine Hauptschwierigkeit darin, dass mit fortschreitender Karriere scheinbar kaum mehr resiliente Strukturen erkennbar sind, weil sie von belastenden Aspekten überlagert werden. Das lenkt den Fokus der therapeutischen Aufmerksamkeit in der Regel auf die Risikokontrolle. Als Beispiel verweisen wir auf die aktuelle Praxis der Substitution in der Schweiz, bei welcher der Substitutionswirkstoff (z.B. Methadon) in sehr hohen Dosen verabreicht wird, um das Risiko des sog. Beikonsums zu kontrollieren. Derart hohe Dosierungen von Substitutionsmitteln haben neben den allgemeinen gesundheitlichen Implikationen auch den Nachteil einer verminderten Zugänglichkeit für psychotherapeutische Interventionen – was leidern noch kaum erforscht ist, wofür allerdings einige Indizien aus der Praxis sprechen.

## 6.2. Resilienz erkennen – Resilienz objektivieren

Resilienz als Gegenstand suchttherapeutischen Interesses erfordert angemessene Methoden des Erkennens und des Objektivierens von regulativen Netzwerken aufgrund einer fachgerechten Klärung des Karriereverlaufs von Süchtigen bzw. durch psychosoziale Erhellung der bisherigen Lebensgeschichte der Klienten hinsichtlich erfolgreich gelöster Entwicklungs- bzw. Lebensaufgaben. Dabei sind die im biografischen Prozess erkennbaren Rollen und ihre jeweilige Einbettung in das soziale Umfeld (Kontext) ebenso zu berücksichtigen wie die zeitlichen Abfolgen und die Entwicklungen von Coping-Strategien in wiederkehrenden Herausforderungen. So kann es gelingen, den bereits internalisierten oder in Internalisierung begriffenen

---

<sup>232</sup> Flammer 1995a.

<sup>233</sup> Bronfenbrenner 1983.

<sup>234</sup> Thomas / Petzold / Schay 2006.

<sup>235</sup> Csef 2004; Nuber 2005; Wustmann 2005.

<sup>236</sup> Opp 2004.

komplexen und mehrdimensionalen Selbststeuerungs- und Regulationssystemen im Sinne von Resilienzstrukturen auf die Spur zu kommen. Es geht also um die Erfassung von durchlaufenen oder akuten Lernprozessen, welche als lebenstechnische aber auch als psychosoziale Ressourcen für das Geschehen einer gegenwärtigen Daseinsgestaltung im Sinne einer Alternative zur Suchtdynamik fruchtbar gemacht werden können. Im Rahmen einer systematisch zu überprüfenden und entsprechend laufend anzupassenden Förderplanung im therapeutischen Kontext können derartige entwicklungsrelevante Einsichten in den karriereinhärenten Lernprozess<sup>237</sup> schliesslich in konkrete prozessuale Entwicklungsschritte einmünden. Leider stehen wir auch hier vor einem noch weitgehend unerforschten Wirkzusammenhang von allgemeiner (Über-) Lebenskompetenz und spezifischer Entwicklungsmotivation. Zweifellos gilt es jedoch im Rahmen therapeutischer Begleitung immer wieder jenen „protective factor → resilience cycle“ als den spiralförmigen Prozess der kontextbedingten Variation einer erfolgreichen Coping Strategie angesichts von sich ändernden Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben<sup>238</sup> in der Handlungsgeschichte eines Klienten zu orten, um auf entsprechende neuronale Regulationsstrukturen („informierter Leib“) zu schliessen, die wir bei entsprechender Internalisierung als Resilienz bezeichnen können. Um die notwendigen Daten zu gewinnen, sind grundsätzlich sowohl explorative Methoden der Gesprächsführung (biografische Anamnese, teilstrukturiertes Interview) als auch Tests (eigenschaftsdiagnostische ebenso wie verhaltensdiagnostische!) geeignet. Bei allen Formen der Gesprächsführung ist freilich ein besonderes Augenmerk auf die entwertende Dynamik des süchtigen Kommunikationsstils geboten. Die „süchtige Beziehungsstruktur“ im Zeichen des „schismogenetischen Prozesses“<sup>239</sup> versucht den Austausch von Informationen im Gespräch derart zu beeinflussen, dass die Definitionsmacht der Beziehung auf der Seite des Süchtigen bleibt, der dadurch seine eigene prekäre Selbstwertbilanz zu kaschieren bzw. zu kompensieren versucht. Es handelt sich also um ein komplexes System von Selbst- und Fremdattributionen, das sich auf der Seite des Süchtigen tendenziell in einer Kontroll- und Abwehrstruktur stabilisiert und das so einen partnerschaftlichen Prozess der Situationsklärung in der Ich-Du-Dyade des therapeutischen Einzelgesprächs bzw. in den Polylogen des therapeutischen Feldes stört oder verhindert. Dabei wird das jeweilige Gegenüber statt zu einem Du zu einem Es<sup>240</sup>, d.h. zu einer Sache, die man sich einverleibt oder vom Leibe hält. Derartige Kommunikationsstile erweisen sich als problematisch im Resilienzerfassungsgeschehen, da sie die apersonalen Entfremdungsstrukturen<sup>241</sup> in den Vordergrund rücken und zugleich die entlastenden Aspekte kommunikativer Prozesse zunichte machen. Zu einer konstruktiven Gesprächsdynamik mit Süchtigen bedarf es daher stets eines Masses an gleichsam vorschiessender Wertschätzung, die als Vertrauensgrundlage ausreichend Sicherheit und Schutz für die von Scham und Angst bedrohte Selbststruktur des Süchtigen bietet<sup>242</sup>. Dieser Einschub macht

---

<sup>237</sup> Scheiblich / Petzold 2006, S.487f.

<sup>238</sup> Scheiblich / Petzold 2006, S.493.

<sup>239</sup> Baudis 1995, S.25ff. 52ff.

<sup>240</sup> Buber 1973.

<sup>241</sup> Schwennen 2006.

<sup>242</sup> Baudis 1995.

deutlich, dass die Resilienzarbeit in der Suchttherapie praktisch nicht ohne die Berücksichtigung spezifischer Risiken denkbar ist. Vielmehr sind die Überlagerungen benigner Verhaltensakkommodationen durch maligne Teilprozesse und Segmente der Karriere<sup>243</sup> immer wieder ein Thema im Verlauf eines die regulativen und konstruktiven Kräfte freilegenden und fördernden Geschehens. Es gilt hier mit dem Blick für das Wesentliche anzusetzen und dabei das kreative Potential von Klienten und Betreuern zu nutzen.

Von den gängigen eigenschaftsorientierten Testverfahren werden etwa MMPI oder FPI im Zusammenhang mit Suchterkrankungen verwendet<sup>244</sup>. Ihre Tauglichkeit für die Resilienzbestimmung ist freilich bislang nicht untersucht worden. Belastungsinventare wie das LEBI (Leipziger Ereignis- und Belastungsinventar) scheinen ebenfalls kaum auf die spezifischen Belastungsszenarien einer Suchtkarriere zugeschnitten zu sein – zumindest sind keine Studien bekannt, welche suchtspezifische Daten auf diese Weise erhoben hätten. Hier besteht offensichtlich beträchtlicher Bedarf nach einschlägigen Untersuchungen bzw. nach geeigneten Verfahren zur Objektivierung von Belastungserfahrungen und zur Erfassung von erfolgreich bewältigten biopsychosozialen Entwicklungsaufgaben und ihren erweiterten Anwendungsbereichen. Psychometrische Werkzeuge sind auf den ersten Blick Mangelware im Bereich der suchtspezifischen Resilienzforschung. Als bestehende Referenzgrößen kommen einzig allgemeine Verfahren wie die Skala zum Kohärenzsinn von Antonovsky<sup>245</sup> oder die Resilience Scale von Wagnild / Young<sup>246</sup> und ihre Überprüfung im Vergleich mit SWE (Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung<sup>247</sup>) durch Schumacher / Leppert / Gunzelmann / Strauss / Brähler<sup>248</sup> in Betracht, die ihrerseits freilich keinen spezifischen Fokus auf die Suchtproblematik erkennen lassen. Bereits eine oberflächliche Betrachtung der Items der Resilience Scale zeigt dabei, dass diese für eine Erfassung suchtspezifischer Resilienz, d.h. für die Gewinnung von Daten bzgl. Regulations- und Bewältigungsstrategien unter den malignen Rahmenbedingungen einer Suchtkarriere tendenziell eher zu unspezifisch formuliert erscheinen. Um intakte Reststrukturen von Resilienz in teilweise dysfunktionalen Systemen ausmachen zu können, wären vermutlich gezieltere Fragestellungen und feinere Nuancierungen in der Itemkonstruktion erforderlich. Dennoch stellen die Resilience Scale und der Fragebogen zum Kohärenzsinn wichtige Instrumente zur Objektivierung von psychischer Widerstandskraft dar, auf die – trotz in Kauf zu nehmender Unschärfe – wohl auch in der suchttherapeutischen Arbeit nicht verzichtet werden kann.

Als Fazit ergibt sich eine unbefriedigende Situation bezüglich der Objektivierbarkeit von Resilienz im Falle von karrierebegleitender Suchtarbeit. Zwar bestehen reliable und gut validierte Werkzeuge zur allgemeinen Resilienzmessung, die jedoch im Blick

---

<sup>243</sup> Scheiblich / Petzold 2006, S.497.

<sup>244</sup> Vgl. etwa Feselmayer / Beiglböck 1989 oder Wartberg / Petersen / Andresen / Thomasius 2005.

<sup>245</sup> Antonovsky 1997.

<sup>246</sup> Wagnild / Young 1993.

<sup>247</sup> Schwarzer / Jerusalem 1981.

<sup>248</sup> Schumacher / Leppert / Gunzelmann / Strauss / Brähler 2005.

auf die erschwerenden Voraussetzungen einer floriden Drogenkarriere (oder anderer schwerer psychosozialer Störungen) schwerlich fein genug abgestimmt sein dürften. Als hauptsächliches Instrument zur Erhebung von Daten zur konstruktiven Verhaltensakkommodationen wird in diesen Fällen also vorab das therapeutische Interview in Frage kommen. Dabei fällt auf, dass die gängigen standardisierten klinischen Interviews - wie etwa SKID (Strukturiertes Klinisches Interview zu DSM) oder DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen) – ihrerseits fast ausschliesslich risikoorientiert aufgebaut sind. Auch hier ist also Entwicklungsbedarf vorhanden.

### 6.3. Resilienz stärken als (sozial-) therapeutische Aufgabe

Erkennen und messen von Resilienz ist eine grundlegende Aufgabe fachlicher Intervention im komplexen Ganzen einer intermittierenden karrierebegleitenden Suchtarbeit. Sie schafft eine wichtige Voraussetzung für eine wirksame, auf Überleben und Regeneration ausgerichtete Betreuung Süchtiger im Helfernetz. Dabei kommt der sozialtherapeutischen Begleitung im Rahmen von stationären, teilstationären oder ambulanten Angeboten eine führende Rolle zu. Ihre Aufgabe ist es, den Prozess der komplexen Sozialisation mit dem Ziel eines drogenfreien „life style“<sup>249</sup> im kulturellen Kontext und im Kontinuum der biografischen Narrative als Verstehensraster des eigenen Selbst zu fördern, indem sie in einem Raum kollektiver mentaler Repräsentationen<sup>250</sup> zur Verfügung stellt, die es dem Individuum erlauben, seine Geschichte in ihren kollektiven Bezügen und interpersonalen Wertigkeiten in einer kreativen Weise fortzuschreiben. Dabei werden nicht nur vorhandene Narrative zum Zwecke der Selbst- und Weltdeutung aktiviert und möglicherweise im Sinne einer Horizontverschmelzung akkommodiert, sondern auch neue Bereiche auf der neuronalen Landkarte des Lebens erschlossen, d.h. neue Erfahrungen integriert und assimiliert. Dieser vielschichtige Prozess der Biopsychosozialisation kann nur gelingen, wenn die angebotenen Strukturen ausreichend stabilisierende Orientierungshilfen darstellen, an denen der Süchtige andocken kann, um seine kreative Lust am Leben zu stimulieren. Das Wesen von Sozialtherapie ist demnach die geistige Herausforderung des einzelnen durch (vor-) gelebte Sinnlichkeit und Sinnhaftigkeit. Das bedeutet eine nookritische Haltung gegenüber jeglicher dogmatischer Vereinnahmung des Individuums durch das idealisierte Kollektiv einerseits und eine ebensolche gegenüber der projektiven Idealisierungen des Selbst (Kollektiv als Selbstobjekt) andererseits. Baudis hat dieses suchttypische Wechselgeschehen zwischen Verschmelzung und Isolation eindrücklich beschrieben und mit entsprechenden Gesprächsprotokollen von Gruppensitzungen illustriert<sup>251</sup>. Sinnlichkeit und Sinnhaftigkeit stehen in der Sozialtherapie daher auch für eine dynamische Balance von persönlicher und sozialer Identität<sup>252</sup>. Die Aktivierung der Sinne, derjenigen im Dienste äusserer Wahrnehmung wie derjenigen im Dienste einer gleichsam inneren Wahrnehmung oder Propriozeption, ist dabei der intentionale Weg zur Sinnerfahrung im Umgang mit Werten. Letztere sind Leitkomplexe subjektiver Orientierung im Geschehen der Regulation äusserer wie

<sup>249</sup> Scheiblich / Petzold 2006, S.497f.

<sup>250</sup> Moscovici 2001; Petzold 2003b.

<sup>251</sup> Baudis 1995, S.142ff.

<sup>252</sup> Petzold 2003a, S.73.

innerer Ansprüche oder Aufgaben. Das neuronale Universum derartiger Leitkomplexe fassen wir im Begriff des Gewissens als dem stetigen emotional-kognitiven Bewertungsgeschehen im Rahmen der Ich-Prozesse. Solche Selbsturteile gehen nach heutigem Erkenntnisstand aus dem Zusammenspiel von orbitofrontalem Kortex, temporalem Assoziationskortex mit subkortikalen Bereichen wie dem basalen Vorderhirn, dem cingulären Kortex, besonderen thalamischen Kernen sowie Teilen des Mittelhirns<sup>253</sup> (zur Aufmerksamkeitssteuerung) hervor. Es sind dies neuronale Netzwerke, welche in der Regel erst in der zweiten Hälfte der Adoleszenz wirksam verschaltet werden. Sie scheinen jedoch für die Identitätsentwicklung von eminenter Bedeutung zu sein – wenn anders integrierte und integrative Werte und Normen eine „Säule“ der persönlichen und sozialen Identität ausmachen<sup>254</sup>. Gewissensbildung ist daher eine zentrale Aufgabe der Sozialtherapie und ebenso ein wichtiger Beitrag an das Training von Sozialkompetenz<sup>255</sup> und die spezifisch darin verankerten Resilienzen. Die Übernahme von Selbstverantwortung und sozialer Verantwortung im Rahmen von soziotherapeutisch gestalteten Prozessen gehört zu den entscheidenden Elementen eines komplexen Lerngeschehens in der therapeutischen Karrierebegleitung bei Süchtigen. Hierbei erweisen sich stationäre Settings als geeigneter Raum für konkrete alltagsnahe Übungssequenzen mit ausreichender Beziehungsresonanz, damit auch Misserfolge bewältigt werden können. Zugehörigkeit und Solidarität zu einer Gruppe, einer „Therapiegemeinschaft“ sind bekanntlich wesentliche Rahmenbedingungen solcher Gewissensbildung. Hier muss auch auf die erlebnispädagogisch und -therapeutisch vermittelte Erfahrungswirklichkeit des Selbst und der Gruppe als Teil eines grösseren Zusammenhanges von Natur und Leben als dem ganzheitlichen Raum der prozessualen Selbstrekonstruktion verwiesen werden<sup>256</sup>. Darin bieten sich Erlebensszenarien an, die in ihrer Intensität und Lernwirksamkeit in der Regel weit über das im Erfahrungsalltag innerhalb des für den Süchtigen oft von Entfremdung gekennzeichneten Komfortbereiches zu Erwartende hinausgehen. Auch sind damit psychosoziale Lernprozesse verbunden, die gerade hinsichtlich ihrer Relevanz für den Aufbau und die Entfaltung resilienter Strukturen sowie für die Korrektur von biografisch bedingten Selbsturteilen nicht unterschätzt werden dürfen<sup>257</sup>.

Für ein resilienzorientiertes Arbeiten in der Sozialtherapie sind immer wieder förderplanerische Zielsetzungen und ihre laufende Überprüfung notwendig. Diese aus dem Arbeitsfeld der geistigen Behinderung übernommene Einsicht<sup>258</sup> hat sich im Rahmen einer allgemeinen Qualitätssicherung in Institutionen der stationären Drogentherapie konzeptionell breitflächig durchgesetzt<sup>259</sup>. Zu klären bleibt allerdings, inwieweit Förderplanung als differenziertes Instrument zur Resilienzentfaltung tatsächlich wahrgenommen und in diesem Sinne auch personal eingesetzt wird. Nur

---

<sup>253</sup> Roth 2001.

<sup>254</sup> Petzold 2003a, S. 73.

<sup>255</sup> Pfingsten / Hinsch 1991.

<sup>256</sup> Amesberger / Amesberger 1998; Amesberger 1994; Haf / Michl 1994.

<sup>257</sup> Gilsdorf 2004; Boeger / Dörfler / Schut-Ansteeg 2006.

<sup>258</sup> Trost 2003.

<sup>259</sup> Dies gilt zumindest für die Schweiz.

die umfassende, das Leib-Subjekt in seiner biopsychosozioetischen Komplexität verstehende Therapiegestaltung kann bei Süchtigen zu überprüfbareren Prozessen des Kompetenzerwerbs führen, mittels derer Resilienz als differentielles Entwicklungsziel verifiziert werden kann. Wesentlich ist die mikro-, meso- und makrosystemische Vernetzung der Lernprozesse in einem entsprechend strukturierten Behandlungskonzept. Diese die Erfahrungsebenen transzendierenden Bezüge ergeben sich durch die einzelnen Förderbereiche, welche jeweils unterschiedliche systemische Funktionen beinhalten. So werden etwa die Erhebung förderungsrelevanter Daten im Bereich der schulischen Entwicklung und entsprechenden Zielplanungen für die stationäre Phase des sozialtherapeutischen Prozesses (und darüber hinaus!) sowohl unmittelbare Beziehungselemente (Mikrosystem) enthalten als auch über die Institution laufende Ressourcen im bildungsbezogenen Umfeld (Mesosystem) aktivieren. Es ist für Entwicklungsaufgaben kennzeichnend, dass sie auf mehreren systemischen Ebenen gelöst werden müssen und auf diese Weise zur Durchdringung derselben im Prozessbewusstsein der Klientinnen beitragen. Auf diese Weise entstehen soziale Repräsentationen<sup>260</sup> als neuronale Wirklichkeiten, die es kognitiv und emotional ermöglichen, dass der einzelne zunehmend und gezielt von fördernden Agenturen und Angeboten des sozialen Umfeldes profitiert<sup>261</sup>. Förderplanung im Rahmen der Sozialtherapie bietet so ein therapeutisch strukturiertes Feld personalisierter interaktiver systemischer Rollen und Funktionsangebote, in welchen Süchtige ein differenziertes Bewusstsein ihrer eigenen sozialen und persönlichen Identität aufbauen, erweitern oder vertiefen können.

In sozialtherapeutischen Konzepten steht tendenziell als Wirkfaktor die Beziehungsperspektive mit ihren beiden Aspekten der Ressourcenaktivierung und der Problemaktualisierung im Zentrum<sup>262</sup>. Gegenüber dem üblichen psychotherapeutischen Setting stellt die institutionalisierte Sozialtherapie ein komplexes Beziehungsangebot mit unterschiedlichen systemischen Ebenen innerhalb des einen Therapieprozesses zur Verfügung. Ressourcenaktivierung als Teil des Beziehungsgeschehens bildet dabei den förderungssensiblen Strang im Gesamtprozess. Mit der Risikoverminderung als gleichfalls unverzichtbarem Beitrag zur Drogentherapie ist stets die Problemaktualisierung als Bestandteil des alltagsnahen stationären Settings thematisiert. Nur über die Erfahrung alltäglichen Risikoverhaltens im Sinne von Konfliktvermeidung oder –provokation (z.T. mit entsprechender Gewaltbereitschaft) wird die destruktive Problematik im Hier und Jetzt begreiflich und behandelbar. Die zwei weiteren Wirkfaktoren in Grawes Konzept der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie, Klärungsperspektive (motivationale Dynamik) und Problemlösungsperspektive, sind in der institutionalisierten Sozialtherapie als psychosoziale und vorab kommunikative Trainingsprozesse von hoher Intensität enthalten. Davon zeugt die herausragende Stellung der Gruppenarbeit in entsprechenden sozialtherapeutischen Konzepten. Hierbei kommt der Entwicklung soziokommunikativer Kompetenz in der Überwindung suchtspezifischer kommunikativer Muster die zentrale Bedeutung zu. Von sich selber reden zu können ohne dabei sich und andere zu entwerten ist ein wesentliches Ziel derartiger sozialtherapeutischer Elemente und stützt die Motivation und die

---

<sup>260</sup> Moscovici 2001.

<sup>261</sup> Petzold 2003a S.934f.

<sup>262</sup> Grawe 1995a; 1998.

Selbstwirksamkeitserwartung durch die Erfahrung partnerschaftlicher Komplementarität in der Gruppe<sup>263</sup>. Ohne Zweifel liegt hier von der Anlage her eine Stärke der stationären Sozialtherapie – sofern sie sich nicht völlig der entfremdenden Dynamik einer „totalen Institution“<sup>264</sup> unterwirft. Mit ihrem multimethodalen und multimodalen Ansatz und ihrem tragenden Beziehungsangebot vermag sie unter günstigen Rahmenbedingungen selbst dort wirksam zu intervenieren, wo übliche psychotherapeutische Settings nicht mehr greifen<sup>265</sup>. Gerade als intermittierende Intervention bzw. als karrierebegleitende Hilfsagentur stellt die Sozialtherapie ein interdisziplinäres, professionell gestaltetes Lebenssystem für die Süchtigen dar, auf welches immer wieder referiert werden kann und das dabei in aller Regel für erfolgreich übernommene Lebens- und Entwicklungsaufgaben des Klienten steht. Vor diesem Hintergrund erscheinen Stärkung und Erwerb von Resilienz als die im Kontinuum der Karriere zu sehende Mit-Wirksamkeit von intermittierenden therapeutisch-pädagogischen Impulsen. Als Set von Kontrollparametern in einem synergetischen komplexen Geschehen leistet das soziotherapeutische Umfeld damit einen nicht zu unterschätzenden Beitrag an den konstruktiven Karriereverlauf von Süchtigen. Es ist ein implizites Anliegen dieser Arbeit, den Wert von sozialtherapeutisch-stationärer und dabei karrierebegleitend-intermittierender Drogenhilfe (auch in monetärer Hinsicht!) zu unterstreichen. Dies scheint gerade mit der Betonung der resilienzfördernden Aspekte der Sozialtherapie auf eindrückliche Weise möglich zu sein. Gerade weil Resilienzbildung und -stärkung auf kontinuierliche Verfahren in vielschichtigen sozialen Kontexten stattfinden muss, leistet die Sozialtherapie hierin Einzigartiges. Leider kann dies durch den äusserlichen Karriereverlauf nicht immer für jedermann anschaulich gemacht werden. Zudem erscheinen die Kosten für diesen auf Nachhaltigkeit angelegten Aufwand oft im Augenblick und unter Einbezug des bisherigen Karriereverlaufs nicht gerechtfertigt. Niederschwellige und auf akute Stabilisierung ausgerichtete Angebote sind da kostengünstiger und für den Kostenträger mit scheinbar weniger Risiken behaftet. Nachhaltige Resilienzarbeit und damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit suchtarmer Daseinsbewältigung erfordert jedoch ein formatives soziales Umfeld mit methodisch unterstützenden Beziehungswirklichkeiten und dem gezielten Angebot neuer und vertiefender Erfahrungsmöglichkeiten im Blick auf die eigene Identitätsbildung und den das Leben gestaltenden Kompetenzerwerb.

---

<sup>263</sup> Baudis 1995.

<sup>264</sup> Goffmann 1972.

<sup>265</sup> Petzold 2003a, S.929.

## EMPIRISCHER TEIL

### **7. Fragebogen zur Erhebung von Daten bzgl. konzeptioneller risiko- und resilienzorientierter Förder- bzw. Behandlungsplanung in sozialtherapeutischen Institutionen der stationären Drogenhilfe.**

Ziel des empirischen Teils dieser Arbeit ist es, im einschlägigen Tätigkeitsfeld Daten betreffend die Implementierung von resilienzorientierten konzeptionellen Elementen zu erheben, welche generelle Aussagen über Grad und Art der Ressourcenorientierung in der stationären Drogentherapie in der Schweiz zulassen und die bezüglich konzeptioneller Entwicklung einen möglichen Handlungsbedarf aufzeigen. Zu diesem Zweck soll ein Fragebogen eingesetzt werden (siehe Anhang), der imstande ist, theoriegestützt und in einem zumutbarem Umfang ausreichend verwertbare Daten zu liefern. Als Stichprobe kommen sozialtherapeutische Einrichtungen und Wohnheime ebenso wie therapeutisch ausgerichtete Abteilungen von Kliniken in Betracht. Wir richten uns dabei nach der vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit geführten Liste von Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich<sup>266</sup> und dem darin wählbaren Suchkriterium „Therapeutische Gemeinschaften, Kliniken, Stationäre Nachsorge“. Von den 134 dabei angeschriebenen Institutionen erweist sich ein Teil als nicht im eigentlichen Sinne stationär therapeutisch tätig (darunter fallen Akutbereiche von Kliniken, aber vor allem auch Übergangseinrichtungen und Wohnheime ohne therapeutischen Auftrag). Schliesslich gelingt es, von 43 einschlägigen Institutionen einen ausgefüllten Fragebogen zu erhalten. Dies entspricht einem Rücklauf von knapp 33%.

#### 7.1. Skalen und Itemkonstruktion

Der Fragebogen wird deduktiv bzw. rational<sup>267</sup> auf der Grundlage von theoretischen Modellen (Konstrukten) entwickelt. Dazu greifen wir nach den einleitenden Fragen zur Selbstdarstellung der Institutionen die im ersten Teil der Arbeit dargelegten Ansätze der Salutogenese und der Resilienztheorie in zwei Skalen (C und D) auf. Da sich die uns dabei interessierenden Daten auf die konzeptionelle Implementierung von ressourcenorientierten Behandlungselementen beziehen, können wir weder den Salutogenese-Fragebogen zum Sense of Coherence (SOC) von Antonovsky<sup>268</sup> noch die Resilienz-Skala (RS) von Wagnild / Young<sup>269</sup> in direkter Weise verwenden, denn diese messen bekanntlich den Sense of Coherence bzw. die Resilienz quasi als Eigenschaften von Personen. Es wird in unserem Falle also zunächst darum gehen, den Vorgang der Resilienzförderung konzeptionell zu operationalisieren, um so eine

---

<sup>266</sup> BAG 2002.

<sup>267</sup> Amelang / Zieliński 2002, S.99ff.

<sup>268</sup> Antonovsky 1987 (1997).

<sup>269</sup> Wagnild / Young 1993.

Basis für die Konstruktion von für unsere Untersuchung geeigneten Skalen und Items zu gewinnen.

Die konzeptionelle Operationalisierung von salutogenetischen und resilienzfördernden Prozessen im (sozial-) therapeutischen Tätigkeitsfeld hat sich an den theoretischen Grundlagen der entsprechenden Konzeptionen zu orientieren. Dabei soll das, was als fördernd für die Widerstandskraft in adversen Umständen des Lebens erachtet wird, in den strukturellen und inhaltlichen Vorgaben als Kriterium enthalten sein. Die Items, welche z.B. SOC gleichsam als Eigenschaft (Trait) messen, geben demnach die Richtung an, in welche sich ein entsprechend operationalisiertes Förderungskonzept zu bewegen hat. Der zum Konstrukt des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence) von Antonovsky entworfene Fragebogen zur Lebensorientierung<sup>270</sup> (vom Autor andernorts auch SOC-Fragebogen genannt) mit seiner sehr guten inneren Konsistenz (Cronbachs Alpha -Werte zwischen .84 und .93<sup>271</sup>) bietet dazu 29 Items aufgeteilt in die drei Hauptkomponenten des Konstrukts: Bedeutsamkeit (B), Handhabbarkeit (H) und Verstehbarkeit (V) von Lebensereignissen (Interkorrelation der drei Komponenten: .52, .60 und .72<sup>272</sup>). Es liegt aus unserer Sicht nahe, dieselben Konstruktelemente bzw. die entsprechenden Indikatoren auch für die Konstruktion von Items betreffend die das Kohärenzgefühl fördernden konzeptionellen Ansätzen herbei zu ziehen. Dies auch weil das Konstrukt des SOC als solches für die in den Suchtinstitutionen behandelte Zielgruppe der Drogensüchtigen relevant ist, wie einschlägige Untersuchungen wie diejenige von Klaffke (1997) an Heroinsüchtigen oder diejenige an abhängigen Frauen von Franke et al.<sup>273</sup>, welche beide einen tendenziell niedrigen Wert von SOC für Suchtkranke aufweisen, bezeugen. Mit der von uns durchgeführten Erhebung von Daten zu den SOC-bezogenen Konstruktelementen als wirksame Faktoren konzeptioneller Vorgaben (sozial-) therapeutischer Behandlungsplanungen scheint daher auch eine tragfähige empirische Grundlage für eine auf Resilienz zielende Untersuchung gegeben, wenn anders SOC als Konstrukt eine biopsychosoziale Bewältigungswirklichkeit abbildet, die unserer Ansicht nach für resilientes Verhalten charakteristisch ist (siehe oben im Theorieteil Kap. 3). Das Mass, in welchem Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit und Verstehen von schwierigen Lebensumständen und adversen Ereignissen konzeptionell gefördert werden, entspricht daher im Folgenden dem die Resilienz der Klienten stützenden Mass der interventorischen Planung. Auf dieser Annahme steht das Konstruktionsprinzip der Skala C zu den salutogenetischen bzw. regenerativen Faktoren mit den drei Unterskalen entsprechend den Konstruktelementen des SOC. Sie umfasst 19 Items, die mehrheitlich den entsprechenden Items des Fragebogens zur Lebensorientierung nachgeformt sind und zwar so, dass das jeweils von diesen gemessene Merkmal bzw. der Indikator desselben als überprüfbares Objekt von konzeptionellen Förderungsabsichten eingeführt wird. Die Items der drei Unterskalen fragen folglich nach den die Bedeutsamkeit, die Handhabbarkeit und das Verstehen von Lebensereignissen fördernden konzeptionellen Inhalten, insgesamt acht davon sind negativ gepolt. So wird etwa das Item Nr.3 aus dem Fragebogen zur

---

<sup>270</sup> Antonovsky 1997.

<sup>271</sup> Antonovsky 1997, S.85.

<sup>272</sup> Dana et al. 1985.

<sup>273</sup> Dazu der Beitrag von A.Franke in: Antonovsky 1997, S.183; auch Franke et al.1997.

Lebensorientierung: *Abgesehen von denjenigen, denen sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen sie die Menschen mit denen sie täglich zu tun haben?* umformuliert in: *Es ist uns wichtig, dass unsere Klienten / Klientinnen ihre Therapeuten / Therapeutinnen bzw. Betreuer / Betreuerinnen gut kennen.* Dass wir für unseren Fragebogen nur einen Teil der Items von Antonovsky auf diese Weise verwenden, d.h den Fragebogen (bzw. die daraus verwendete Zahl der Items) um den Faktor 0.66 verkürzen, hat aus teststatistischer Sicht natürlich Folgen für dessen Reliabilität (es wäre im schlechtesten Falle nach Spearman-Brown mit einer Minderung der Reliabilität von .84 auf .77 zu rechnen!). Wir gehen jedoch davon aus, dass sich die von uns konstruierten Items der Hauptskala zu den regenerativen salutogenetischen Faktoren in Konzepten so sehr von den ursprünglichen auf die Eigenschaften von Personen ausgerichteten Items von Antonovsky unterscheiden, dass ihre Reliabilität nicht direkt vom Vorbild abgeleitet werden kann, sondern gesonderter Betrachtung bedarf. Ebenso wird die innere Konsistenz der Hauptskala und die Trennschärfe der Items geklärt werden müssen (siehe unten).

Neben der Skala C zu den salutogenetischen Faktoren auf der Grundlage des SOC-Modells von Antonovsky enthält der Fragebogen eine zweite Skala D zur konzeptionellen Stützung von Permanenz zentraler Lebenserfahrungen nach dem Modell von Boyce<sup>274</sup>. Dabei haben wir uns nicht an ein bestehendes Set von Items angelehnt, sondern haben die konzeptionelle Ritualisierung im Blick auf wesentliche bzw. erfolgreich gemeisterte Entwicklungsaufgaben sowie die nachhaltige Verfügbarkeit tragender Beziehungen auch ausserhalb der Therapiegemeinschaft als Indikatoren für ein resilienzstärkendes institutionelles Setting gewählt und dazu 10 Items (3 davon negativ gepolt) konstruiert. Auch hier gilt es die notwendigen faktorenanalytischen Resultate zu erbringen, um die Wertigkeit der Daten beurteilen zu können (siehe unten). Wir vertreten jedoch die Ansicht, dass gerade die rituell vergegenwärtigte und beziehungshaft realisierte Permanenz von zentralen Lebensinhalten für die resilienzorientierte Arbeitsweise in der (Sozial-)therapie von grosser Bedeutung sind. Diese Skala trägt daher einem für uns fundamentalen Verständnis von Ressourcenorientierung in stationären (sozial-)therapeutischen Prozessen Rechnung.

Die eher deskriptiv aufgebaute Skala E erfasst mittels einer Liste mit erwünschter Mehrfachnennung die spezifische thematische Erhebung von förderungsrelevanten Daten zu Beginn bzw. während des stationären (sozial-)therapeutischen Prozesses sowie im besonderen die resilienzbezogene Ausrichtung der Förderplanung. Die zentralen Items fragen nach den wichtigsten, als protektive Faktoren in der Resilienzforschung<sup>275</sup> erkannten psychosozialen Bedingungen und Entwicklungsaufgaben (siehe oben im Theorieteil Kap. 3), die in ein ressourcenorientiertes Therapie- und Betreuungskonzept als mögliche Themen und Entwicklungsbereiche einer Förderplanung einzubeziehen sind. Implizit kommen dabei auch indikatorische Inhalte der Resiliensskala von Wagnild / Young (wie etwa die Ausprägung des sozialen Netzes, die persönliche Autonomie sowie die schulischen und beruflichen Erfolge) zum Tragen. Es liegt hierbei bei der angewendeten Sorgfalt in der Datenerhebung zur Förderplanung, ob relevante Aspekte von Resilienzbildung oder entsprechende Defizite erkannt und in die

---

<sup>274</sup> Boyce 1977; Boyce / Schaefer / Uitti 1985.

<sup>275</sup> Rutter 1990, 1995; Lösel / Bender 1999.

Planung integriert werden. Bei der zweiten Hauptskala besteht zudem für die befragten Institutionen an dieser Stelle die Möglichkeit, eigene für die Förderplanung wesentliche Lebensbereiche, die in der biografischen Anamnese und Exploration abgeklärt werden, anzufügen.

Schliesslich fordern wir die Institutionen auf, einen Kommentar zum Fragebogen abzugeben, woraus möglicherweise Daten zur generellen Einstellung zu quantitativer Forschung und im Besonderen zur Messung von Ressourcenorientierung resultieren können.

Die den Fragebogen abschliessende Anfrage, ob die Institution bereit wäre, ein qualitatives Klienteninterview zur Ressourcenorientierung zuzulassen, dient sowohl der Abklärung von Interviewmöglichkeiten als auch der Einsicht in die tendenzielle institutionelle Offenheit gegenüber bewertenden Einblicken von aussen.

Zum Zwecke der Benutzerfreundlichkeit ist von Beginn weg darauf geachtet worden, den Arbeitsaufwand zur Ausfüllung des Fragebogens in zumutbaren Grenzen zu halten. Eine Obergrenze von fünfundvierzig Minuten ist dabei ein schätzungsweise akzeptables Mass. Dennoch scheint dies möglicherweise ein hauptsächlich Grund für eine Ablehnung der Teilnahme an der Studie vonseiten der Institutionen (bzw. ihrer mit administrativer Arbeit überlasteten Mitarbeiter) zu sein.

Im Folgenden geben wir einen tabellarischen Überblick über den Aufbau des Fragebogens:

Skala	Kriterium	Anzahl Items	Unterskalen	Anzahl Items
A: Formales	Stammdaten der Institution	6	keine	keine
Skala B: (Selbsteinschätzung) Selbstdarstellung der Institution	Authentizität des Selbstverständnisses und der Ausrichtung	4 davon 1 mit Mehrfachantworten und 1 als offene Frage formuliert	keine	keine
Skala C: Regenerative Aspekte des Konzepts	Sense of Coherence: Kohärenzgefühl (Antonovsky)	19	3 Bedeutsamkeit Handhabbarkeit Verstehbarkeit	6 7 6
Skala D: Permanenz von zentralen Lebenserfahrungen	Ritualisierungen und Vergegenwärtigungen von sinngebenden Erfahrungen in der Vergangenheit (Boyce et al.)	10	keine	keine
Skala E: (deskriptiv) Förderplanung	Erhebung sowie Einbezug von resilienz- und risikobezogenen Daten in die Förderplanung	7	keine	keine
F: Frage nach der Bereitschaft für qualitative Klienteninterviews	Offenheit und Transparenz im Blick auf Klientenbefragung	1	keine	keine

## 7.2. Stichprobe

Als Stichprobe gilt das Unterkriterium Therapeutische Gemeinschaften, Kliniken, stationäre Nachsorge in der vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit veröffentlichten Liste der Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich<sup>276</sup>. Von den dort aufgeführten 143 Institutionen werden nach Ausschluss von Doppeladressen 134 angeschrieben. Davon erweisen sich jedoch etwa 40% als Institutionen, in denen keine therapeutische Interventionen bzw. strukturierte Förderplanungen durchgeführt werden. Schlussendlich stehen uns für diese Untersuchung ganz oder teilweise ausgefüllte Fragebogen von 43 Institutionen zur Verfügung. Auf diese Stichprobe beziehen sich die folgenden Angaben.

## 7.3. Reliabilität und Validität der Skalen

Genauigkeit und Gültigkeit der einzelnen Skalen werden aufgrund der erhobenen Daten mit den üblichen statistischen Verfahren ermittelt. Dazu - wie für alle faktorenanalytischen Datenverarbeitungen - verwenden wir das für solche Anforderungen einschlägige Computerprogramm SPSS 14.0 (Statistical Package for the Social Sciences)<sup>277</sup>. Dabei sind Reliabilitäts- und Validitätsaussagen vor allem für die Skalen C und D des Fragebogens von Bedeutung. Die Skala E ist - wie bereits oben vermerkt - in erster Linie eine auf Mehrfachnennungen abzielende Erhebung von Themen der therapeutischen Förderplanung. Die Anzahl erhobener Risikofaktoren bzw. protektiver Faktoren ist hierbei für uns von primärem Interesse.

Eine Validitätsprüfung hat sich im vorliegenden Falle zunächst als eine auf ein Konstrukt (für Skala C ist dies der SOC, für Skala E die Permanenz zentraler Lebenserfahrungen wie sie von Boyce beschrieben wird) bezogene darzustellen. Der Nachteil einer Bewertung unter dem Aspekt der Konstruktvalidität ist zweifellos die Schwierigkeit fehlender Kennwerte für derartige Untersuchungen<sup>278</sup>. Deshalb stützen wir uns im speziellen Falle des SOC auf die Validitätsnachweise von Antonovsky, der zusätzlich zur Kriteriumsvalidität sowohl eine konvergente als auch eine diskriminante Validität belegt<sup>279</sup>. Für die Skalen B und E liegt es nahe, von einer inhaltlichen Validierung auszugehen.

### 7.3.1. Reliabilitätsprüfung und Trennschärfe der Items

Reliabilität meint die Genauigkeit des Messvorganges. Dazu bieten sich verschiedene statistische Verfahren an. Wir wählen vorab dasjenige der inneren Konsistenz der Skalen nach Cronbachs Alpha. Wir überprüfen im Folgenden die einzelnen Skalen bzw. Subskalen (bei Skala C) und die dazugehörigen Trennschärfen der jeweiligen Items. Wir führen die Prüfverfahren für die Skala C und

---

<sup>276</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen>

<sup>277</sup> Dazu Diel / Staufenbiel 2002.

<sup>278</sup> Amelang / Zielinski 2002, S.169.

<sup>279</sup> Antonovsky 1997, S.85-88.

ihre Unterskalen sowie für die Skala D durch. Dabei begnügen wir uns vorab mit einer tabellarischen Darstellung der Daten wie sie durch die entsprechenden statistisch-analytischen Verfahren erstellt wurden.

#### Skala C:

Die gesamte Skala weist einen  $\alpha$  Alpha-Wert von .412 auf. Damit liegt er zwar deutlich unter dem entsprechenden Wert des verkürzten Fragebogens zur Lebensorientierung von Antonovsky (.77) aber noch knapp im akzeptablen Bereich.

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
.412	.418	19

Durch mögliche Elimination von Items können sich folgende Veränderungen ergeben:

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
V1	56.09	45.780	.091	.580	.406
V2	58.03	43.423	.167	.525	.386
V3	56.44	41.102	.354	.666	.337
V4	56.00	42.606	.395	.721	.345
V5	56.76	48.125	-.080	.700	.456
V6	56.00	45.758	.167	.535	.391
V7	59.41	46.068	.128	.464	.398
V8	58.35	56.538	-.458	.691	.540
V9	56.82	43.180	.155	.785	.389
V10	55.50	47.045	.169	.608	.398
V11	58.32	35.619	.545	.861	.253
V12	56.12	51.380	-.241	.663	.472
V13	55.68	47.438	.056	.399	.411
V14	56.21	48.835	-.075	.485	.435
V15	59.65	49.205	-.096	.687	.427
V16	56.62	43.274	.169	.651	.385
V17	56.35	39.750	.688	.802	.290
V18	57.15	38.735	.451	.876	.302
V19	57.68	44.710	.023	.684	.437

Auffällig ist, dass durch Weglassen von Item 8 („*Es spielt dabei auch keine Rolle, dass sie (die Klientinnen / Klienten) oft nicht wissen, was sie in einer konkreten Situation tun sollen*“) eine markante Verbesserung des Alpha-Wertes auf .540 eintritt. Der stark negative Trennschärfekoeffizient des Items (- .458) weist bereits darauf hin, dass dieses problematisch gewichtet im Blick auf das Gesamtergebnis in dieser Skala (in der Regel bedeutet ein negativer Trennschärfekoeffizient, dass das Item von den „guten“ Probanden falsch und von den „schlechten“ Probanden richtig beantwortet wird – in unserem Falle heisst es, dass das Item missverständlich

formuliert ist bzw. falsch verstanden und entsprechend beantwortet wurde). Wir neigen darum dazu, dieses Item für die weitere Auswertung der Skala C nicht zu berücksichtigen.

*Unterskala „Bedeutsamkeit“:* Entsprechend den von Antonovsky formulierten und empirisch belegten Faktoren des SOC (Sense of Coherence) ist die Skala C in drei Unterskalen gegliedert. Als erste prüfen wir diejenige der Bedeutsamkeit (von belastenden und herausfordernden Lebenssituationen).

Für diese Subskala, zu der die Item 3, 6, 10, 12, 14 und 18 gehören, sind Fragen zur Förderung von Einsichten in Kontext und Kontinuum vergangener und künftiger erfolgreicher Problemlösung, von Wahrnehmung grösserer Zusammenhänge des eigenen Handelns und von Zielorientierung bzw. Zielerreichung ausschlaggebend. Mit Item 14 fragen wir zudem nach der Selbstwahrnehmung des Helfersystems bzgl. der Bedeutsamkeit der Aufgabe angesichts u.U. zweifelhafter Erfolgsaussichten.

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
.311	.348	6

Auffällig ist die relativ geringe innere Konsistenz dieser Skala. Bei genauerer Prüfung zeigt es sich, dass Item 12 (*„Philosophische oder gar religiöse Gedanken der Klienten / Klientinnen halten wir im Therapieprozess eher für problematisch“*). durch den problematischen negativen Trennschärfekoeffizient (-.187) und durch eine markante Erhöhung der inneren Konsistenz bei Weglassung auffällt (.506). Es liegt also nahe, dieses Item zu eliminieren und so eine wesentlich bessere Reliabilität zu erhalten.

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
3:Anteilnahme	20.02	6.424	.211	.230	.209
6:Wichtigkeit	19.61	7.194	.282	.194	.184
10:Lebensziele	19.15	8.128	.292	.268	.229
12:reli-neg	19.83	9.345	-.187	.080	.506
14:sinnlos-neg	19.85	8.378	.026	.176	.342
18:Engagement	20.68	5.072	.383	.379	.010

*Unterskala „Handhabbarkeit“:* Auch in dieser Unterskala, die aus den Items 2, 5, 8, 9, 13, 15 und 17 besteht und nach der konkreten Selbstwirksamkeitserwartung im Blick auf herausfordernde Lebenssituationen fragt, kann eine Verbesserung der inneren Konsistenz und damit der Reliabilität nur durch Elimination eines Items erreicht werden.

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
.308	.297	7

Dabei handelt es sich um Item 17 („Von den Klienten / Klientinnen erfolgreich gelöste Lebensaufgaben in der Vergangenheit werden erhoben und es wird im Therapieprozess / in der Behandlungsplanung darauf Bezug genommen“), das zugleich einen ungünstigen Trennschärfekoeffizient aufweist. So kann der Cronbachs Alpha-Wert der Unterskala von .308 auf .415 erhöht werden.

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
2:angewie-neg	9.88	12.410	.002	.147	.360
5:enttäusch-neg	10.00	8.970	.287	.227	.137
8:was-tun	10.35	11.750	.077	.289	.311
9:Rang-neg	10.50	10.379	.180	.263	.237
13:Kontrverl-neg	11.44	10.133	.490	.294	.077
15:imgriff-neg	11.44	13.284	.123	.132	.289
17:erfolg	8.21	14.593	-.177	.207	.415

*Unterskala „Verstehbarkeit“:* Diese Unterskala besteht aus 6 Items (1, 4, 7, 11, 16, 19) besteht und fragt nach der Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen in eine Verstehenskonzeption der eigenen Biografie bzw. der Lebenswelt einzuordnen.

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
.496	.493	6

Hier stellt sich die Frage, ob es Sinn macht, den akzeptablen Wert für die innere Konsistenz durch die Preisgabe eines Items leicht zu verbessern. Offensichtlich liesse sich dies am ehesten durch die Elimination von Item 7 bewerkstelligen.

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
1:btrkennen	16.32	17.503	.048	.055	.539
4:berechb	16.24	14.911	.478	.358	.374
7:berchbneg	16.30	18.159	.009	.093	.547
11:Selbstrefl	18.57	12.752	.377	.222	.374
16:verstint	16.86	13.398	.383	.335	.377
19:verstverl	17.86	12.342	.288	.176	.437

Allerdings liegen hier keine derart problematischen Trennschärfekoeffizienten vor, die einen Eliminationsentscheid aufdrängen würden. Dennoch fällt auch hier der relativ niedrige Wert des Items 7 auf (.009). Wir entscheiden uns darum für die Elimination von Item 7 und erhalten so einen Cronbachs Alpha-Wert von .547.

Skala D:

Diese Skala fragt in 10 Items nach konzeptionellen Elementen zur Stärkung der Permanenz von zentralen Lebenserfahrungen nach dem Salutogenese-Konzept von Boyce.

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
.602	.645	10

Der Cronbachs-Alpha-Wert dieser Skala liegt mit .602 in einem akzeptablen Bereich.

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
V1	32.19	43.190	.206	.297	.596
V2	33.31	39.018	.395	.410	.543
V3	32.50	41.686	.245	.391	.587
V4	32.00	38.743	.455	.362	.528
V5	31.44	47.625	.194	.457	.594
V6	31.50	45.914	.344	.609	.574
V7	32.28	44.835	.273	.256	.579
V8	32.00	46.171	.105	.276	.617
V9	31.97	41.285	.568	.629	.525
V10	33.06	41.597	.188	.216	.610

Eine nur unbedeutende Steigerung liesse sich durch Elimination von Item 8 bzw. Item 10 erreichen. Wir verzichten hier aber auf einen derartigen Schritt.

Fazit: Auf den ersten Blick erscheint es naheliegend, in der Skala C aus Gründen der Reliabilitätsverbesserung und angesichts problematischer Trennschärfekoeffizienten für die Auswertung der Gesamtskala auf das Item 8, für diejenige der Subskala „Bedeutsamkeit“ auf das Item 7, für diejenige der Subskala „Handhabbarkeit“ auf das Item 12 und für diejenige der Subskala „Verstehbarkeit“ auf das Item 17 zu verzichten. Die Problematik besteht jedoch darin, dass sich die Gesamtskala C als zu heterogen erweist, wenn die innere Konsistenz der Subskalen auf diese Weise erhöht wird, wie das drastische Absinken des Cronbachs Alpha-Wertes auf <.300 manifestiert.

Angesichts von Antonovskys eigener Beobachtung, dass die drei Subskalen des SOC stark interkorrelieren, stellt sich allen Ernstes die Frage nach dem Sinn einer derartigen Betrachtung der einzelnen Subskalen bzw. der Erreichung einer hohen Reliabilität auf dieser Ebene um den Preis der inhaltlichen Konsistenz auf der Ebene der Gesamtskala.

### 7.3.2. Validität

#### Skala B:

Die Validität der Skala B zur Selbstdarstellung der Institution ist als eine weitgehend inhaltliche aufgrund eines Repräsentationsschlusses zu bestimmen. Die Aussagen zur konzeptionellen therapeutischen Gesamttendenz im Sinne von therapeutisch relevanten Ansätzen in der Behandlung sind eher qualitativer Natur und lassen kaum eine quantitative Gewichtung der jeweiligen Anteile zu. Für das Hauptinteresse des Fragebogens ist diese Skala eher als ein Screening zu betrachten. Sie erlaubt dabei einen gewissen qualitativen Einblick in die institutionelle Selbstbeurteilung bzgl. Konzept und Arbeitsweise.

Als Kriterium, an welchem Skala B zu validieren wäre, kommt die Authentizität und Konsistenz der Selbstaussagen in Frage. Hierbei geht es eher um ein vorhandenes Selbstverständnis als um die objektive Richtigkeit der Angaben. Um letztere zu überprüfen hätte zusätzlich eine Fremdbeurteilung eingeholt werden müssen.

#### Skala C:

Wie oben bereits angetönt stützen wir uns hierbei auf die Validitätsangaben von Antonovsky im Blick auf seinen Fragebogen zur Lebensorientierung<sup>280</sup>. Antonovsky selbst verweist dabei auf die Studie von Dana et al.<sup>281</sup>, welche auch die Konstruktvalidität (SOC) überprüft. Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität zieht der Autor vorab die Studie von Rumbaut et al.<sup>282</sup> herbei, die einen eigenen Satz von 22 Items verwendet und eine Korrelation zu Antonovskys 29-Item-Skala von .639 aufweist. Danas Untersuchung bestätigt diesen Wert (.72) sowie eine geringere Korrelation zur Skala von Payne aus dem Jahre 1982<sup>283</sup> (.39).

Da sich gezeigt hat, dass bereits die Reliabilitätswerte (bzgl. innerer Konsistenz) unserer Skala geringer sind als diejenige der Skala zur Lebensorientierung von Antonovsky, sind wir etwas zurückhaltend in der Validitätsbewertung der von uns verwendeten Skala – insbesondere auf der Ebene der Subskalen, deren Interkorrelation von Antonovsky selbst und von Dana et al. (bzgl. der Fragebogens zur Lebensorientierung) als relativ hoch ausgewiesen wurde. Letztere zeigen, dass externe Konstruktmasse kaum zwischen den einzelnen Komponenten unterschieden. Wir erachten nach Erwägung aller ausschlaggebenden Faktoren die Aussage der Gesamtskala doch für wesentlicher als diejenige der Subskalen. Auf dieser Ebene scheint die Konstruktvalidität durch die Untersuchungen der genannten Autoren eher

---

<sup>280</sup> Antonovsky 1997, S.83-89.

<sup>281</sup> Dana et al. 1985.

<sup>282</sup> Rumbaut et al. 1991.

<sup>283</sup> Payne 1982.

gewährleistet. Natürlich sind wir uns bewusst, dass eine definitive Klärung dieser Frage erweiterte methodische Messverfahren erfordert (etwa in Form einer multitrait-multimethod-Matrix).

#### Skala D:

Die Validität der Skala D orientiert sich am Konstrukt der Permanenz von zentralen Lebenserfahrungen von Boyce et al.<sup>284</sup>. Die Untersuchungen der Gruppe um Boyce zu den „family routines“ (family routines inventory) belegen auf der Basis einer Kriteriumsvalidität die Bedeutung von ritualisierten Repräsentationen wesentlicher Erfahrungsinhalte der Vergangenheit in Gegenwart und Zukunft für die Immunität gegen körperliche und psychosoziale Störungen. Auch die spätere Untersuchung betreffend die Korrelation von Permanenz bzw. Veränderung zu Schwangerschaft in der Adoleszenz weist in dieselbe Richtung<sup>285</sup>. Die 10 Items von Skala D sind direkt auf die konzeptionelle Berücksichtigung bedeutsamer Vergegenwärtigungsvorgänge ausgerichtet (Q-Daten). Hier ist also bedingt ein qualitativer Repräsentationsschluss für eine inhaltliche Validitätsbestimmung zulässig.

#### Skala E:

Skala E misst die ressourcenorientierte Implementierung von Förderplanung in die Konzeptionen der verschiedenen stationären Behandlungsangebote. Dabei wird mit Themenlisten gearbeitet, welche wichtige Faktoren zur biografischen Risiko- und Protektionsbildung enthalten. Die Quantität der in der Förderplanung systematisch berücksichtigten Faktoren macht eine Aussage bzgl. Ressourcen- bzw. Resilienzorientierung der Förderplanung. Wo keine systematische Förderplanung geschieht, kann eine konzeptionelle Ressourcenorientierung des Behandlungsverlaufs grundsätzlich ausgeschlossen werden (CAVE: was nicht bedeutet, dass keine ressourcenorientierten Interventionen stattfinden!). Uns geht es in dieser Untersuchung jedoch um die konzeptionell verankerte Ressourcenorientierung. Nach dieser wird in der Skala D explizit gefragt. Aus diesem Grunde verlassen wir uns auch hier auf den gelingenden Repräsentationsschluss im Sinne einer inhaltlichen Validität.

Als wesentliche Kriteriumsmessung wäre bei sämtlichen Skalen aber in besonderer Weise bei Skala D eine Befragung der Klientinnen der jeweiligen Institutionen angezeigt. Aufgrund der Begrenztheit des Projekts im Rahmen einer Masterarbeit wird auf diesen Aufwand schliesslich verzichtet, was natürlicherweise zu einer Einbusse auf der Ebene der Validierung führt.

---

<sup>284</sup> Boyce et al. 1983.

<sup>285</sup> Boye et al. 1985.

## 8. Evaluation der erhobenen Daten

### 8.1. Faktorenanalytische Anmerkungen

Die Faktorenanalyse von Skala C bestätigt teilweise die Ergebnisse der Reliabilitäts- und Validitätsprüfung. Vorab macht eine Erhebung der Kommunalitäten deutlich, dass die Skala durch die Variablen angemessen konsistiert. Dies spricht für die getroffene Entscheidung, an der Gesamtskala festzuhalten.

	Anfänglich	Extraktion
3:Anteilnahme	1.000	.571
6:Wichtigkeit	1.000	.756
10:Lebensziele	1.000	.748
12:reli-neg	1.000	.724
14:sinnlos-neg	1.000	.773
18:Engagement	1.000	.737

	Anfänglich	Extraktion
V1	1.000	.603
V2	1.000	.797
V3	1.000	.642
V4	1.000	.821
V5	1.000	.802
V6	1.000	.602
V7	1.000	.577
V9	1.000	.794
V10	1.000	.700
V11	1.000	.788
V12	1.000	.767
V13	1.000	.657
V14	1.000	.796
V15	1.000	.673
V16	1.000	.822
V17	1.000	.781
V18	1.000	.876
V19	1.000	.716

**Kommunalitäten Gesamtskala C  
Subskala Bedeutsamkeit**

**Kommunalitäten**

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

**Kommunalitäten Subskala Handhabbarkeit**

	Anfänglich	Extraktion
2:angewie-neg	1.000	.580
5:enttäusch-neg	1.000	.764
8:was-tun	1.000	.675
9:Rang-neg	1.000	.597
13:Kontrverl-neg	1.000	.705
15:imgriff-neg	1.000	.595
17:erfolg	1.000	.714

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

**Kommunalitäten Subskala Verstehbarkeit**

	Anfänglich	Extraktion
1:btrkennen	1.000	.338
4:berechb	1.000	.646
7:berchbneg	1.000	.535
11:Selbstrefl	1.000	.488
16:verstint	1.000	.628
19:verstverl	1.000	.646

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Die Daten machen deutlich, dass die Skalen als ganze – ohne bzw. vor Elimination von Items – hinreichende Geschlossenheit in der Passung der einzelnen Variablen aufweisen. Eine Ausnahme bildet einzig die Subskala „Verstehbarkeit“, welche ein Item enthält, das erstaunlich geringe Übereinstimmung mit dem Ganzen zeigt (Item 1: .338).

Die Faktorenanalyse (Eigenwerte der Faktoren) ermöglicht für die Gesamtskala total 7 Komponenten wovon 3 deutlich die stärksten sind (Eigenwert >2. Diese drei Komponenten mit den Subskalen des SOC-Fragebogens von Antonovsky (die ja auch unsere Subskalen darstellen) zu identifizieren, fällt relativ schwer (wie die unten angeführte Komponentenmatrix zeigt).

**Erklärte Gesamtvarianz**

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3.399	18.881	18.881	3.399	18.881	18.881
2	2.316	12.864	31.746	2.316	12.864	31.746
3	2.009	11.160	42.905	2.009	11.160	42.905
4	1.722	9.564	52.469	1.722	9.564	52.469
5	1.578	8.768	61.238	1.578	8.768	61.238
6	1.126	6.254	67.492	1.126	6.254	67.492
7	1.065	5.919	73.411	1.065	5.919	73.411

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

### Komponentenmatrix(a)

	Komponente						
	1	2	3	4	5	6	7
V1	-.031	.253	.690	.156	-.183	.034	-.055
V2	.119	.294	-.012	-.294	.682	.196	.325
V3	.744	.055	-.033	-.184	-.041	-.220	.010
V4	.292	.666	-.236	.321	-.141	.111	.316
V5	-.046	.557	-.436	-.141	.057	.164	-.499
V6	.357	-.149	.556	-.254	.031	.069	.271
V7	-.093	.402	.150	-.174	.467	-.346	-.129
V9	-.072	.698	.026	.473	-.184	.114	.176
V10	.467	-.344	-.177	.506	.235	-.067	-.125
V11	.726	.407	-.108	-.208	-.056	-.128	-.143
V12	-.486	.217	.347	.181	.290	-.395	.302
V13	-.067	.323	.395	.298	-.083	-.287	-.462
V14	-.007	-.112	-.197	.406	.652	.375	-.121
V15	-.091	.338	-.408	-.565	-.177	-.096	.158
V16	.149	.196	.509	-.159	-.171	.663	-.088
V17	.787	.216	.073	.248	.164	-.085	.113
V18	.784	-.154	.316	-.237	.189	-.025	-.209
V19	.590	-.258	-.253	.294	-.323	-.063	.205

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.  
a 7 Komponenten extrahiert

Hier zeigt sich, dass die deduktive Konstruktion der Skala C sich nicht einfach durch die faktorenanalytische Bearbeitung der Daten aus der Stichprobe untermauern lässt. Wir werden uns demnach nicht allzu stark auf die deduktiv bestimmten Unterskalen stützen können, sondern unser Hauptaugenmerk auf die Aussagen der Gesamtskala C richten.

Zu bemerken ist, dass die Items 1, 6 und 18 stark auf den Faktor 3 laden. Die Items 1 und 18 gehören zur Subskala Verstehbarkeit (schwieriger Lebensumstände). Item 6 gehört in unserer Skaleneinteilung zur Subskala Bedeutsamkeit – allerdings mit einer grossen Affinität zur Verstehbarkeit (eigene Lebenserfahrungen als bedeutsam erkennen). Item 4,5,7 und 9 laden stark auf die Komponente 2. Sie gehören aber (4 und 7) entweder zur Subskala Verstehbarkeit oder zu derjenigen der Handhabbarkeit. Die Items 3,11, 17, 18 und 19 laden deutlich auf Faktor 1. Je zwei gehören nach unserer Skalenkonstruktion zu den Subskalen Bedeutsamkeit (3 und 18) und Verstehbarkeit (11 und 19). Item 19 zählt zur Subskala der Handhabbarkeit. Dies macht nochmals deutlich, wie stark die drei Subskalen korrelieren (was schon Antonovsky bzgl. seiner Skala zur Lebensorientierung feststellte). 12 von 19 Items laden am stärksten auf die einschlägigen Faktoren 1, 2 oder 3 (die auch den höchsten Eigenwert aufweisen). Lediglich die Hauptladungen von 4 weiteren Items (2, 10, 14, 16) verteilen sich deutlich auf weitere 4 Komponenten. 3 Items weisen keine markanten Hauptladungen auf eine der 7 Komponenten auf.

Auf den ersten Blick überrascht bei dieser Analyse das Item 13 - ein negativ formuliertes Item der Skala „Verstehbarkeit von Lebensereignissen“. Es lädt erstaunlicherweise nicht ausgeprägt auf einen Faktor (auf Faktor 3: .395, auf Faktor 2: .323). Es geht inhaltlich um die Frage nach der Thematisierung emotionalen Kontrollverlustes der Klientinnen. Die Thematisierung im Therapieprozess ist

offensichtlich ein tauglicher Indikator für die Verstehbarkeit von emotional schwierigerem Verhalten.

Die Skala D weist bei den Kommunalitäten ebenfalls gute Werte aus (siehe unten). Die Eigenwerte der Faktoren lassen die Bildung von 4 Komponenten zu. Nur einer der entsprechenden Eigenwerte ist jedoch  $>2$ . Die Skala erfordern daher nicht zwingend weitergehende Hypothesen- bzw. Subskalenbildung (was bei einer derart kurzen Skala auch kaum Sinn macht).

#### Kommunalitäten der Skala D

	Anfänglich	Extraktion
V1	1.000	.639
V2	1.000	.719
V3	1.000	.818
V4	1.000	.591
V5	1.000	.763
V6	1.000	.829
V7	1.000	.689
V8	1.000	.608
V9	1.000	.744
V10	1.000	.688

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

#### Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	2.683	26.829	26.829	2.683	26.829	26.829
2	1.765	17.645	44.474	1.765	17.645	44.474
3	1.441	14.407	58.881	1.441	14.407	58.881
4	1.200	11.999	70.880	1.200	11.999	70.880
5	.728	7.277	78.157			
6	.668	6.680	84.837			
7	.582	5.822	90.659			
8	.379	3.792	94.451			
9	.349	3.493	97.944			
10	.206	2.056	100.000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Die Items 2, 4, 5, 6 und 9 laden deutlich auf den Faktor 1. Die anderen Items verteilen ihre Ladung auf 3 weitere Komponenten.

### Komponentenmatrix(a)

	Komponente			
	1	2	3	4
V1	.137	.742	-.203	.170
V2	.516	.389	-.097	-.540
V3	.206	.530	.585	-.391
V4	.661	.209	-.303	.137
V5	.620	-.344	-.409	-.303
V6	.709	-.370	-.046	.433
V7	.347	.093	.705	.250
V8	.386	-.420	.526	.074
V9	.854	-.048	.019	-.109
V10	.177	.544	-.110	.590

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.  
a 4 Komponenten extrahiert

Die Korrelation von Skala D und Skala C ist mit einem Pearson-Wert von .471 auf dem Niveau 0.01 zweiseitig signifikant! Damit wird auch die Validität der Skalen unterstrichen (siehe oben unter 7.3.2.)!

		WertSkalaC	WertSkalaD
WertSkalaC	Korrelation nach Pearson	1	.471(**)
	Signifikanz (2-seitig)		.002
	N	42	42
WertSkalaD	Korrelation nach Pearson	.471(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	.002	
	N	42	42

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

## 8.2. Mittelwertanalysen (Verteilungsanalysen) etc.

Im Folgenden sollen die einzelnen Skalen aufgrund der Mittelwerte der einzelnen Items inhaltlich bewertet werden.

### 8.2.1. Skala Selbstdarstellung der Institutionen: Eigenschaften des therapeutischen Konzepts

Bei den nach der Intensität (0-5) zu wertenden Eigenschaftsbestimmungen des therapeutischen Konzepts stehen im Fragebogen 13 Eigenschaften (z.T. therapeutische Ansätze) zur Disposition: *Verhaltenstherapeutisch, Tiefenpsychologisch, Psychodynamisch, Körperzentriert, Spirituell, Integrativ, Lösungsorientiert, Klientenzentriert, Problemorientiert, Pädagogisch, Konfrontativ, Partizipativ, Direktiv*. Dabei liegen die Mittelwerte bezogen auf die 37 Institutionen, die diesen Teil des Fragebogens ausgefüllt haben, zwischen :=1.62 und :=3.89. Deutlich am höchsten ist derjenige der Eigenschaften „*Lösungsorientiert*“ (:=3.73) und „*Klientenzentriert*“ (:=3.89). Dabei wurde nicht weiter nach dem sachlichen Verständnis gefragt, das einer solchen Selbstcharakterisierung zugrunde liegt. Das geringste Rating erhält eindeutig die Eigenschaft „*Spirituell*“ (:=1.62) gefolgt von „*Tiefenpsychologisch*“ (:=1.89) und „*Körperzentriert*“ (:=2.11). Die konzeptionelle

Eigenschaft „*Verhaltenstherapeutisch*“ wird mit einem Mittelwert von  $\mu=3.22$  ebenfalls erwartungsgemäss stark bewertet.

Auf die Frage nach den konzeptionell vorgesehenen Instrumenten zur Erfassung von lebensgeschichtliche erworbenen Ressourcen wird von den 36 Institutionen, die dieses Item beantwortet haben mit einem Mittelwert von  $\mu=3.9$  auf einer Ratingskala von 0-5 geantwortet. Keine einzige Institution markiert eine 0 oder eine 1. Die Standardabweichung liegt bei 1.025.

Den Implementierungsgrad der Instrumente zur Ressourcenerhebung bewerten die Institutionen hoch mit einem Mittelwert von  $\mu=4.1$  und einer Standardabweichung von .76. Am stärksten wird die konzeptionelle Integration einer Förderplanung gewertet: Mittelwert  $\mu=4.63$  mit Standardabweichung .59.

### 8.2.2. Skala C: Regenerative Aspekte des Konzepts

Von den 34 Institutionen, die sämtliche Items dieser Skala (Rating 0-5) beantwortet haben, beträgt der Itemmittelwert  $\mu=3.242$  mit einer Varianz von 1.485 (Standardabweichung von 1.21).

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum / Minimum	Varianz	Anzahl der Items
Item-Mittelwerte	3.242	.529	4.676	4.147	8.833	1.485	18
Item-Varianzen	1.539	.347	3.470	3.123	10.008	.749	18
Inter-Item-Kovarianzen	.094	-.848	1.277	2.126	-1.505	.110	18
Inter-Item-Korrelationen	.058	-.404	.572	.976	-1.414	.042	18

Der Bereich, in welchem die Mittelwerte der einzelnen Items streuen, ist mit 4.147 relativ gross (zwischen .529 und 4.676). Relativ homogen hoch wurden die Items 4 (Mittelwert  $\mu=4.18$ ; Standardabweichung .999), 6 (Mittelwert  $\mu=4.18$ ; Standardabweichung .936), 10 (Mittelwert  $\mu=4.68$ ; Standardabweichung .589) und 13 (Mittelwert  $\mu=4.50$ ; Standardabweichung .826) bewertet. Letzteres, obwohl es auf keinen Faktor ausgeprägt lädt. Die Breite der Item-Item Kovarianz liegt mit 2.126 (zwischen -.848 und 1.277) im für eine derartige Skala zu erwartenden Bereich. Dasselbe gilt für die Item-Item-Korrelation.

Für den Gesamtwert der Skala (18 Items) beträgt der Mittelwert  $\mu=58.35$  (Maximum: 90) mit einer Standardabweichung von 7.519 (Varianz: 56.538).

### 8.2.3. Skala D: Permanenz zentraler Lebenserfahrungen

Die Mittelwerte der 10 Items (bei vollständigen Datensätzen von 36 Institutionen) beträgt  $\mu=3.581$  mit einer Standardabweichung von .60 (Varianz .360). Der Bereich, in welchem die Mittelwerte dabei streuen, umfasst lediglich 1.861 Punkte (Minimum: 2.500; Maximum: 4.361). Deutlich am höchsten bewertet wurden die Items 5 ( $\mu = 4.36$ ) und 6 ( $\mu = 4.31$ ). Beide Items beziehen sich auf den Einbezug und die Konstanz von Bezugspersonen innerhalb und ausserhalb der Therapie.

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum / Minimum	Varianz	Anzahl der Items
Item-Mittelwerte	3.581	2.500	4.361	1.861	1.744	.360	10
Item-Varianzen	2.329	.790	4.250	3.460	5.382	1.380	10
Inter-Item-Kovarianzen	.306	-.678	1.186	1.863	-1.749	.154	10
Inter-Item-Korrelationen	.154	-.251	.591	.841	-2.356	.037	10

Auffällig ist der relativ hohe Mittelwert der Item-Varianzen von :=2.329. Der Mittelwert der Item-Item-Kovarianz beträgt .306, derjenige der Item-Item.-Korrelation .154. Der Mittelwert der Gesamtskala beträgt 35.81 mit einer Varianz von 50.847.

#### 8.2.4. Skala E: Förderplanung

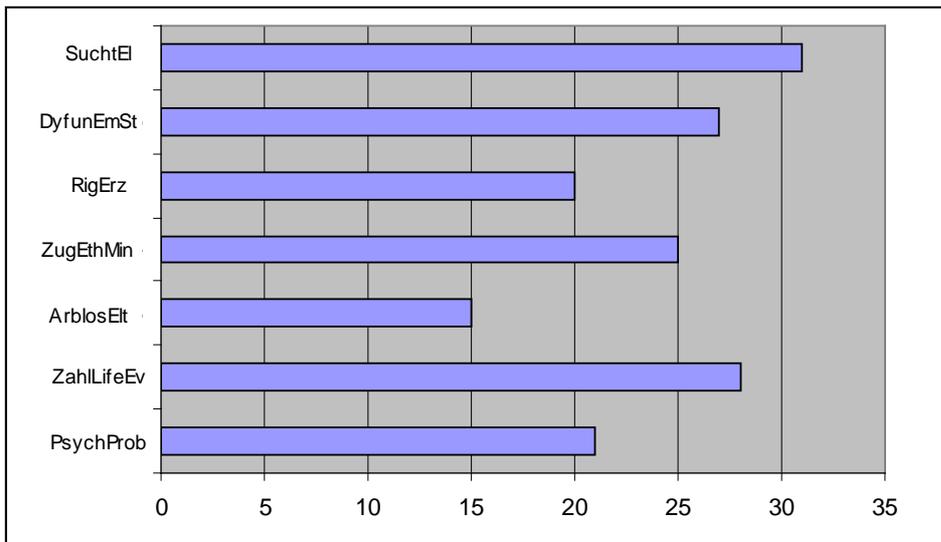
In dieser Skala müssen die Variablen einzeln bewertet werden.

Item 1, das nach der konzeptionell standardisierten und systematisierten Datenerhebung im Rahmen der Eintrittsphase fragt, wird von 36 Institutionen mit einem Mittelwert von :=3.69 und einer Standardabweichung von 1.5 beantwortet.

Item 2 erwartet Mehrfachantworten und ist in 3 Sets aufgeteilt (Risikofaktoren, protektive Faktoren und PlusMinus-Faktoren). Bei den Risikofaktoren (Item 2, Set 1) - gefragt wird nach den jeweils bei Eintritt erhobenen Faktoren - werden von den 41 Institutionen, welche dieses Item beantwortet haben, bei 7 möglichen Antworten durchschnittlich :=3.87 gewählt. Bei den protektiven Faktoren (Item 2, Set 2) steht dem bei 9 möglichen Antworten ein Wert von :=4.68 gegenüber. Diejenigen Faktoren, welche sowohl protektiv als auch risikofördernd sein können (PlusMinus-Faktoren: Item 2, Set 3) – je nach positiver oder negativer Bewertung – weisen bei 4 Wahlmöglichkeiten einen Mittelwert von :=2.17 auf. Das zeigt uns, dass bei keinem Set eine eindeutige Tendenz erkennbar wird. In allen Bereichen liegt der Mittelwert sämtlicher Bewertungen leicht über der absoluten Mitte der möglichen Nennungen.

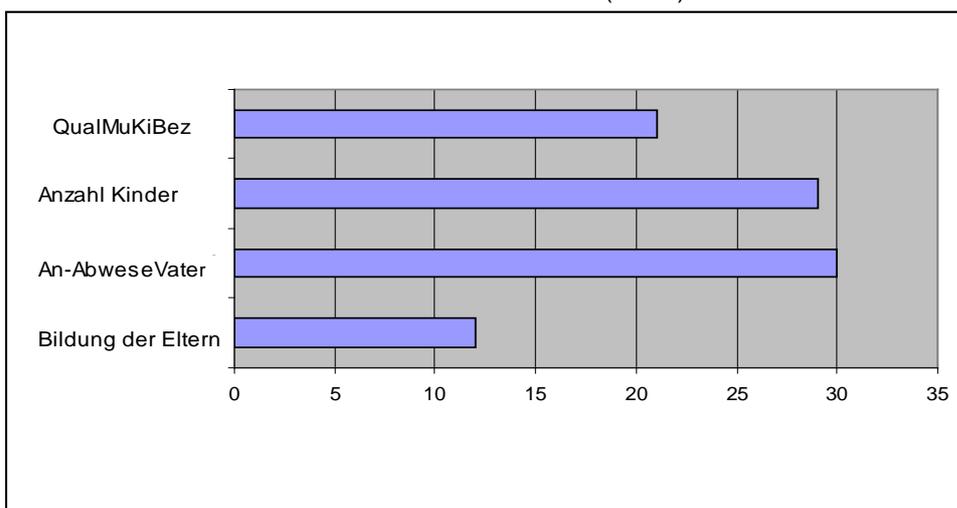
Bei den Risiken wird am häufigsten der Faktor „Suchtverhalten von Eltern und Geschwistern“ erhoben (bei 76% der befragten Institutionen), gefolgt vom Faktor „Anzahl ‚stressful life events‘ (akuten Belastungssituationen) für die Klientin / den Klienten in den vergangenen 12-18 Monaten“ (bei 68% der befragten Institutionen). Deutlich am wenigsten wird nach der Arbeitslosigkeit des Ernährers / der Ernährerin gefragt (lediglich bei 36% der befragten Institutionen).

Übersicht über die erhobenen Risikofaktoren (N=41)



Die sog. PlusMinus-Faktoren, welche sowohl Risiko als auch Protektion beinhalten können, je nach dem wie sie im Einzelfalle ausgeprägt sind (etwa der Bildungsstand der Eltern, An- bzw. Abwesenheit des Vaters, die Anzahl der Kinder in der Herkunftsfamilie sowie die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung), werden mit Ausnahme der Frage nach dem Bildungsstand der Eltern (29%) relativ oft erhoben (50%, 70%, 73%).

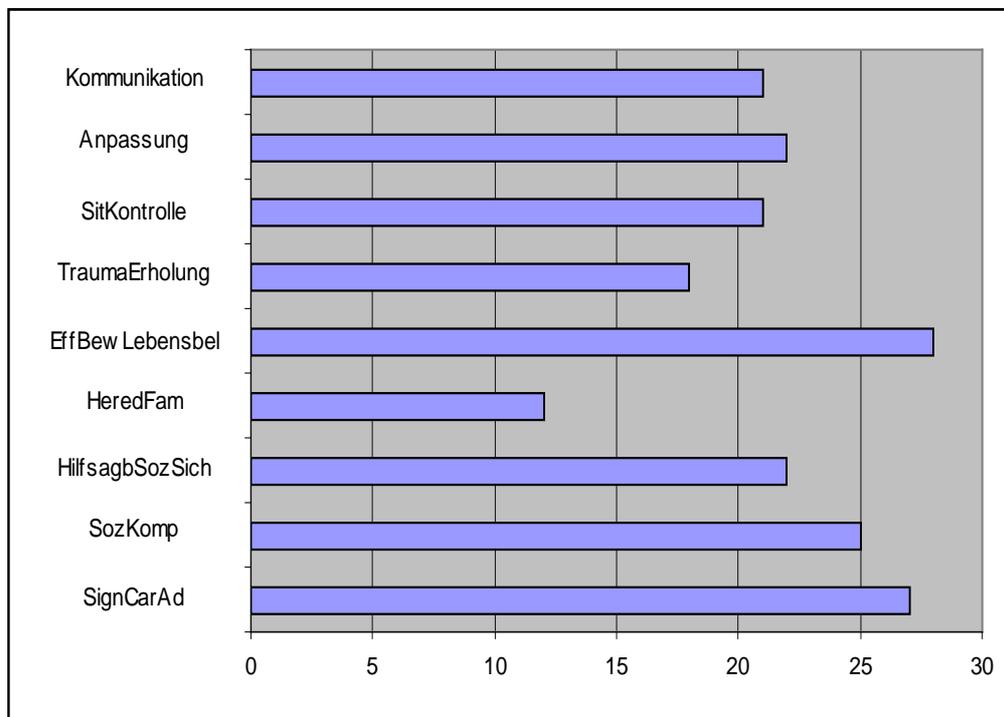
Übersicht über die erhobenen PlusMinus-Faktoren (N=41)



Unter den genuin protektiven Faktoren wird am häufigsten nach dem „*significant caring adult*“ und nach der „*Fähigkeit, lebensgeschichtliche Belastungen und Risiken*“

effektiv zu bewältigen“ gefragt (66% bzw. 68%). Am wenigsten interessiert offensichtlich die „hereditäre (familiär-erbliche) Disposition“ (29%).

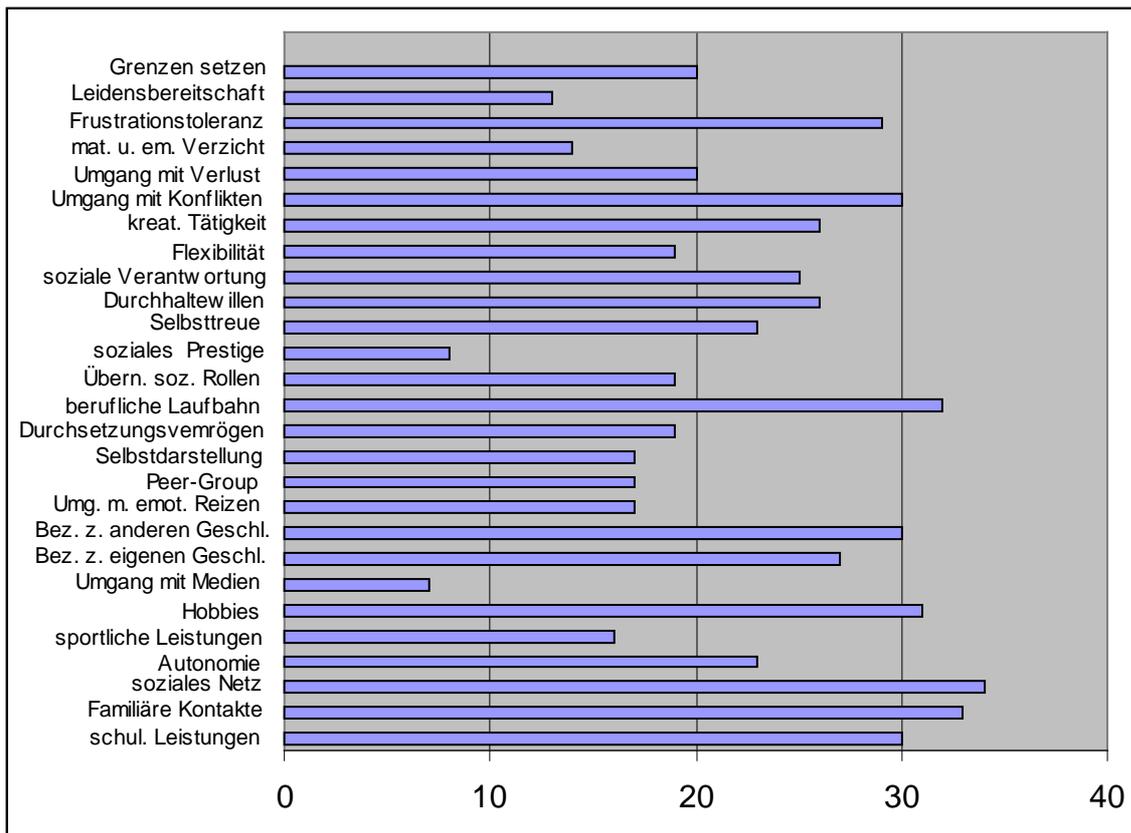
Übersicht über die erhobenen protektiven Faktoren (N=41)



Item 3 der Skala E fragt explizit nach dem Einbezug der bisher von den Klienten / Klientinnen erfolgreich gelösten Lebensaufgaben in die Förderplanung. Der Mittelwert der von 39 Institutionen gegebenen Antworten (Rating-Skala 0-5) beträgt :=3.72 mit einer Standardabweichung von 1.29.

Item 4 der Skala E erfordert wiederum Mehrfachantworten: Eine Auswahl von 27 Lebens- bzw. Entwicklungsthemen, die in die Förderplanung einbezogen werden (mit der Option, eigene Themen anzufügen). Dieses Item wurde von 40 Institutionen beantwortet (N=40). Am häufigsten in die Förderplanung einbezogen werden das soziale Netz (85%), die familiären Kontakte (82%), die Hobbies (77%) und die berufliche Laufbahn (80%), deutlich am wenigsten das soziale Prestige (20%) sowie der Umgang mit Medien (17%).

Übersicht über die zur Auswahl gestellten Entwicklungsaufgaben in Rahmen der Förderplanung:



Item 5, das nach dem Einbezug der gescheiterten Entwicklungsaufgaben in die Förderplanung fragt, wird von 39 Institutionen mit einem Mittelwert von  $\bar{x}=3.95$  und einer Standardabweichung von 1.19 beantwortet.

Item 6 bezieht sich auf die Häufigkeit der Anpassung bzw. Justierung der Förderplanung (mindestens viertel- bis halbjährlich). Der Mittelwert von 40 Institutionen beträgt  $\bar{x}=4.49$  bei einer Standardabweichung von .82.

Schliesslich bestätigt ein Mittelwert von  $\bar{x}=4.59$  bei einer Standardabweichung von .55 die Anpassung der Förderplanung bei Bedarf. Item 6 und Item 7 korrelieren mit .513 (bei 37 Institutionen, die beide Items beantwortet haben), was darauf schliessen lässt, dass in vielen Fällen sowohl eine maximale Frist zur Justierung der Förderplanung (viertel- bis halbjährlich) als auch die Möglichkeit, diese nach Bedarf zu justieren, besteht.

## 9. Interpretation im Blick auf die Fragestellung

### 9.1. Allgemeine Fragestellung

Die allgemeine Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist die nach dem institutionellen Implementierungsgrad von ressourcenorientierten Ansätzen im Sinne eines Risiko-Resilienz-Modells im Bereich der stationären Drogentherapie in der Schweiz. Dazu haben wir 43 einschlägige Institutionen mittels eines Fragebogens auf ihre salutogenetische Ausrichtung (nach dem Modell des Sense of Coherence von Antonovsky sowie nach der Theorie der Permanenz von zentralen

Lebenserfahrungen von Boyce) und auf ihre Umsetzung dieser Ansätze im Rahmen der Förderplanung befragt.

Im theoretischen ersten Teil der Arbeit haben wir versucht, die Begriffe Risiko und Resilienz in Kontext der allgemeinen Ressourcenorientierung psychosozialer Arbeit im Suchtbereich zu klären. Dabei ist deutlich geworden, dass der entscheidende Bezugsrahmen für ein am Resilienzgedanken orientiertes Arbeiten derjenige der intermittierenden karrierebegleitenden Drogenarbeit sein wird<sup>286</sup>. Letztere ist freilich auch 15 Jahre nach dem programmatischen Aufsatz von Petzold und Hentschel ein weitgehend unerfülltes Desiderat geblieben. Unsere Untersuchung gilt indessen nicht dem umfassenden Helfernetz im Bereich der Suchtarbeit, sondern einzig den stationär arbeitenden Einrichtungen der Drogenhilfe. Ihnen kommt ein als sozialtherapeutisch zu bestimmender Auftrag innerhalb der Behandlungskette zu, der sich im besonderen Masse mit salutogenetischen und resilienzfördernden Aspekten der Betreuung von drogenabhängigen Individuen zu befassen hat.

Die im vorangehenden Kapitel evaluierten Resultate der empirischen Untersuchung lassen zweifelsohne einen gewissen interpretatorischen Spielraum zu. Dennoch sind die dabei zu Tage tretenden Tendenzen mehrheitlich eindeutig und lassen entsprechende perspektivische Aussagen zu.

#### 9.1.1. Die Institutionen

Die an der Untersuchung beteiligten 43 Institutionen gehören aufgrund ihrer Geschichte und Einbindung ganz unterschiedlichen Traditionen und Kontexten der sozialen Hilfe an. Von weltanschaulich (z.T. deklariert) motivierten privaten Einrichtungen bis hin zu kantonalen klinischen Institutionen ist das gesamte Spektrum der Suchthilfe vertreten. Die in der Selbstdarstellung (Skalen A und B) erhobenen Q-Daten ergeben einerseits ein formales Bild der Einrichtungen, lassen andererseits aber auch ein gewisses Grundverständnis der eigenen Arbeit (Selbstverständnis) erkennen (siehe unten). Die in die Studie einbezogenen Institutionen repräsentieren laut Skala A (Formales) zusammen ca. 780 Betreuungsplätze der stationären Sucht- bzw. Drogenhilfe. Die kleinste Institution stellt ca. 5 Plätze bereit (allerdings mit Schwerpunkt Entzug und Therapiemotivation) während die grösste nach eigenen Angaben ca. 90 Betten anbietet (vorab für Alkoholiker). Dabei ist es offensichtlich schwierig bis unmöglich, reine Betreuungsplätze für Drogensüchtige von allgemeinen Betreuungsplätzen für Suchtkranke (inkl. Alkoholranke und Medikamentenabhängige etc.) ebenso wie von Plätzen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen scharf abzugrenzen. Dies vor allem auch darum, weil zahlreiche Plätze sowohl im Suchtbereich wie im Bereich der psychischen Erkrankungen von Menschen mit polytoxikomanem Verhalten und von solchen mit Doppeldiagnosen (Sucht und psychische Störungen) belegt werden.

Was die therapeutische Ausrichtung (das therapeutische Selbstverständnis) betrifft, zeigen die Daten ein deutliches Schwergewicht auf ein an der Verhaltenstherapie orientiertes Konzept der Institutionen (Mittelwert Skala B, Item 1, „*verhaltenstherapeutisch*“:  $\mu=3.22$ ). Dazu kommen die Eigenschaften „*klientenzentriert*“ ( $\mu=3.89$ ) und „*lösungsorientiert*“ ( $\mu=3.73$ ). Das mag ein Ausdruck einer sozialpädagogisch-sozialtherapeutischen aber auch einer fachpsychologischen

---

<sup>286</sup> Petzold / Hentschel 1991.

Grundhaltung zu sein, wie sie derzeit in einschlägigen Ausbildungen vermittelt wird. Dementsprechend gibt die Mehrzahl der den Fragebogen ausfüllenden Personen als Ausbildung Sozialarbeit / Sozialpädagogik oder Psychologie an.

Praktisch alle untersuchten Institutionen haben ein Qualitätsmanagement (Zertifikate: ISO 9001, QuaTheDa, BSV 2000, EFQM) implementiert oder sind im Begriff, dies zu tun. Es kann also davon ausgegangen werden, dass in sämtlichen Einrichtungen ein therapeutisches Konzept formuliert wurde und dass dieses regelmässig überprüft wird.

### 9.1.2. Orientierung am Resilienz-Risiko-Modell

Die Resilienzorientierung in Einrichtungen der stationären Drogentherapie wird in der vorliegenden Untersuchung zum einen anhand der salutogenetischen Elemente (Skala C und Skala D) im therapeutischen bzw. betreuerischen Konzept erhoben. Zum anderen sind es die protektiven Faktoren, die bei der anamnestischen Intake-Erhebung erfasst (Skala E, Item 1) und im Rahmen der Förderplanung (Skala E, Item 4) verstärkt und vertieft werden, welche über die Resilienzbezogenheit einschlägiger Behandlungskonzepte Aufschluss geben. Wir sind uns indessen darüber im Klaren, dass auf diese Weise lediglich tendenzielle Aussagen hinsichtlich der Ressourcenorientiertheit der stationären Drogentherapie in der Schweiz möglich sind. Es geht vorab auch nicht um die Analyse einzelner Institutionen, sondern um eine Gesamttendenz angesichts veränderter Rahmenbedingungen im Zeichen von allgemeinen Sparmassnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich einerseits sowie von zunehmender Professionalisierung des Helfernetzes für Süchtige andererseits.

Skala C, die nach den für die Stärkung des Sense of Coherence (Antonovsky) ausschlaggebenden Betreuungsfaktoren fragt, korreliert signifikant (Pearson-Wert .471 auf dem Niveau 0.01) mit Skala D, welche auf die für eine Permanenz zentraler Lebensereignisse (Boyce) bedeutsamen institutionellen Elemente ausgerichtet ist. Wir ziehen deshalb diese beiden Skalen, für welche sowohl Reliabilität wie Validität ausreichend nachgewiesen wurden (siehe oben), für die Bestimmung der allgemeinen Orientierung am Resilienzgedanken herbei. Der Mittelwert der Skala C beträgt  $\bar{x}=3.242$  mit einer Varianz von 1.485. Dies lässt auf eine relativ gute Ausrichtung an salutogenetisch wertvollen Elementen in der Betreuungskonzeption schliessen. Anzumerken ist die Beantwortung von Skala C, Item 15, welches, obwohl formal positiv konstruiert, inhaltlich als negatives Item zu werten ist. Die Kontrolle der Lebensumstände (hier: Probleme) ist nämlich ein illusorisches und daher krisenträchtiges Desiderat, das im Verlauf eines therapeutischen Prozesses durch Beziehungskräfte wie Vertrauen, Zuneigung (Liebe), Respekt und Offenheit substituiert werden soll. Oder anders ausgedrückt: Die Kontrolle (*im „Griff“ haben*) der Probleme ist zunächst nichts weiter als die Herrschaft des unmittelbaren Begehrens (*désir*), welches nach J.Lacan<sup>287</sup> angesichts der undurchdringlich-symbolischen bzw. sprachlichen Wirklichkeit der Welt der Repräsentationen zum Scheitern verurteilt ist und welches der Sucht selbst als ihr psychodynamisches Substrat ihre eskalative Charakteristik verleiht. Der Mittelwert des Items von  $\bar{x}=.53$  (Rating-Skala 0-5) mit einer Standardabweichung von .615 zeigt deutlich, wie stark faktisch die Problemorientierung von den Probanden (Institutionen) gewichtet wird. Diesem Befund entspricht der Rating-Mittelwert von Skala C, Item 7 ( $\bar{x}=.76$  bei einer

---

<sup>287</sup> Lacan 1975 -1996.

Standardabweichung von .987), welches ebenfalls als negatives Item konstruiert ist und nach der Wichtigkeit (aus dem Blickwinkel der Institution) von Coping mit unberechenbaren Lebensereignissen des Klientinnen fragt. Hier wurde vielleicht erwartungsgemäss hoch gewertet. Indessen geht es hier um Verstehbarkeit von Lebensereignissen, nicht um Fatalismus (der einen schlechten Indikator für Resilienz abgibt!). Positiv bewertet, zeigt das Item den Wunsch nach Coping-Fähigkeiten hinsichtlich Unberechenbarkeiten im Leben. Negativ gewertet zeigt sich darin das fragliche Interesse an systematischer Verstehensarbeit bezüglich scheinbarer Unberechenbarkeiten in der eigenen Geschichte! Es kann also vermutet werden, dass obwohl eine grundsätzliche Bejahung von Ressourcenorientierung bzw. der salutogenetischen Aspekten im Konzept besteht, ein verhaltener (?) institutioneller Widerstand gegen den Ansatz vorhanden ist. Die Vermutung liegt nahe, dass darin ein Mangel an institutionsgerechter Schulung und Anleitung zum Ausdruck kommt. Zwar kennen eine Mehrzahl der Mitarbeitenden die Grundlagen ressourcenorientierten Arbeitens – haben aber wenig Möglichkeiten und konkrete Anleitungen zur Umsetzung in den Betreuungsprozessen. Zudem ist - wie bereits oben in Teil 1 vermerkt - im Drogenbereich die risikoorientierte Arbeitsweise stets in besonderer Weise im Auge zu behalten. Schliesslich geht es in aller Regel um Hochrisikoverhalten mit möglicherweise tödlichem Ausgang. Aus diesem Grunde wird faktisch die Ressourcenorientierung in den meisten Fällen wohl gleichsam nachgeschoben – eben soviel wie die unabdingbare Risikokontrolle (Harm-Reduction, Rückfallprophylaxe etc.) zulässt.

Skala D zeigt Spitzenwerte in Items 5 und 6 ( $\mu=4.36$  bzw.  $\mu=4.31$ ). In beiden Items geht es um die konzeptionelle Einbindung von Bezugspersonen ausserhalb der Therapiegemeinschaft. Die tiefsten Werte von Skala D liegen bei den Items 2 und 10 ( $\mu=2.50$  bzw.  $\mu=2.75$ ). Item 2 fragt nach der täglichen Besinnung auf zentrale Lebensinhalte, während Item 10 die Verbindlichkeit der Hausordnung im Auge hat. Hier wird die Bedeutung von Beziehungsnetzen, die über das therapeutische Setting hinausgehen, deutlich erkannt und entsprechend in die konzeptionellen Grundlagen einbezogen. Zweifellos wäre hier eine vertiefte Untersuchung der Art und Weise, wie diese sozialen Netze in den therapeutischen Prozess integriert werden, wertvoll. Nach unserer Erfahrung wird dabei nämlich oft allzu plakativ das Attribut „systemisch“ verwendet (das aus diesem Grunde in unserer Vorgabe von Eigenschaften im Rahmen der Selbstbeurteilung der Institutionen fehlt), ohne dass sich Institutionen über die eigentliche Tragweite systemischen Arbeitens im Klaren sind. Die Eigenschaften „lösungsorientiert“ und „klientenzentriert“, die im Rahmen der Selbstattribution am meisten gewichtet wurden, sagen mehr aus über die innere Haltung, mit welcher methodische Formen in Konzepten umgesetzt werden. Wir werten die Resultate von Skala D als positiv im Blick auf die salutogenetische Grundtendenz der suchtherapeutischen Konzepte. Die Einsicht in die Bedeutung von persönlichen Ritualen und klaren bzw. verbindlichen äusseren Strukturen kann dabei möglicherweise noch durch entsprechend vertiefte Forschung sowie daraus resultierender Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden gefördert werden.

Die Wichtigkeit von familiären Kontakten und sozialen Netzwerken wird auch durch die im Rahmen der Förderplanung gewichteten Lebens- und Entwicklungsaufgaben unterstrichen. Zwei Drittel der befragten Institutionen beziehen diese Themen systematisch in die Förderplanung ein. Auch in der Eingangsanamnese protektiver Faktoren werden das Vorhandensein eines Significant-Caring-Adult in der Kindheit und die soziale Kompetenz am häufigsten bzw. am dritthäufigsten erhoben.

Auf der Risikoseite stehen auf der Ebene der systematischen Eingangsanamnese vor allem das Suchtverhalten von Eltern und Geschwistern (deutlich am meisten genannt), die Zahl der belastenden Lebensereignisse in den vergangenen 18 Monaten sowie die dysfunktionalen emotionalen Stile der Klientinnen im Brennpunkt des Interesses. Die starke Gewichtung einer Klärung des Suchtverhaltens im familiären Umfeld steht durchaus im Einklang mit der Gewichtung der Zusammenarbeit mit dem familiären sozialen Netz. Zum einen finden sich dort möglicherweise zwar bedeutende Ressourcen, zum anderen liegen im familiären Umfeld gerade auch erhebliche Risiken im Blick auf den Umgang mit Suchtmitteln. Eine Suchtgeschichte in der Herkunftsfamilie beinhaltet bekanntlich statistisch ein erhöhtes Risiko<sup>288</sup>.

Fazit: Tendenziell scheint sich die Ressourcenorientierung im Sinne einer zunehmenden salutogenetischen Ausrichtung der Konzepte in der stationären Drogentherapie zu etablieren. Es bestehen Anzeichen für eine systematische Erhebung und Stärkung protektiver Faktoren (siehe unsere Hypothese) im Rahmen einer Förderplanung. Als Gründe für diese Entwicklung können einerseits die zwangsläufige Anpassung an die Karriereverläufe der Süchtigen (im Sinne eines attraktiven Angebots auf dem Markt der Institutionen) sowie die entsprechende Schulung im Rahmen einer wachsenden Professionalisierung vermutet werden. Dabei scheint das Schwergewicht auf der Etablierung und Erhaltung von nachhaltigen sozialen Netzwerken zu liegen. Etwas weniger Gewicht wird auf die verinnerlichte persönliche Reflexion, sei es durch das Führen eines therapeutischen Tagebuchs (Skala C, Item 11:  $\mu=1.85$ , Standardabweichung 1.617) oder durch tägliche Reflexions- und Selbstwahrnehmungsübungen (Skala D, Item 2:  $\mu=2.50$ , Standardabweichung 1.765), gelegt. Generell werden philosophische oder spirituelle Gedanken und Inhalte auf Seiten der Klienten von den Institutionen jedoch deutlich positiv bewertet (Skala C, Item 12:  $\mu=4.06$ , Standardabweichung 1.127). Wiederum etwas geringer gewichtet wird dagegen die narrative Selbstvergewisserung als Element der das Verstehen fördernden Selbstreflexion (Skala D, Item 3:  $\mu=3.31$ , Standardabweichung 1.833). Auch die Verstehbarkeit der therapeutischen Intervention durch die Klientinnen (Skala C, Item 16:  $\mu=3.57$ , Standardabweichung 1.425) wird relativ schwach bewertet.

Die grundsätzlich vorhandene ressourcenorientierte Einstellung und ihre Auswirkung auf die konzeptionelle Gestaltung therapeutischer Prozesse in stationären Einrichtungen der Drogenhilfe ist zweifelsohne ein positives Resultat der vorliegenden Untersuchung. Verstärkt muss in der konzeptionellen Arbeit jedoch auf die Förderung der Authentizität der Klienten in der Gestaltung ihres personalen und individuellen Selbststeuerungsprozesses (Selbstreflexion) geachtet werden. Nicht Kontrolle und Berechenbarkeit von seiten der Institutionen oder der Klienten sind dabei die ausschlaggebenden Kriterien, sondern die Aktualisierung kompetenzgestützten individuellen und sozialen Handelns in den einzigartigen Situationen des Lebens. Ein gewisser Mut zur Hilflosigkeit ist dabei sowohl auf Seiten der Klienten als auch der Begleiter unverzichtbarer Bestandteil solcher Lebensbewältigung. Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion in sozialen wie intrapersonalen Belangen gehören zu den Brennpunkten der therapeutischen Entwicklungsarbeit. Hierbei sind methodische Zugänge über Visualisierungen,

---

<sup>288</sup> Schmidt 2000.

kreative Artikulationen sowie Feedbackverfahren zweifellos ernstzunehmende Alternativen zu den oft allzu kognitiv aufgebauten sozialtherapeutischen Interventionsformen. Es geht mithin darum, die subjektive Überzeugung der Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit (die Items dieser Subskala werden auffallend tief bewertet: Item-Mittelwert  $\mu=1.71$ , Varianz 1.214! Allerdings ist diese Subskala – wie wir bereits oben zeigten - von der Reliabilität her als problematisch einzustufen: Cronbachs Alpha=.308 bzw. .415 bei Elimination von Item 17) und Verstehbarkeit von vergangenen und aktuellen Erfahrungen durch das therapeutische Setting zu entfalten und zu vertiefen. Die vorliegenden Resultate zeigen hierbei noch einen beachtlichen Handlungsbedarf auf.

Nach wie vor wird der Kontrolle des Risikos in der stationären Drogentherapie grosse Bedeutung beigemessen. Als Hauptrisiko wird der Umgang mit Suchtmitteln generell, insbesondere aber derjenige in der Herkunftsfamilie erachtet. Auch die Kumulation von „Stressful-Life-Events“ (belastenden Lebensereignissen) in der jüngeren Geschichte der Klienten wird als wesentliches Risiko eingestuft. Dazu kommen die dysfunktionalen emotionalen Stile des Individuums als ein wichtiger risikotherapeutischer Interventionsbereich. Der innere Zusammenhang dieser drei Faktoren ist therapeutisch in der Regel leicht zu erkennen. Schwieriger erscheint freilich die jeweils angemessene Intervention. Nur zu leicht kann es dabei zu einer Vereinseitigung der interventorischen Aktivitäten auf der Ebene der Vergangenheitsbewältigung (Stichwort: Durcharbeiten etc.) kommen. Dem kann und muss bereits auf konzeptioneller Stufe eine gezielte Förderung der Ressourcen, der protektiven Faktoren, der Resilienzen zur Seite gestellt werden. Ansätze sind zu erkennen – weitere Anstrengungen sind vor allem im Bereich persönlicher Internalisierung von resilienzfördernden Elementen der Selbstvergewisserung als Massnahmen gegen Entfremdungstendenzen angezeigt.

## 9.2. Beziehungsorientierung und Kommunikation

Als ergänzende Hypothese im Rahmen der allgemeinen Fragestellung haben wir eine Korrelation von Ressourcenorientierung und Beziehungsbezogenheit vermutet. Die starke Gewichtung des Einbezugs externer und interner sozialer Netzwerke zur Stabilisierung der individuellen Geschichte der Klientinnen wie sie in Skala D aufscheint, weist in diese Richtung. Die signifikante Korrelation der beiden salutogenetischen Skalen C und D (siehe oben) lässt die Annahme zu, dass salutogenetische Elemente die Beziehungsbereitschaft und die Kooperation von Individuen in sozialen Netzwerken stützen. Natürlich ist die empirische Basis für eine derartige Behauptung in der vorliegenden Untersuchung eher schmal. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die korrelative Bedeutung von therapeutischer Beziehungsarbeit und Salutogenese bzw. Resilienzbildung in der stationären (und ambulanten) Drogenhilfe zu konkretisieren. Wir können aufgrund der von uns erhobenen Daten zunächst lediglich eine einschlägige korrelative Tendenz nicht ausschliessen. Dieser Mangel ist nicht zuletzt eine Folge unseres Verzichts auf qualitative teilstrukturierte Interviews aus Gründen der Selbstbegrenzung. Sie hätten die fehlenden Datengrundlagen für die Klärung dieser Hypothese erbringen können.

Die Ergebnisse unserer Erhebung über die zu Beginn der Therapie erfassten Daten zeigen, dass die Kommunikation der Klienten bzgl. früherer Belastungserfahrungen von gut der Hälfte der befragten Institutionen systematisch erfragt wird. Diese kommunikative Entlastung stellt nach den im ersten Teil (siehe oben) dokumentierten

Ergebnissen der Resilienzforschung eine der wichtigsten Ressourcen bzw. protektiven Faktoren dar. Zweifellos bietet die stationäre Drogenhilfe eine ausgezeichnete Möglichkeit zum Aufbau einer vertieften Kommunikation hinsichtlich derartiger belastender Erfahrungen und damit eine Chance, resiliente Strukturen (etwa den salutogenetisch bedeutsamen Sense of Coherence!) aufzubauen oder zu fördern. Das wiederholte Erzählen der eigenen Geschichte (vgl. Skala D, Item 3:  $\mu = 3.31$  bei einer Standardabweichung von 1.833) und die entsprechenden Feedbacks der Therapeuten und der Gruppe ermöglichen einen regenerativen Prozess, der sowohl die Kommunikationsfähigkeit als solche als auch das Verstehen und damit die Handhabbarkeit dessen, was erzählt wird (in diesem Falle des eigenen Schicksals!), effektiv unterstützt.

## 10. Stellungnahme und Diskussion

Die zentrale Fragestellung nach dem aktuellen Implementierungsgrad von resilienzorientierten therapeutischen bzw. betreuerischen Elementen in Konzepten der stationären Drogentherapie wird in der vorliegenden Untersuchung in einem ersten Durchgang theoretisch expliziert und begründet sowie anschliessend im zweiten, empirischen Teil der Arbeit mittels einer Umfrage im Rahmen der erforderlichen Kriterien überprüft. Als Schwäche in der Anordnung der Untersuchung erweist sich dabei die deduktive Konstruktion der Skalen bzw. das Fehlen einer breit angelegten Pretest-Phase, welche es erlauben würde, die Skalen zu optimieren. Als Folge dieses Mangels kann die vorliegende Studie im Rahmen der Skala zum Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) nur ansatzweise gültige Aussagen auf der Ebene der Unterskalen Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit von schwierigen Lebenserfahrungen bieten. Um die innere Konsistenz der Skala C (regenerative Aspekte des Therapiekonzepts) auf einen akzeptablen Wert zu erhöhen, muss zudem Item 8 eliminiert werden. Diese Entscheidung verdient an dieser Stelle eine inhaltliche Diskussion. Das besagte Item lautet: *Es spielt dabei auch keine Rolle, dass sie (die Klientinnen / Klienten) oft nicht wissen, was sie in einer konkreten Situation tun sollen.* Es handelt sich also um die Frage nach einer wesentlichen Voraussetzung zum Entwickeln eigener Lösungsansätze und Handlungsinitiativen in einem geschützten therapeutischen Rahmen. Das Weglassen dieses Items ist darum inhaltlich fragwürdig, wenn auch statistisch gerechtfertigt. Die schlechte Trennschärfe des Items entlarvt es zudem als missverständlich einerseits und als nur mässig relevant für das Gesamtergebnis andererseits (korrigierte Skalengkorrlation .077). Das auffällig tiefe Rating der Items 7 und 15 in Skala C weist wie bereits vermerkt darauf hin, dass bezüglich Ressourcenorientierung im Sinne des Selbstmanagements bzw. der Selbststeuerung unter unkontrollierten Bedingungen bei den Befragten eine deutliche Zurückhaltung besteht. Dies wird durch das statistisch „unpassende“ Item 8 unterstrichen. Wir sind nach eingehender Analyse der Auffassung (siehe vorangehendes Kapitel), dass sich die Resultate auf Item-Ebene dahingehend deuten lassen, dass Ressourcenorientierung lediglich gleichsam im Windschatten der Risikokontrolle geschieht. Die eigenen, möglicherweise risikoreichen „Klettergriffe“ der Klientinnen im Gelände ihrer Daseinsbewältigung gehen also am „Sicherungsseil“ einer Kontrolle der Hauptrisiken (Suchtmittelkonsum etc.) vonstatten. Hier stellt sich die Frage nach einem suchtherapeutischen Setting, welches mehr eigene Initiative und resilienzaktivierende Herausforderung bei einer funktionierenden sozialen Abfederung durch die therapeutische Gemeinschaft ermöglicht. Das eliminierte Item 8 von Skala C wird zumindest inhaltlich von den

beiden Items 7 und 15 derselben Skala abgedeckt. Es zeugt möglicherweise wie diese – freilich noch stärker bzw. zu stark – von der latenten Missverständlichkeit des Begriffs Ressourcenorientierung in der stationären Drogenarbeit.

Die tendenziell ermutigenden Resultate was eine allgemeine konzeptionelle Offenheit gegenüber die Ressourcen der Klienten fördernden Angeboten (praktisch alle befragten Institutionen führen eine gezielte Förderplanung durch) betrifft sind ein Bild der qualitativen Anstrengungen, welche in den vergangenen 8 Jahren in der stationären Drogenarbeit in der Schweiz unternommen wurden. Im Rahmen der flächendeckenden Einführung von Qualitätsmanagementsystemen und der damit verbundenen konzeptionellen Klärungen und Weiterentwicklungen wurde vielerorts der Grundstein gelegt für eine näher bei den eigentlichen Bedürfnissen der Klienten angesiedelte und am teilweise funktionierenden Markt für sozialtherapeutische Angebote orientierte stationäre Drogenarbeit. Letzteres ganz klar auch im Zeichen eines Verdrängungskampfes, der sowohl positive als auch negative Konsequenzen zeitigt. Zum einen bestehen ausschliesslich die klar strukturierten, professionell geführten Institutionen mit einer guten Qualität des Angebotes. Zum anderen leidet die Vielfalt des Angebotes – was möglicherweise nicht den Bedürfnissen der Klientinnen entspricht. Im Rahmen einer zunehmend effektiven und effizienten Arbeitsweise besteht zudem die Gefahr, dass der Klient in seiner personalen Entwicklung nicht genügend berücksichtigt und schliesslich lediglich behandelt statt gefördert wird. Kurze Aufenthaltszeiten erfordern oft eine Konzentration der betreuenden und interventistischen Kräfte auf die akute Kontrolle des Risikos (Suchtmittelkonsum und damit verbundene gesundheitliche Risiken) und lassen wenig Entwicklungs- und Entfaltungszeit für eigene Ressourcen der Klientinnen übrig. Die Ressourcenorientierung ist zwar ein oft genannter Aspekt stationärer Drogentherapie, dennoch zeigt die vorliegende Untersuchung auch problematische, d.h. tendenziell einseitige Operationalisierungen mit dem Schwerpunkt des Einbezug externer sozialer Netzwerke – was in der Praxis oft schwierigere ist als erwartet. Die nach wie vor vorherrschende Grundhaltung der Kontrolle scheint zudem – egal welches therapeutisch Verfahren bevorzugt wird – ein unverzichtbares Element von Suchttherapie zu sein. Daneben muss jedoch - wie wir oben darlegen und wie die Studie vermuten lässt – vermehrt ein Begreifen- und Verstehenkönnen der eigenen Lage samt ihren vielfältigen Risiken und Ressourcen ein bedeutsames Ziel im Rahmen der Förderung personaler Eigentlichkeit bzw. Selbst-Identität sein. Nur auf diese Weise kann eine authentische Qualität der Deutung jeweiliger Perspektiven des daseinsrelevanten Handelns aufgrund einer adaequaten Bewertung (Evaluation / Appraisal) vergangener Aktionen und ihrer Implikationen erreicht werden.

Sowohl eine am Kohärenzgefühl als auch eine an der Permanenz zentraler Lebenserfahrungen orientierte Sichtweise scheint in der stationären Drogenarbeit in der Schweiz eine konzeptionelle behandlungsrelevante Basis zu haben. Darauf lässt sich aufbauen. Die Entdeckung und Wahrnehmung der eigenen Betroffenheit durch diese unsere Welt, die Akzeptanz der eigenen Möglichkeiten und Grenzen, die soziale Wirklichkeit eigener und anderer Ansprüche sowie Bedürfnisse und schliesslich die kommunikative Verankerung der eigenen Geschichte in der Selbstreflexion ebenso wie in der Gemeinschaft<sup>289</sup> sind die Eckpfeiler einer konzeptionellen Gestaltung von menschlicher Entwicklung und Veränderung im

---

<sup>289</sup> Vgl. dazu auch die 4 Schritte von Petzold 1969c.

Zeichen von *Responsability*<sup>290</sup>, *Konfliktfähigkeit* sowie *Leidens-* bzw. *Verzichtbereitschaft*. Die beziehungsbezogene Auseinandersetzung mit dem zunächst Unbekannten (propriozeptiv wie allozeptiv), die Erarbeitung einer sozialen Übereinkunft, dass „wir“ nicht (in allem) übereinstimmen (können und müssen) als Konfliktbearbeitungsgrundlage sowie die Bereitschaft, u.U. auf bisherige psychosoziale Formen der Kompensation – auch unter Inkaufnahme von Leiden – zu verzichten sind die perspektivischen Inhalte eines Lebensprozesses, der sich selbstverstärkend in der situativen Selbstwirksamkeit verdichtet. Hierin erkennen wir auch ein beträchtliches methodisches Wachstumspotential für die institutionellen sozialtherapeutischen Arbeitsprozesse gleich welcher theoretischen Grundlage sie sich verpflichtet wissen. Die vorliegende Untersuchung hat die vorhandene Basis für eine derartige Entwicklung nachgewiesen. Künftige Anstrengungen haben die bestehenden Ansätze zu vertiefen, haben Ergänzungen und Anpassungen zu erarbeiten, haben neue Erkenntnisse zu operationalisieren und die Wirksamkeit neuer Methoden zu überprüfen.

Es ist unsere ursprüngliche Absicht im Rahmen dieser Untersuchung gewesen, zu der institutionellen Umfrage mittels Fragebogen qualitative Interviews mit Klientinnen durchzuführen, um so ein weiteres Kriterium zur Validierung der Umfrage zu gewinnen, aber auch um die Sicht der konzeptionellen Zielgruppe und ihre Bewertung von Beziehungsaspekten in die Untersuchung einzubeziehen. Leider ist dies aufgrund der vorhandenen Arbeitsbedingungen nicht realisiert worden. Wir halten dies für einen Mangel, der in einer nachfolgenden Studie kompensiert werden soll.

Wir sind uns der Unvollständigkeit der vorliegenden Arbeit angesichts der Fülle der offenen Fragen bewusst. Wir hoffen aber, einen Weg aufgezeigt zu haben, auf welchem empirische Suchtforschung weiter zu gehen hat. In diesem Sinne danken wir allen, die vor uns diesen Weg gesucht und beschritten haben und wünschen allen, die künftig in dieser Richtung weiterarbeiten, Mut und Ausdauer.

## RESSOURCENORIENTIERUNG IN DER PRAXIS

### **11. Konzeptionelle, praxeologische und methodische Entwicklungsperspektiven im Hinblick auf eine künftige stationäre Suchtarbeit im Zeichen der Ressourcenorientierung**

Für die Institutionen in der stationären Drogenhilfe ergibt sich aus den Resultaten der vorliegenden Untersuchung zur Ressourcenorientierung in der stationären Drogenarbeit ein spezifischer konzeptioneller, methodischer und agogischer Handlungsbedarf im Bereich der personalen Kompetenzförderung im Sinne von Eigenreflexion (Selbsteinsicht) und aktiver antizipatorischer Selbststeuerung.

---

<sup>290</sup> Der Begriff aus dem Englischen meint so viel wie Ansprechbarkeit und Lernbereitschaft im Sinne einer zwischenmenschlichen Resonanz.

Traditionell und tendenziell besteht, wie bereits oben ausgeführt, in der stationären Sucht- bzw. Drogenhilfe ein (zumindest von aussen deutlich wahrnehmbarer) Primat der Risikokontrolle (z.B. Rückfallverhinderung) auf Kosten der Ressourcenförderung. Dass dem so ist, erscheint verständlich in anbetracht der je nach verwendetem Suchtmittel bei einem Rückfall faktisch bestehenden Lebensgefahr für die Betroffenen. Indessen ist zu vermuten, dass gezielte, konzeptionell verankerte Massnahmen zur Selbstwahrnehmung und zur Selbstreflexion immer auch ein Element von Rückfallprävention auf der Ebene eines Monitorings der handlungsleitenden Überzeugungen (Legitimationsheuristiken für problematische, z.B. rückfallinduzierende Verhaltensweisen) beinhalten (mehr zum Thema Rückfall siehe unten).

Vorab gilt es zu klären, was der Ressourcenbegriff in der Praxis leistet und wie Ressourcenorientierung therapietheoretisch und praxeologisch nutzbar zu machen ist. Dabei verweisen wir zunächst auf gängige Konzepte wie dasjenige von Lazarus und Folkman<sup>291</sup> oder dasjenige von Hobfoll<sup>292</sup>. Beide Modelle stellen den Ressourcenbegriff in eine Reihe mit erfolgreichem Coping in stressreichen Lebenssituationen. Ressourcen sind in diesem Sinne verfügbare Mittel, Möglichkeiten, Kenntnisse, Materialien und Werte um bestimmten (tendenziell bedrohlichen) Herausforderungen des Lebens erfolgreich zu begegnen und sie zu meistern. Solche Ressourcen können generiert, erworben, verwaltet, bewahrt, eingesetzt und verloren werden. Sie erfordern daher ein eigentliches Management, damit die unterschiedlichen Weisen des Umganges mit ihnen situativ optimal angepasst werden können. Ressourcenmaximierung ist nach Hobfoll generell ein menschliches Handlungsziel erster Güte<sup>293</sup>, da damit immer auch Lebenserhalt, Sicherheit und Prosperität verbunden sind. Petzold definiert:

*„Ressourcen sind alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, ja die Prozesse des ‚Supports‘ selbst, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: innere Ressourcen/Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte, aber auch äussere Ressourcen/Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke (Moreno), Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulationskräfte und Interaktionskompetenz des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus – derartige Konsolidierungen überschreitende – Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern“<sup>294</sup>*

Damit unterscheidet sich der vorliegende spezifische Gebrauch des Ressourcenbegriffs auch deutlich vom allgemeinen sozialpsychologischen Verständnis (etwa bei Foa / Foa<sup>295</sup>). Mit Ressourcen sind wie bereits oben ausgeführt alle jene Kompetenzen gemeint, die menschliches Handeln (Performanz) in subjektiver und objektiver Bewertung erfolgreich steuern können, indem dadurch angestrebte Ziele zur Befriedigung eigener und fremder Bedürfnisse erreicht oder mögliche Hindernisse auf dem Weg zu diesen Zielen ausgeräumt werden. Dabei

---

<sup>291</sup> Lazarus / Folkman 1984.

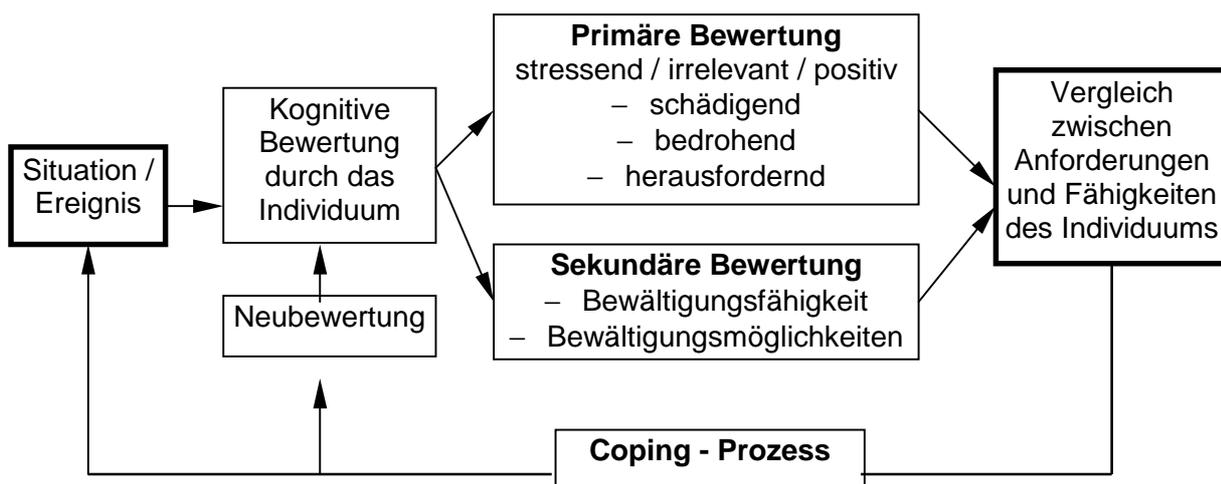
<sup>292</sup> Hobfoll 1987.

<sup>293</sup> Hobfoll et al. 1996.

<sup>294</sup> Petzold 1968a bzw. 1997p.

<sup>295</sup> Foa / Foa 1980.

unterscheiden Hobfoll et al. passive und aktive, prosoziale und antisoziale sowie direkte und indirekte Ressourcen<sup>296</sup>. Damit lassen sich spezifische Fähigkeiten wie (im Falle der Suchttherapie) etwa diejenige der Vermeidung von konfliktuösen Reizen (passiv) oder diejenige des Neinsagenkönnens angesichts problematischer Angebote (aktiv) sinnvoll klassifizieren. Die Untersuchungen der Lazarus-Gruppe legen dagegen das Hauptgewicht auf den transaktionalen Aspekt der kognitiven Bewertung (appraisal) als massgebend für die Ressourcenaktivierung. Dabei wirken zwei parallele Bewertungsvorgänge - ein primärer, der eher heuristisch angelegt ist; ein sekundärer, der eher auf die zur Bewältigung erforderlichen Ressourcen ausgerichtet ist - auf einen abschliessenden Vergleich zwischen Anforderungen und Ressourcenverfügbarkeit, der seinerseits wiederum regulativ die situative Einschätzung der Befindlichkeit (bzw. das Mass an subjektiv erlebtem Stress) beeinflusst (siehe untenstehende Grafik). Erfahrungsbedingte Bewertungsmuster (sowohl kognitiv als auch emotional<sup>297</sup>) im Blick auf Situationen bzw. Herausforderungen einerseits und auf die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung derselben andererseits steuern die individuelle Ressourcenaktivierung also massgebend. Derartigen evaluativen Prozessen ist demnach im Rahmen von Förderprogrammen entsprechende Aufmerksamkeit zu schenken.



Transaktionales Stressbewältigungskonzept nach Lazarus / Launier (1981)

Spontane situative Ressourcenverfügbarkeit und –aktivierbarkeit sind nach dem Modell von Lazarus et al.<sup>298</sup> ausschlaggebend für die situative Stressbewältigung, die ihrerseits wiederum für die regulative Steuerung des Suchtverhaltens (Craving, Beschaffung, Konsum) eine zentrale Rolle spielt. Neben der Klärung der Frage nach dem tatsächlichen Vorhandensein von supportiven Kräften in personalen und sozialen Systemen geht es bei der Praxeologie der Ressourcenförderung also stets auch um die situationsgerechte Aktivierung bzw. Adaption der verfügbaren Kompetenzen. Daher sind in der Suchtarbeit grundlegende systemisch-synergetische Organisationsprozesse von protektiven Faktoren auf neuronal-personaler und sozialer Ebene konzeptionell ebenso zu berücksichtigen wie die Aktivierungsdynamik

<sup>296</sup> Hobfoll / Lilly 1993; Starke 1995.

<sup>297</sup> Petzold 1997p.

<sup>298</sup> Lazarus / Launier 1981.

und Anpassungsfähigkeit von internalisierten Copingstrategien. Mit dem Erwerb, der Verwaltung und Bewahrung sowie mit der situationsspezifischen Aktivierung von Ressourcen im obigen Sinne steht dabei eine verhaltensrelevante Interventionsebene offen, die nicht nur relativ gut beschrieben<sup>299</sup>, sondern im Institutionellen Rahmen auch tatsächlich operationalisierbar ist. Dabei gilt es therapeutische und agogischen Interventionen so zu gestalten, dass sie Ressourcen

- wo vorhanden bewahren und schützen (→ Wertschätzung der Person und ihrer Fähigkeiten),
- in ihrem Bestand durch regelmässige Aktivierung erhalten (→ kompetenzorientierte Förderung),
- reparieren und wiederherstellen (→ gezielte therapeutische und agogische Intervention),
- weiterentwickeln (→ Coaching und Weiterbildung),
- bei unwiederbringlichem Verlust derselben substituieren (→ therapeutisch-philosophische Intervention)<sup>300</sup>.

Ein wesentlicher Aspekt der Ressourcenaktivierung ist aus praxeologischer Sicht der volitive Akt des handlungsmächtigen Subjekts. Durch Willenstätigkeit (und mit der gebotenen Unterstützung durch ein entsprechendes soziales Umfeld) werden ressourcenaktivierende Handlungen initiiert und bis zur Erreichung des angestrebten Zieles durchgehalten. In der Tat steht und fällt die Leistung des Ressourcenbegriffs in der Praxis der Sozialtherapie mit dieser volitiven Komponente, welcher sich letztlich jede erfolgreiche Aktivierung supportiver Kräfte im und um das Subjekt verdankt. Gerade die Suchthilfe weiss jedoch um das oft unüberwindbar scheinende volitive Manko auf Seiten der Betroffenen. Das sprichwörtliche „Wollen aber nicht Können“ ist nirgends so häufig anzutreffen wie in diesem Feld psychosozialer Intervention. Das subjektive Vermögen, Handlungen zu initiieren und zielgerichtet zu finalisieren, ist und bleibt indessen auch und gerade für die Suchttherapie die Grundlage auch jener Ansätze, die den eigenen Ressourcen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Individuums zubilligen. Die vordringliche Frage lautet: Wie kommen Süchtige im Prozess einer intermittierenden karrierebegleitenden Suchttherapie dazu, willentlich, d.h durch von komplexen neuronalen und hormonalen Prozessen<sup>301</sup> koordinierte eigene Bewusstseinstätigkeit ihr Verhalten bzw. Handeln in eine bestimmte, biopsychosozial verträgliche Richtung zu steuern? Dabei gilt es zu anerkennen, dass auch bereits im floriden Suchtverhalten eine volitive Dynamik wirkt, welche den oft anspruchsvollen Handlungsabläufen der Beschaffung und Bewahrung des Suchtmittels, der Vertuschung und Verleugnung sozial nachteiliger Begleitumstände (gleichsam einem Narrativ<sup>302</sup> der Sucht entsprechend) ihre zum Überleben notwendige Effektivität und Effizienz verschafft. Der Süchtige ist nicht in dem Sinne willenlos, dass er über keinerlei Antrieb zu einem zielgerichteten Handeln verfügt. Der Wille scheint vielmehr auf die Suchtmittelbeschaffung und die Erhaltung der dazu notwendigen Rahmenbedingungen „versteift“ und versagt dort, wo eine Veränderung des süchtigen Verhaltens initiiert und durchgehalten werden soll. Dieses wohl

---

<sup>299</sup> Lazarus et al. 1981; 1984; Hobfoll et al. 1993, 1996.

<sup>300</sup> Petzold 2007a.

<sup>301</sup> Velt 2007; Wedekind / Hüther 2007.

<sup>302</sup> Petzold / Sieper 2007

symptomatische Merkmal von Abhängigkeitsstörungen verweist generell auf die nachhaltige neuronale Stabilität affektlogischer Netzwerke zur finalen Verhaltenssteuerung, insbesondere dort, wo das Verhalten als Stressreaktion, d.h. als Instrument der Stressregulation eingeübt wurde<sup>303</sup>. Süchtiges Konsumverhalten wird hirnpfysiologisch von entsprechenden neuronalen Netzwerken, die sich vorab im Rahmen von akuter Angst- bzw. Stresskontrolle etabliert haben, aufrechterhalten. Die dabei ausgelösten kompensatorischen Erregungszustände werden durch entsprechende Veränderungen („nutzungsabhängige Anpassung“) der neuronalen Strukturen bzw. der neurochemischen Reaktionen verstärkt (emotionales Suchtgedächtnis) und so schliesslich als gleichsam erwünschte Gewohnheiten bei der Alltagsbewältigung unverzichtbar<sup>304</sup>. Im Kontext einer derartigen Konstellation von biologischer Hardware und Software erscheint der Wille als Autor zielgerichteten Handelns unter der Herrschaft einer gleichsam chronisch eskalierten Stresskontrolle einseitig blockiert.

In diesem Zusammenhang ist das philosophische Modell der Willensfreiheit von Frankfurt<sup>305</sup> interessant. Dieses unterscheidet eine unmittelbar handlungsinitiierende und -steuernde „Volition erster Ordnung“ von einer das Handeln bewertenden „Volition zweiter Ordnung“<sup>306</sup>. Subjektive Autonomie ist nach Frankfurt dann gegeben, wenn ein Individuum über Volitionen zweiter Ordnung verfügt und diese das Geschehen der Volitionen erster Ordnung (unmittelbare Willenshandlungen) synchron bestimmen und dabei zugleich unabhängig sowie für die Steuerung der Volitionen erster Ordnung hinreichend sind. Mit anderen Worten: Frei ist der Mensch in seinem willentlichen Handeln dann, wenn seine Willenshandlungen mit den subjektiven Bewertungen dieser Handlungen (Volitionen zweiter Ordnung) übereinstimmen und diese Bewertungen unabhängig von Fremdbestimmung sind und dabei für das Handeln ausreichende Begründungs- bzw. Legitimationsimpulse freisetzen. Im Blick auf das personenspezifische Suchtverhalten (Suchttypologie) unterscheidet Frankfurt in der Folge den „unwilligen Süchtigen“, das „Wanton“ und den „willigen Süchtigen“<sup>307</sup>. Der „unwillige Süchtige“ steht in einem Konflikt zwischen seiner Willensaktivität erster Ordnung und seinen Bewertungen derselben, d.h. der Volition zweiter Ordnung. Er ist in diesem Sinne der Süchtige wider willen. Das „Wanton“ ist ein tendenziell apersonaler Zustand, der keine Volitionen zweiter Ordnung erkennen lässt und darum Verhalten ohne intrinsische Bewertungsinstanz ermöglicht. Der willige Süchtige schliesslich ist derjenige, welcher in seinem Suchtverhalten positiv mit seinen Volitionen zweiter Ordnung übereinstimmt. Es ist dies der Süchtige der dem Suchtverhalten die erste Stelle in seiner Wertordnung zubilligt und damit letztlich gleichsam sich selbst verwirklicht<sup>308</sup>. Ansätze zur Kritik an Frankfurts Modell sind verschiedentlich formuliert worden<sup>309</sup>. Indessen bietet dieser Zugang eine aufschlussreiche hermeneutische Sicht auf die in der Drogentherapie

---

<sup>303</sup> Hüther 2007.

<sup>304</sup> Hüther 2007,

<sup>305</sup> Frankfurt 1971, 1988, 1993. Zur Diskussion des Ansatzes vgl. auch Rust 2000 und Köhl 2000.

<sup>306</sup> Vgl. Wolf 2003

<sup>307</sup> Wolf 2003, S.182-184.

<sup>308</sup> Wolf 2003.

<sup>309</sup> Kusser 2000.

geläufige Erfahrung des Auseinanderklaffens von verbal artikulierter Willenshaltung (Bewertung) und dem späteren tatsächlichen Handeln (unmittelbare Willenshandlung bzw. Impulshandlung). Die daraus resultierende Suchttypologie enthält ebenfalls durchaus praxisnahe Verstehenszugänge: Man denke an den überzeugten Raucher („williger Süchtiger“), den abstinenzwilligen aber rückfälligen Alkoholiker („unwilliger Süchtiger“) oder gar den weitgehend apersonalisierten Langzeit-Heroin-süchtige („Wanton“?)<sup>310</sup>. Therapeutische Ressourcenorientierung als die induzierte Aktivierung und Stabilisierung von supportiven internalen wie externalen Systemen zur Bewältigung adverser Lebensumstände bei Suchtkranken hat nach unserer Meinung sowohl die funktionalen Aspekte (Hobfoll) wie auch die Bewertungsdimension (Lazarus et al.) des personalen Ressourcenmanagements im Horizont einer graduell unterschiedlichen Willenskonsistenz des Individuums (Frankfurt) praxeologisch zu integrieren. Zur Suchttypologie von Frankfurt ist sicherlich hinzuzufügen, dass in der Praxis fluktuierende Mischformen der drei Grundtypen zu erkennen sind bzw. dass der therapeutische Prozess als solcher verschiedentlich Übergänge mit charakteristischerweise instabiler Willenskonsistenz erzeugt. Das eine Mal wird die intrinsische Bewertung des situativen Handelns (Volition zweiter Ordnung) eher dyston, ein anderes Mal eher synton oder gar passiv-absent ausfallen. Hierbei nachhaltige Stabilität im Sinne der aktiv-bewertenden Willenssteuerung des eigenen Handelns zu erreichen, kann nur das Ergebnis langer Entwicklungs- und Lernprozesse bzw. des vorab emotional d.h. durch das limbische System und das basale Vorderhirn gesteuerten Aufbaus alternativer verhaltensbestimmender kortikaler und subkortikaler Netzwerke sein. Die angestrebte aktiv-bewertende Willenskontrolle des eigenen Handelns entspricht dabei dem, was in der behavioralen Volitionspsychologie unter dem Begriff der Handlungskontrolle<sup>311</sup> dargestellt wird. Dabei geht es nach Kuhl um eine Komplexität von bewusstseinsrelevanten Regulationsleistungen:

- selektive Aufmerksamkeit: Unterscheiden zwischen relevanten und irrelevanten Informationen.
- Enkodierkontrolle: Vertieftes Verarbeiten relevanter Informationen.
- Emotionskontrolle: Aufbau geeigneter Emotionen zur Zielerreichung.
- Motivationskontrolle: Aufrechterhalten der Motivation, d.h. der „Erwartung-mal-Wert“-Konstitution der emotional-kognitiven Einstellung.
- Umweltkontrolle: Vermeidung von irritierender Ablenkung.
- ökonomische Informationsverarbeitung: Zeitliches Verschieben der Verarbeitung gewisser momentan nicht relevanter Informationen, um akut Energie zu sparen.
- Misserfolgskontrolle / Misserfolgsbewältigung: „Impfen“ gegen mögliche Misserfolge (Rückfälle); sich schnell von unerreichten, d.h. unerreichbaren Zielen ablösen und sich neuen zuwenden.

Wo nach vollbrachter Motivationsarbeit (Motivationsphase: Erreichen einer „Erwartung-mal-Wert“-Einstellung<sup>312</sup> des Klienten nach Klärung seiner Motive) eine zielgerichtete Entscheidung gefallen ist, tritt die volitive Steuerung des Handelns unter obigen Aspekten der Selbstregulation in den Vordergrund. Ressourcen als

---

<sup>310</sup> Wolf 2003.

<sup>311</sup> Kuhl 1983.

<sup>312</sup> Atkinson 1964.

tatsächlich verfügbare Mittel zur Zielerreichung sind letztlich nur wirksam im Rahmen dieses multifaktoriellen Prozesses, der durch das therapeutische Setting und die konzeptionelle Umsetzung der einzelnen Faktoren gestützt und gefördert werden muss. Davon hängt zu einem grossen Teil das durative Stehvermögen von Suchtklienten auf dem schwierigen Weg der nachhaltigen Verhaltensänderung, der Resozialisierung, der Repersonalisierung (im Falle von Langzeitsüchtigen) und schliesslich der erfolgreichen Bewältigung der anstehenden Lebens- und Entwicklungsaufgaben ab. Rasche Erfolge angesichts von Seiten der Kostenträger zunehmend verkürzter Therapiedauer im stationären Bereich sind leider kaum zu erwarten!

Der nicht nur im Blick auf das spezifische Suchtverhalten (Craving, Beschaffung, Konsum), sondern in den meisten Lebensbereichen nach einer biopsychosozialen Negativkarriere bestehenden Notwendigkeit zur Veränderung subjektiver Bewertungsmuster und der daraus resultierenden Verhaltenssteuerung entspricht also im Prozess der Ressourcenaktivierung die eben beschriebene volitive Handlungskontrolle auf dem Weg von der Entscheidung zur Verhaltensmodifikation (Therapie) hin zu einem moderaten Konsumverhalten oder gar zur Abstinenz. Hier hat das praktische Willenstraining (Willensschulung) im Sinne einer sozialtherapeutisch gestützten Neuorientierung eingeübter emotionaler und affektiver Abläufe im Blick auf situativ-aktive Kontrolle und darin sich anbietende Verhaltensalternativen seinen notwendigen Beitrag zu leisten. Dazu sind die aus der Psychodramatherapie bekannten Rollenspiele ein bewährter Beitrag<sup>313</sup>. Wichtig ist vor allem die aktive Hilfe für die Klienten, ihren Alltag im Rahmen eines überblickbaren Lebenskonvois (wie ihn die stationäre Sozialtherapie bietet) erfolgreich selber zu gestalten und dabei Erfahrungen mit bewusster Verhaltenssteuerung zu machen, das eigene Handeln zu reflektieren und zu korrigieren.

Ein grundlegender Schritt auf diesem Weg ist, wie unsere Untersuchung zeigt, die Etablierung einer selbstwahrnehmenden Grundhaltung auf der Seite der Klientinnen als Voraussetzung für Selbststeuerung. Methodisch hilfreich sind dazu neben den oft eingesetzten Feedbackgruppen u.a. standardisierte Selbstbefindlichkeitsfragebögen (auch als standardisiertes „Therapietagebuch“) zur Erfassung der für das Individuum und seine Selbsteinschätzung wesentlichen Inhalte bezüglich vergangener, gegenwärtiger und zukünftiger Lebensereignisse und -fragen bzw. der daraus möglicherweise resultierenden akuten Bedürfnisse, Absichten und der nachfolgenden persönlichen Konsequenzen. Als Reflexionsbasis sind derartige fortlaufende Aufzeichnungen von Klienten in der Suchttherapie wie anderswo nützlich, einen konstruktiven und kontinuierlichen Selbstbewertungsprozess zu initiieren, der wiederum für den Klienten zur Mitgestaltung des therapeutischen Geschehens im Einzel- und Gruppensetting von zentraler Bedeutung ist. Wo die Sprachkompetenz eingeschränkt erscheint (etwa bei stark alexithymen Klientinnen), sind anstelle von Tagebüchern andere kunsttherapeutische Zugänge (Malen, bildnerisches Gestalten etc.) ebenfalls geeignet, ein gewisses selbstreflektives Monitoring zu gewährleisten. Darüber hinaus erscheinen alle Erfahrungsfelder, die mittelfristig die personale Selbstachtung (Würde) im Blick auf Bewältigung von Lebensaufgaben stärken und stabilisieren (etwa gezielte erlebnispädagogisch ausgerichtete Einzel- oder Gruppenangebote wie Alpentrecks, Survival Trecks, Gleitschirmfliegen etc.), als geeignet, die Ressourcenaktivierung und die daraus

---

<sup>313</sup> Dazu Benzinger / Scheu / Nimir / Hausdorf / Köster 2004.

hervorgehende Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Willenskonsistenz der Suchtpatienten zu fördern.

Ressourcenmanagement im Horizont einer therapeutischen Förderplanung basiert in der Praxis auch auf einer Bilanzierung der biografisch vorhandenen und möglicherweise kurzfristig aktivierbaren Handlungsmöglichkeiten der Klientinnen (bilanzierende Biografiearbeit) – sei es, dass es dabei um die situative Inanspruchnahme fremder Unterstützung (etwa durch soziale Hilfsagenturen) geht oder den Rückgriff auf eigene Kompetenzen, die im Verlauf einer individuellen Entwicklung erworben wurden, betrifft. Derartige biografiebezogene Arbeit<sup>314</sup> zum Zwecke der Klärung der externalen und internalen Ressourcenlage (Ressourcenportfolio) gehören eigentlich seit Jahren zu den Kernaufgaben personensorientierter Förderung. Dazu ist eine systematische anamnestische Analyse der im bisherigen Lebensverlauf massgebenden eigenen Handlungsmuster und Legitimationsschemata (etwa mittels Plananalyse<sup>315</sup>) sowie der parallel dazu erfahrenen externalen Zuwendungen unerlässlich. Die Erhebung kann als eine eigentliche Ressourcenbilanzierung (Ressourcenberatung) mit einer „passiven“ und einer „aktiven“ Seite vonstatten gehen. Zu diesem Zweck werden in der Regel sämtliche biografischen Faktoren (in Konvoi und Kontinuum<sup>316</sup>) der Enkulturations-, Sozialisations- und Lerngeschichte (inklusive erfolgreiche Anwendungen des Gelernten) eines Betroffenen mittels Interview (evtl. unterstützt von imaginative „Zeitreisen“ in die eigene Geschichte) erfasst, verschriftlicht und visualisiert. Das erzielte Resultat entspricht gleichsam der „passiven“ Seite der Bilanz. Anschliessend werden die dabei wahrgenommenen Ressourcen (erfasst als „Eigenkapital“ und „Fremdkapital“) auf der „aktiven“ Seite der Bilanz der aktuellen Bewältigung konkreter Lebensaufgaben in der Gegenwart zugeordnet. Dieses Verfahren macht im Einzelfall deutlich, welche aktiven oder passiven, prosozialen oder antisozialen, direkten oder indirekten Ressourcen (Lebenskompetenzen) des Klienten lang-, mittel- oder kurzfristig in konkreten Aufgaben, Beziehungen und Problemen gebunden sind und welche ungebunden und damit für eine Gestaltung aktueller Herausforderungen im Rahmen der volitiven Handlungskontrolle unmittelbar verfügbar erscheinen. Es hat sich im Allgemeinen als sinnvoll erwiesen, besonders auf diejenigen Ressourcen zu achten, welche als protektive Faktoren tendenziell resiliente Strukturen, d.h. affektlogische Netzwerke der Bewertung und des Vergleichs von Situationen bzgl. Anforderung und vorhandenen Handlungsmustern, die über die exekutiven Zentren im Frontallappen handlungswirksam werden, stützen und damit mittelfristig situationsbewältigende Kompetenzen fördern. Zu letzteren gehört für einen Suchtkranken meist die Fähigkeiten zur intersubjektiven Situationskontrolle in emotional anspruchsvollen Lebenslagen wie etwa solchen, die durch Ablehnung, Frustration und Verlust (Angst und Stress) geprägt sind. Das jeweilige therapeutische Setting hat den Betroffenen die Möglichkeiten zu bieten, derartige Kompetenzen durch realitätsnahes Alltags- und Beziehungstraining zu erwerben und dabei stets auch aus (unvermeidlichen) Misserfolgen zu lernen (Misserfolgskontrolle).

Die Frage, wie weit Ressourcenorientierung als konzeptionelle Förderung von Selbststeuerungsmöglichkeiten des süchtigen Individuums angesichts der Gefahr

---

<sup>314</sup> Vgl. Blankenburg 1986 und Petzolds Ausführungen zu den Ressourcenkarten, ders. 1997p.

<sup>315</sup> Caspar / Grawe 1984; Caspar 1986.

<sup>316</sup> Petzold 2003a, S.679ff.

von Selbst- und Fremdschädigung bei Rückfällen gehen kann und muss, ist im Wesentlichen auch ein suchtethisches Problem. Suchtethik befasst sich als praktische Wissenschaft mit den im Rahmen von Sucht (als Krankheit<sup>317</sup>) und ihrer therapeutischen Behandlung legitimierend und begrenzend in Anschlag gebrachten Werthaltungen im Blick auf den Menschen als betroffenes Individuum, die Gesellschaft als mit betroffenes Umfeld und die von dieser vorgeschlagenen und umgesetzten Massnahmen zur Linderung des Leidens, zur Kompensation des individuellen Versagens, zur sozialen Integration und zur Wahrung der gesetzlich festgelegten Ordnung. Ressourcenorientierung als Therapiekonzept erhöht in der Meinung vieler das Risiko des Rückfalles für den einzelnen Süchtigen – vor allem dort, wo sie auf risikokontrollierende Massnahmen wie Substitution bzw. externale Konsumkontrolle (z.B. durch repressive Massnahmen) weitgehend verzichtet. Damit wird (vor allem in den Fällen, wo eine Opioid-Abstinenz als Entwicklungsperspektive in Frage kommt) in neuester Zeit von Seiten der Suchtmedizin auch ein erhöhtes Mortalitätsrisiko nach Konsum bei Rückfall aus einer Abstinenzphase assoziiert<sup>318</sup>. Ziel medizinischer Interventionen (nach Empfehlung der Schweizer Suchtmediziner) ist daher vorab die physische Stabilisierung der Abhängigen auch bei floridem Suchtverhalten im Rahmen einer Substitutionsbehandlung (in der Regel Opioidsubstituierung plus Beikonsum). Vor abstinenzorientierten Behandlungsansätzen wird implizit gewarnt<sup>319</sup>. Die möglicherweise negativen Langzeitschäden des Opioidkonsums in Substitutionsprogrammen werden indessen weder in der besagten Empfehlungen noch anderswo ernsthaft diskutiert<sup>320</sup>. Ein erhöhtes Mortalitätsrisiko besteht zudem auch bei Substitutionsbehandlung plus Beikonsum<sup>321</sup>. Die ethische Fragestellung nach dem Recht des Süchtigen auf Selbstbestimmung wird zwar zu recht mehrheitlich mit Argumenten für die Substitutionsbehandlung, der im Rahmen einer intermittierenden karrierebegleitenden Drogenarbeit auch zweifellos grosse Bedeutung zukommt, beantwortet. Es besteht indessen zugleich ein ethisch fundierter Anspruch – und werde dieser auch nur von einer statistischen Minderheit erfolgreich wahrgenommen – auf Abstinenz bzw. auf ein damit verbundenes selbstverantwortetes Risiko auch angesichts langjähriger Suchtkarrieren und eines stets möglichen, gesundheitsgefährdenden Rückfalls. Die anthropologische Kategorie der Freiheit wie sie von Frankfurt und anderen beschrieben wird, kann und darf dem Menschen qua personales Subjekt weder direkt noch indirekt abgesprochen werden. Es muss auch das Ziel jeder strategischen psychosozialen Intervention sein, das Maximum an personaler Integrität, und dazu gehört auch ein bestimmtes Mass an Willensfreiheit im Sinne einer Übereinstimmung von innerer Werthaltung und tatsächlichem Handeln, zu wahren oder zu erreichen. Soviel zum aktuellen Königsweg der „Suchttherapie“, der Substitutionsbehandlung und zu den aktuellen Behandlungsempfehlungen der Schweizer Suchtmediziner.

---

<sup>317</sup> Vgl. dazu Scharfetter 2002.

<sup>318</sup> SSAM (Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin) Empfehlung zur substitutionsgestützten Behandlung bei Opioidabhängigkeit, 2006.

<sup>319</sup> Ebenda.

<sup>320</sup> Vgl. dazu die Untersuchung von Mintzer / Copersino / Stitzer 2005.

<sup>321</sup> Raschke et al. 2000.

Ressourcenorientierte Interventionen, die entwicklungsorientiert auf die Selbstkompetenzen der Klienten setzen, nehmen von ihrer Grundeinstellung her die *naiven Theorien* der *Substanzexperten* (Süchtige!) ernst und versuchen den jeweiligen therapeutischen Prozess auf diese abzustimmen bzw. eine aufgrund der hohen Selbstwirksamkeit solcher Überzeugungen erfolgversprechende Weiterentwicklung zu unterstützen, bis schliesslich, in gewissen Fällen zumindest, ein in der Alltagsrealität funktionierendes Selbststeuerungspaket geschnürt werden kann, das es dem Betroffenen ermöglicht, sein Suchtverhalten in der erwünschten Weise zu minimieren. „Naive Theorien“ sind zunächst meist selbstgestrickte, heuristisch wirksame Überzeugungen des Süchtigen davon, warum er Drogen konsumiert (naive Krankheitstheorien) und wie er seine Sucht in den Griff kriegen oder künftig kontrollieren oder letztlich gar überwinden kann (naive Entwicklungstheorien). Zur Wirksamkeit solcher naiver Konzepte bei der Regulation des Suchtmittelkonsums verweisen wir auf eine ganze Liste von Untersuchungen zu sog. Selbstheilern<sup>322</sup>. Diese kontrollorientierten Heuristiken (kognitive Bewertungen) sind teilweise objektiv unrealistisch und stehen nicht selten im Widerspruch zum systematischen Wissen und zur vermeintlich objektiven Erfahrung der Suchttherapeuten. Dennoch haben sie eine erstaunliche Überzeugungskraft für den Süchtigen selbst und bilden daher aus therapeutischer Sicht eine u.U. effektive Grundlage für eine erfolgreiche Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenhang mit entsprechenden therapeutischen Massnahmen. Selten wirkt eine naive Theorie in der Praxis direkt erfolgreich, aber sie kann vom Betroffenen (in der Regel mit Hilfe des Therapeuten) an gewisse reale Umstände adaptiert bzw. durch neu erworbene Einsichten (und dies durchaus nicht nur im Rahmen einer CBT-Behandlung!<sup>323</sup>) ergänzt werden und schliesslich über eine evolutive Verarbeitung im Laufe der Zeit zum Ziel führen. Auch schlussendlich konstruktive Überzeugungen, die das Verhalten tatsächlich in die erwünschte Richtung zu steuern vermögen, sind zu einem Teil nach wie vor „naive“ Konzepte auf der Basis einer Privatlogik des Süchtigen. Die Fähigkeit zur erfolgreichen Wirklichkeitsadaption von naiven Theorien im Verlauf eines längeren therapeutischen Prozesses scheint dabei für den Betroffenen vor allem das Resultat innerer (autonomer) Steuerung und Bewertung eigenen Handelns im Sinne einer personalen Gewissensarbeit zu sein. Wertsensibilisierende Gruppenarbeit in der Art und Weise von „Sinngruppen“<sup>324</sup> kann in dieser Hinsicht ein geeignetes Milieu zur Umstrukturierung subjektiver Bewertungsvorgänge schaffen und so den eigenen Mustern der Entwertung valable, sprich: entwicklungsorientierte, Alternativen gegenüberstellen. Im Verlauf eines derartigen wertorientierten Gruppenprozesses werden Themen wie Schicksal, Schuld, Freiheit, Wahrheit, Tod, Sinn und Gemeinschaft<sup>325</sup> differenziert, d.h. auf der Erfahrungsebene der Betroffenen und durch diese zur Sprache gebracht. Wesentlich ist, dass es dabei nicht in erster Linie um die volitiven Akte erster Ordnung geht, sondern um die Bewertungsvorgänge hinter dem Verhalten, die volitiven Akte zweiter Ordnung<sup>326</sup>, in welchen das Individuum zu seinem eigenen Verhalten in einem

---

<sup>322</sup> Z.B die AMSEL-Studie 1992 oder Klingemann 1989 und 1994. Auch Baudis 1997.

<sup>323</sup> Zu CBT und Rückfallprävention vgl. Carroll et al. 1996.

<sup>324</sup> Kern 1992.

<sup>325</sup> Yalom 2000.

<sup>326</sup> Frankfurt 1971; 1988; 1993.

sowohl kognitiven als auch emotionalen Akt wertend Stellung bezieht (längst bevor es tatsächlich in der Lage ist, seine Willenshandlung erster Ordnung zu verändern). Als methodische und didaktische Materialien für solche Sinngruppen können Geschichten, Gleichnisse, Gedichte, imaginative Selbsterfahrungselemente, sozialtherapeutisches Rollenspiel bzw. psychodramatische Situationsarbeit und anderes mehr dienen. Wie unsere Untersuchung der salutogenetischen Behandlungsfaktoren verdeutlicht, sollen in diesen Gruppenprozessen die Bedeutsamkeitsaspekte eigener Erfahrungen (inklusive anfänglich negativ bewerteter Lebensereignisse) im Blick auf integrale Sichtweisen des eigenen Daseins erspürt und daraus entwicklungsrelevante Schlüsse für die Bewertung vergangenen, gegenwärtigen und künftigen Verhaltens gezogen werden.

Ressourcenorientierung ist als Grundhaltung der stationären Drogentherapie im Zeitalter der ambulanten Suchtkontrolle durch Substitutionsprogramme (als sog. Therapie der Wahl etwa bei Opioidabhängigkeit) eine klare Ausrichtung auf entwicklungsorientierte Förderprogramme bzw. Behandlungsansätze mit dem mittel- oder langfristigen Ziel der Konsumreduktion und schliesslich der Suchtmittelabstinenz oder zumindest der stabilen beikonsumfreien Substitution auf einem gesundheitlich relativ verträglichen Niveau.

Als wichtiges Element ressourcenorientierten Arbeitens in der stationären Suchttherapie gilt, wie bereits früher in diesem Kapitel erwähnt, der Umgang mit Rückfällen<sup>327</sup>. Der weitgehende Verzicht auf eine dominante Risikokontrolle erhöht die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen auf den ersten Blick fast zwangsläufig. Dass diese u.U. ein beträchtliches Schadenspotential bis hin zu letalen Folgen mit sich führen, ist leicht einsehbar<sup>328</sup>. Dem kann über die Dauer eines stationären Aufenthalts nur mit einem gezielten ressourcenaktivierenden und -stabilisierenden Rückfallkonzept<sup>329</sup> begegnet werden. Dabei stehen ebenfalls individuelle Bewertungskompetenzen im Blick auf Gefahrensituationen und das Erkennen von Anzeichen einer Rückfallgefährdung in der Befindlichkeitswahrnehmung im Zentrum. Das Training derartiger Einschätzungen und Selbstwahrnehmungen muss ein integraler Teil des ressourcenorientierten Therapieprogramms stationärer Einrichtungen im Drogenbereich sein. Entscheidend ist, dass aus dem z.B. im Rahmen der bilanzierenden Biografiearbeit erhobenen Repertoire an Kompetenzen resiliente Verhaltensstrategien identifiziert werden, die sich im Rahmen der Rückfallprophylaxe erfolgreich einsetzen lassen (z.B. Gefahrenmanagement im Strassenverkehr!). Zusätzlich kann ein spezifisches Realitätstraining der Bildung neuer Resilienzen auf der Grundlage von Situationseinschätzung (Antizipation) und Selbstwahrnehmung (eigene Entscheidungen fällen) dienen. Von grosser Wichtigkeit ist schliesslich die Fähigkeit zur subjektiven Bewertung des Rückfalls als eines Zwischenfalls, der durchaus auch erfolversprechende Lern- und Verhaltensperspektiven eröffnet. Selbstbewertungen und Beurteilungen der Handlungsmöglichkeiten nach Rückfällen sind diskriminante Faktoren im Prozessverlauf<sup>330</sup> einer ausstiegsorientierten Suchtbehandlung. In diesem Sinne gilt

---

<sup>327</sup> Velicer / DiClemente et al. 1990.

<sup>328</sup> Strang / McCambridge et al. 2003

<sup>329</sup> Marlatt 1989; Körkel 2006.

<sup>330</sup> Dollinger / Schneider 2005.

es die Versagensaspekte<sup>331</sup> der Suchtstörung durch Selbstwertstabilisierungsübungen im Umgang mit Misserfolgen im stationären Alltag ressourcenaktivierend und die Selbstwirksamkeit stärkend zu behandeln.

Die Praxis der stationären sozialtherapeutischen Drogenarbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit mit dem Ziel, das Selbstgefühl der Klientinnen durch kompetente Steuerung von Nähe und Distanz in der Gruppen- und in der Einzeltherapie zu fördern bzw. auf einem realistischen Level zu stabilisieren und sie so zu befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen und dem Leben dadurch eine existentielle Wendung zu geben. Ressourcenorientierung im konzeptionellen Ansatz und in der Praxeologie stehen für dieses Grundverständnis und markieren einen Weg zwischen Überforderung und Gleichgültigkeit im Polylog der Disziplinen und Stimmen einer karrierebegleitenden intermittierenden Suchttherapie.

### **Zusammenfassung: Resilienz und Risiko in der stationären Drogentherapie**

Die Arbeit ist eine Untersuchung zur konzeptionellen Ressourcenorientierung der stationären Drogenarbeit in der Schweiz. Sie befasst sich in ihrem ersten Teil mit der Aufarbeitung der relevanten theoretischen Grundlagen und Resultate der Resilienzforschung in der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne im Blick auf die konzeptionelle Grundlegung sozialtherapeutischer Drogenhilfe im Zeichen der Ressourcenorientierung. Hier geht es in erster Linie um die Darlegung des durch die Forschungsarbeiten bereitgestellten Materials sowie um die perspektivische Klärung der Begriffe Resilienz und Risiko im Blick auf das Konzept einer intermittierenden karrierebegleitenden Drogentherapie (Petzold / Hentschel) und insbesondere die dabei wirksamen sozialtherapeutischen Aspekte. Im zweiten, empirischen Teil wird eine als Bestandteil der Untersuchung durchgeführte Erhebung zu ressourcenorientierten Elementen in der konzeptionellen Ausrichtung von 43 Institutionen der stationären Sucht- bzw. Drogenhilfe in der Schweiz vorgestellt. Die Daten werden evaluiert und im Blick auf die eingangs formulierte Fragestellung bzw. Hypothese interpretiert und diskutiert. Es zeigt sich dabei eine allgemeine Tendenz zu einem an salutogenetischen Aspekten orientierten Selbstverständnis der stationären Drogenhilfe.

**Schlüsselworte:** Drogentherapie, Risiken, Resilienz, klinische Entwicklungspsychologie, Behandlungspraxeologie

### **Summary: Resilience and Risk in In-Patient Clinical Therapy for Addicts**

This text and research is dealing with the theoretical concepts of risk and resilience in the frame of life span developmental therapy in the field of drug addiction. The empirical part collected data from 43 therapy institutions in Switzerland on their use of resource and resilience orientation, the first survey of this kind. A clear tendency to focus on salutogenetic strategies in the institutions was found.

**Keywords:** Drug Therapy, Risks, Resilience, Clinical Developmental Therapy, Treatment Praxeology

---

<sup>331</sup> Scharfetter 2002.

## LITERATURVERZEICHNIS:

AKZEPT e.V. /

INDRO e.V. (2001) Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Dokumentationsband zum 6. internationalen Drogenkongress 5.-7. Oktober 2000 in Berlin, Berlin.

Allport, G.W.; (1937) Personality: A psychological interpretation. New York: Holt, Rinehard & Winston.

Amelang, M. /

Zielinski, W. (2002) Psychologische Diagnostik und Intervention, 3.Auflage, Berlin u.a.O.: Springer

Amesberger, B. /

Amesberger G.; (1998) Interventionskonzepte, was wirkt in Outdoor-Therapie-Programmen. In: Fontane-Klinik Motzen (Hg), Erlebnistherapie - Ein innovativer Weg in der psychotherapeutischen Arbeit. Beiträge zur 2. Fachtagung Erlebnistherapie in der Fontane-Klinik 1998. Motzen.

Amesberger, G.; (1994) Persönlichkeitsentwicklung durch Outdoor-Aktivitäten? Untersuchungen zur Persönlichkeitsentwicklung und Realitätsbewältigung bei sozial Benachteiligten". Frankfurt a.M.

Antonovsky, A.; (1979) Health, Stress and Coping: New Perspective on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass Publ.

Antonovsky, A.; (1983) The Sense of Coherence: Development of a Research Instrument. W.S.Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University, Newsletter and Research Reports1, S.1-11.

Antonovsky, A.; (1984a) A Call for a New Question – Salutogenesis and a Proposed Answer – the Sense of Coherence. Journal of Preventive Psychiatry 2, S.1-13.

Antonovsky, A.; (1984b) The Sense of Coherence as a Determinant of Health. In J.D.Matarazzo et al. (Eds.), Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention, New York: Wiley.

Antonovsky, A.; (1985) The Life Cycle, Mental Health, and the Sense of Coherence. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences 22, S.273-280.

Antonovsky, A.; (1986) Intergenerational Networks and Transmitting the Sense of Coherence. In N.Datan / A.L.GHreen /H.W.Haynes (Eds.): Life-Span Developmental Psychology: Intergenerational Relations. Hillsdale: Erlbaum.

Antonovsky, A.; (1987) Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass Publ. Deutsch (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Antonovsky, A.; (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: dgvt-Verlag. Orig. engl. (1987) Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco: Jossey-Bass.

Atkinson, J.W. (1964) An introduction to motivation, New York et al.: Van Nostrand. Dt.: Einführung in die Motivationsforschung, Stuttgart: Klett 1975

- Austin G. /  
Prendergast W.; (1991) Young children of substance abusers, Preventions Research Update No.8, Portland OR.
- Backmund, M. /  
Meyer, K. / Henkel, C. /  
Reimer, J. /  
Wächtler, M. /  
Schütz, M.; (2005) Risk factors and predictors of human immunodeficiency virus infection among injection drug users, European Addiction Research, 2005, 11 (3), pp 138-144.
- BAG Bundesamt für  
Gesundheit (2002) Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich, Bern.
- Baltes, P.B.; (1978) Life span development and behaviour (Vol.1), New York: American Press.
- Baltes, P.B.; (1979) (Hg.) Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baltes, P.; (1993) Lebenstechnik. Eine kritische Theorie des Alltags, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Baltes P.B./ Reese, H.W./  
Lipsitt L.P.; (1980) Life-span developmental psychology. In: Rosenzweig, M. / Porter, L. (eds.), Annual Review of psychology. Palo Alto, CA: Annual Review Press.
- Baltes, P.B. /  
Staudinger, U.M. /  
Lindenberger, U.; (1999) mLifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. Annual Review of Psychology 50: p.471-507.
- Bandura, A.; (1979) Sozial-kognitive Lerntheorie, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A.; (1997) Self-efficacy. The exercise of control, New York: Freeman.
- Bateson, G.; (1982) Geist und Natur. Eine notwendige Einheit, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Baudis, R.; (1994) Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit oder Der goldene Vogel. 2. Auflage 1995. Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.
- Baudis, R. (Hg.); (1997) Nach Gesundheit in der Krankheit suchen: Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie, Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.
- Beck, A.T. /  
Wright, F.D. /  
Newman, C.F. /  
Liese, B.S. (1997) Kognitive Therapie der Sucht, Weinheim: PVU.
- Beck, U.; (1986) Risikogesellschaft – auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt: Suhrkamp.

- Beck, U.; (1989) Risikogesellschaft – Die neue Qualität technologischer Risiken und der soziologische Beitrag zur Risikodiskussion, in: M.Schmidt, Leben in der Risikogesellschaft. Der Umgang mit modernen Zivilisationsrisiken, Karlsruhe 1989.
- Benard, B.; (1991) Fostering resiliency in kids: Protective Factors in the Family, School,, and Community, Western Center for Drug-Free Schools an Communities.
- Bengel, J. /  
Strittmatter, R. /  
Willmann, H.; (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovsys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine expertise im Auftrag der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Benzinger, H. /  
Scheu, A. / Nimir, U. /  
Hausdorf, A. /  
Köster, T.; (2004) Psychodrama in der Weiterbildung zum Suchttherapeuten — die „Methode der Wahl“ im Spiegel von vier Abschlussarbeiten, in: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 2 / 2004.
- Bischof, G. / John, U.; (2002) Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen, in: Hurrelmann, K. / Kolip, P. (Hg.), (2002), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber, S. 342-358.
- Blankenburg, W.; (1986) Biografie und Krankheit, in: Zeitlichkeit als psychologisches Prinzip, hg. v Bühler, K.E. (1986), Köln.
- Blickhan, C.; (2001) s.v. Ressourcen, in: G.Wenninger (Hg.), Lexikon der Psychologie: in fünf Bänden, Heidelberg / Berlin: Spektrum.
- Bliss, T.V.P. /  
Collingridge, G.L.; (1993) A synaptic model of memory: Long-term-potential in the hippocampus. Nature 232: pp 32-39.
- Boeger, A. /  
Dörfler, T. /  
Schut-Ansteeg, T.; (2006) Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (2006) 55 (3), S.181-197.
- Böning, J.; (2002a) Neuropsychobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses und ihre Bedeutung für störungsspezifische Therapiekonzepte, in: Heigl-Evers, A. / Helas, I. / Vollmer, H.C. / Büchner, U. (Hg.), (2002) Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 29-45.
- Böning, J.; (2002b) Neurobiologie und Klinik des Suchtgedächtnisses - vom Konstrukt zur Therapie, in: Richter, G. / Rommelspacher, H. / Spies, C. (Ed.), (2002) "Alkohol, Nikotin, Kokain...und kein Ende?". Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts, S. 73-82. Lengerich: Pabst.
- Böning, J. /  
Weijers, H.-G. /  
Herrmann M.J. (2002) Suchtgedächtnis und Cue-Reaktivität - eine neuropsychobiologische Synopsis, in: Psychomed, 2002, 14 (2), S.74-80.

- Bollnow, O.F.; (<sup>3</sup>1965) Existenzphilosophie und Pädagogik. Versuch über unstetige Formen der Erziehung, Stuttgart: Kohlhammer.
- Bourdieu P. u.a.; (1997) Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft, Konstanz: UVK.
- Boyce, W.T.  
et al.; (1977) Influence of Life Events and Family Routines on Childhood Respiratory Tract Illness. Pediatrics 60, pp.609-615.
- Boyce, W.T.  
et al.; (1983) The Family Routines Inventory. Theoretical Origins. Social Science and Medicine 17, pp. 471-482.
- Boyce, W.T. /  
Schaefer, C. /  
Uitti, C.; (1985) Permanence and Change: Psychosocial Factors in the Outcome of Adolescent Pregnancy. Social Science and Medicine 21, pp.1279-1287.
- Brodbeck Roos, J.; (2005) HIV-Prävention im sexuellen Risikoverhalten von Drogenkonsumentinnen: Evaluation einer Gruppenintervention. Bern: Universität, Philosophisch-Historische Fakultät, 2005, 122 S.
- Bronfenbrenner, U.; (1981) Die Ökologie der menschlichen Entwicklung, Stuttgart: Klett.
- Bronfenbrenner, U.; (1983) The context of development and the development of context, in: M.Lerner (Ed.), Developmental Psychology, pp.137-184, Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Brühlmann-Jecklin, E.  
/ Petzold, H.G.; (2004) Die Konzepte „social network“ und „social world“ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im integrativen Modell. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine inderdisziplinäre Internet-Zeitschrift.
- Buber, M.; (1973) Das dialogische Prinzip, Heidelberg: Lambert Schneider.
- Bultmann, R.; (1931) Die Krisis des Glaubens. In: Bultmann, R., Glauben und Verstehen. Ges. Aufsätze Bd. II, Tübingen, S.1-19.
- Carus, C.G. (1931) Vorlesungen über Psychologie, gehalten im Winter 1829/30, Erlenbach: Rotapfel.
- Carroll KM.; (1996) Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. Experimental & Clinical Psychopharmacology 1996; 4: pp. 46-54
- Case, R.; (1985) Intellectual development. Birth to adulthood, New York: Academic.
- Caspar, F. (1986). Die Plananalyse als Konzept und Methode, in: Verhaltensmodifikation, 4, S. 235-256.

- Caspar, F. / Grawe, K; (1984) Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung, In: Baumann, U. (Hg.), 1984, Psychotherapie: Makro- und Mikroperspektiven, Göttingen: Hogrefe.
- Chess, S. /  
Thomas, A.; (1982) Infant bonding: mystique and reality, American Journal of Orthopsychiatry 52, pp. 213-222.
- Costa, P.T. /  
McCrae, R.R. (1994) Stability and change in personality from adolescence through adulthood. In: C.J.Halverson / G.A. Kohnstamm / R.P.Martin (Eds.), The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood, pp. 139-150. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Costa, P.T. /  
McCrae, R.R. (1995) Longitudinal stability of adult personality. In: R.Hogan / J.A.Johnson / S.R. Briggs (Eds.), Handbook of personality psychology. New York: Academic Press.
- Csef, H.; (2004) Protektive und pathogene Faktoren in der Kindheit psychisch kranker Erwachsener, in: Nissen, Gerhardt (Hg.), (2004), Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose, S. 51-66. Stuttgart: Schattauer.
- Dana, R.H. et al.; (1985) Sense of Coherence: Examination of the Construct. Paper presented at the meetings of the Southwestern Psychological Association, Austin Texas, April 1985.
- Danish, S.J. /  
D'Augelli, A.R.; (1980) Promoting Competence and Enhancing Development Through Life Development Intervention. In: L.A.Bond ( J.C.Rosen (Eds.), Competence and Coping During Adulthood. Hanover: University Press of New England.
- Dargel, C.; (2006) Integrative Familien- und Netzwerkarbeit im Rahmen einer niederschweligen Einrichtung, in: Petzold / Schay / Scheiblich (Hg.), (2006), S. 205-233.
- Daumann, J. /  
Hensen, G. /  
Thimm, B. /  
Rezk, M./  
Till, B. /  
Gouzoulis-  
Mayfrank, E.; (2004) Self-reported psychopathological symptoms in recreational ecstasy (MDMA) users are mainly associated with regular cannabis use: further evidence from a combined cross-sectional/longitudinal investigation, in: Psychopharmacology, 2004, 173, pp 398-404.
- Demos, V.; (1989) Resiliency in infancy, in: The Child in Our Time, ed. by T.Dugan / R.Coles, pp.3-22.
- Diehl, J.M. /  
Staufenbiel, T. (2002) Statistik mit SPSS Version 10+11, Eschborn b. Frankfurt a.M.: Verlag Dietmar Klotz.

- Dollinger, B./  
Schneider, W.;  
Hg. (2005) Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für  
Forschung und Praxis, Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und  
Bildung.
- Elliott, D.S./  
Huzinga, D. /  
Ageton, D.D. (1985) Explaining delinquency and drug use, Beverly Hills CA: Sage.
- Fahrenkrug, H. /  
Rehm, J./  
Müller, R./  
Klingemann, H./  
Linder, R. (1995) Illegale Drogen in der Schweiz 1990-1993. Zürich: Seismo.
- Felsman, J.K.; (1989) Risk and resiliency in childhood: the lives of street children, in: The  
Child in Our Time, ed. by T.Dugan / R.Coles, pp.56-80.
- Feselmayer, S. /  
Beiglböck, W.; (1989) Von der Suchtpersönlichkeit zum Suchtsystem Wunsch und  
Wirklichkeit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (1989), 12 (3-4),  
S.63-73.
- Filipp, H.S.; (1990) Kritische Lebensereignisse, München: Urban und Schwarzenberger.
- Fingerle, M; (1999a) Resilienz - Vorhersage und Förderung. In: G. Opp, M. Fingerle, & A.  
Freytag (Hg.), Von den Stärken der Kinder. Erziehung zwischen Risiko  
und Resilienz (S. 94-98). München: Reinhardt.
- Fingerle, M.; (1999b) Erziehung zwischen Risiko und Resilienz: Neue Perspektiven für die  
heilpädagogische Forschung und Praxis. In G. Opp, M. Fingerle, & A.  
Freytag (Hg.), Von den Stärken der Kinder. Erziehung zwischen Risiko  
und Resilienz (S. 9-22). München: Reinhardt.
- Fink, G. / Kammerl, R. (2000) Virtuelle Identitäten als Ausdruck zeitgemässer  
Identitätsarbeit? [www.phil.uni-  
passau.de/allg\\_paed/publikationen/kammerl/AUFRUD2.PDF](http://www.phil.uni-passau.de/allg_paed/publikationen/kammerl/AUFRUD2.PDF)
- Fischer, R.; (2001) Die Akzeptanz der Drogenkonsumenten, in: AKZEPT e.V. / INDRO  
e.V. (2001), Berlin.
- Flammer, A.; (1990) Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der  
Kontrollmeinung, Bern: Huber.
- Flammer, A.; (1995a) Developmental analysis of control beliefs, in: Bandura, A. (Ed.), (1995),  
Self-efficacy in changing societies, New York: Cambridge University  
Press, pp.69-113.
- Foa, E.B., Foa, U.G.  
(1980) Ressource Theory. Interpersonal Behavior as Exchange. In: Gergen,  
K. / Greenberg, M.S. / Willis, R.H., Social Exchange. Advances in  
Theory and Research, New York, London: Plenum Press, pp.74-94.
- Foucault, M. /  
Deleuze, G. (1977) Der Faden ist gerissen, Berlin.

- Franke, A.; (1997) Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts, in: Antonovsky, A; (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: dgvt.
- Franke, A. / Elsesser, K. /  
Algermissen, G. /  
Sitzler, F. (1997) Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie, Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Frankfurt, H.; (1971) Freedom of the Will and the Concept of a Person. In: The Journal of Philosophy Vol. LXVIII, No. 1, January 14, S. 5- 28.
- Frankfurt, H.; (1988) The Importance of What We Care About. Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- Frankfurt, H.; (1993) Die Notwendigkeit von Idealen. In: Edelstein, Nunner-Winkler, Noam (1993) Moral und Person. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt a.M., S.110ff.
- Frankl, V.E.; (1975) The Unconscious God. New York: Simon & Schuster. Deutsch (1974): Der unbewusste Gott, München: Kösel.
- Frey, D.; (2001) Wie verändert man Einstellungen und Verhalten? Eine sozialpsychologische Betrachtung, in: Fachverband Sucht e.V. (Hg.), (2001), Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie! (S. 17-39). Geesthacht: Neuland.
- Garnezy, N.; (1983) Stressors of childhood, in: N.Garnezy / M.Rutter (ed.), Stress, coping, and development in children, New York: Aldine de Gruyter.
- Garnezy, N.; (1991) Resiliency an vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty, American Behaviorist Scientist (34) 4, pp.416-430.
- Garnezy, N.; (1993) Children in poverty: Resilience despite risk, in: Psychiatry 56, pp.127-136.
- Garnezy, N./  
Masten, A.S./  
Tellegen, A.; (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. Child Development, 55, pp. 97-111.
- Gilsdorf, R.; (2004) Von der Erlebnispädagogik zur Erlebnistherapie. Perspektiven erfahrungsorientierten Lernens auf der Grundlage systemischer und prozessdirektiver Ansätze, Dissertation Universität Koblenz-Landau, Köln: Edition Humanistische Psychologie 2004
- Goffman, E.; (1972) Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt: Suhrkamp. Orig.: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patient and other Inmates, Chicago 1961.
- Goffman, E.; (1973) Spass am Spiel – Rollendistanz, München.
- Goffman, E.; (1983) Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag, 4. Aufl., München.
- Grawe, K.;  
(1994 und 1995) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K.; (1995a) Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie, in: Psychotherapeut, 40, S.130-145.
- Grawe, K.; (1998 und 2000) Psychologische Therapie. 2. korr. Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K.; (2004) Neuropsychotherapie, Göttingen: Hogrefe.
- Greve, W.; (2000) Die Psychologie des Selbst. Konturen eines Forschungsthemas. In: W.Greve (Hg.), Psychologie des Selbst, S.15-36, Weinheim: PVU.
- Habermas, J.; (1968) Stichworte zur Theorie der Sozialisation, in: Habermas 1973a.
- Habermas, J.; (1973) Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus, Frankfurt: Suhrkamp.
- Habermas, J.; (1973a) Kultur und Kritik. Verstreute Aufsätze, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Habermas, J.; (1984) Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Haf, W. /  
Michl, W.; (1994) Psychotherapeutische Wirkungen der Erlebnispädagogik". In: Bedacht u.a. (Hg.), Erlebnispädagogik - Mode, Methode oder mehr. Alling.
- Hansch, D.; (1988) Psychosynergetik – neue Perspektiven für die Neuropsychologie? Grundriss einer psychosynergetischen theorie emotionaler und motivationaler Prozesse, in: Zeitschrift für Psychologie 196 (4).
- Havinghurst, R.J.; (1948) Developmental tasks and education, New York: David McKay.
- Havinghurst, R.J.; (1963) Dominant concerns in the life, in: Schenker-Danzinger, L. / Thomae, H. (Hg.); (1963) Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie, Göttingen:Hogrefe, S.27-37.
- Heinz, A. /  
Güsser, S. (2002) Neurobiologische Grundlagen des Suchtgedächtnisses alkoholabhängiger Patienten, in: Psychomed, 2002, 14 (2), S.81-85.
- Helson, R. /  
Wink, P.; (1992) Personality change in women from the early 40s to the early 50s. Psychology and Aging, 7, pp. 46-55.
- Hennig, J. /  
Netter, P.; (2005) Neurotransmitter und Persönlichkeit, in: Hennig, J. / Netter, P. (Hg.); (2005) Biopsychologische Grundlagen der Persönlichkeit, S.191-289. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Herpertz-Dahlmann, B./  
Resch, F./  
Schulte-Markwort, M./*  
Warnke, A. (2004): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Heuring, M. /

- Petzold, H.G.; (2003) "Emotionale Intelligenz" (Goleman), "reflexive Sinnlichkeit" (Dreizel), „sinnliche Reflexivität" (Petzold) als Konstrukte für die Supervision. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 14/2003.
- Hobfoll, S.E; (1989) Conservation of Resources: A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, 44, S. 513-524.
- Hobfoll, S.E./  
Lilly, R.S.; (1993) Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21, 128-148.
- Hobfoll, S. E./  
Freedy, J. R./  
Green, B. L./  
Solomon, S. D. (1996) Coping in reaction to extreme stress: The role of resource loss and resource availability. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping* (S. 322-349). New York: Wiley
- Hofstra, M. B./  
Van der Ende, J./  
Verhulst, F.C.  
(2002): Child and adolescents problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J. of the Amer. Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2, 182-189.
- Husserl, E.; (1935/36) *Die Krisis der europäischen Wissenschaft und die transzendente Phänomenologie*, hg. von W.Biemel, Den Haag.
- Hüther, G.; ( 2007) Wo die Sucht beginnt, endet jeder freie Wille. Neurobiologische Aspekte von Suchtentstehung und Suchttherapie, in: Petzold, H.G. / Sieper, J.; (Hg.), 2007, *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie, Band II: Psychotherapie des Willens. Therapie, Methoden und Praxis*, Bielefeld und Locarno: Sirius.
- Jacelon, C.S.; (1997) The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing* 25. S.123-129.
- Kähnert, H.; (1999) Prämissen, Ziele und Maßnahmen einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit, in: Freitag, M. / Hurrelmann, K. (Hg.), (1999). *Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter*, S. 169-187). Weinheim: Juventa.
- Kaplan, H.B. /  
Martin, S.S. /  
Johnson, R.J. /  
Robbins, C.; (1987) Escalation of Marijuana use: Application of a general theory of deviant behaviour, *Journal of Health and Social behaviour* 27, pp. 44-61.
- Keller, S. /  
Velicer, W.F. /  
Prochaska J.O. ; (1999) Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht, in: Keller, S. (Hg.), (1999), *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 17-44.

- Kern, P.; (1992) Eine „Sinn-Gruppe“ als Zusatzangebot bei der stationären Behandlung vom Suchtkranken, in: Sucht 1992 (38) 3, S. 173-179.
- Klein, M.; (2001) Das personale Umfeld von Suchtkranken, in: Tretter, F. / Müller, A. (Hg.), (2001), Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, S. 201-229.
- Klump, U.; (2006) die vier Wege der Heilung und Förderung in der Arbeit mit drogensüchtigen Frauen und Männern – am Beispiel der Drogenrehabilitationseinrichtung Aebi-Hus / Maison Blanche in Leibringen / Schweiz, in: Petzold / Schay / Scheiblich 2006, S. 271-319.
- Kobasa, S.C.; (1982) The hardy personality. Toward a social psychology of stress and health, in: Sanders, G.S. / Suls, J. (Eds.), Social psychology of health and illness, pp. 3-32, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Köhl, H. (2000, unveröffentl.) Sucht und Selbstverantwortung. Philosophische Ansätze zu einer Suchtethik. Bickenbach.
- Köhl, H. (2001) Suchtethik, in: Information Philosophie, März 2001 (1), S. 44-53.
- Kohut, H.; (1982) Advances in Self Psychology. (A.Goldberg, ed.), New York: IUP.
- Körkel, J.; (2006) Rückfallpräventionstraining, in: Schermer, F. J./ Weber, A. (Ed.), 2006, Methoden der Verhaltensänderung: Komplexe Interventionsprogramme S. 133-171, Stuttgart: Kohlhammer.
- Krampen, G.; (1982) Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen, Göttingen:Hogrefe.
- Kuhl, J.; (1983) Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle, Berlin.
- Kuhl, J. /  
Helle, P.; (1986) Motivational and volitional determinants of depression: The degenerated intention hypothesis, Journal of Abnormal Psychology, 95, pp 247-251.
- Kusser, A.; (2000) Zwei-Stufen-Theorie und praktische Überlegungen, in: Betzler, Guckes (Hg.), 2000, Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry Frankfurt. Akademie-Verlag, Berlin, S. 85-100.
- Lacan, J.; (1975) Schriften I, Haas, N. (Hg.), Frankfurt: Suhrkamp. <sup>4</sup>1996, Berlin: Quadriga.
- Lacan, J.; (<sup>3</sup>1991) Schriften II, Haas, N. (Hg), Berlin: Quadriga.
- Lacan, J.; (<sup>3</sup>1994) Schriften III, Haas, N. / Metzger, H.-J. (Hg.), Berlin: Quadriga.
- Lazarus, R.S. /  
Launier, R.; (1981) Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt, in: Nisch, J.R. (Hg.), 1981, Stress, Bern: Huber.
- Lazarus, R.S. /  
Folkman, S. ;(1984) Stress, appraisal, and coping. Göttingen: Hogrefe.
- Lifrak, P.D. / McKay, J.R. /  
Rostain, A;

- Alterman, A.R. (1997) Relationship of perceived competencies, perceived social support, and gender to substance use in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 933-940.
- Lorenz, R. (2005) *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. 2. Aufl., München: Reinhardt.
- Lösel, F. /  
Bender, D.; (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In Opp, G. / Fingerle, M. / Freytag, A. (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 37-58). München: Reinhardt.
- Luhmann, N.; (1994) *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. 5.Aufl. (erste Aufl. 1984).
- Lynch, G.; (1986) *Synapses, Circuits and the Beginning of Memory*, New York: Oxford University Press.
- Mahler R.; Hg. (2005) *Ethik, Ziele und Werte in der Suchtarbeit*, Zürich: IGW-Publishers
- Markus, H.R. /  
Wurf, E; (1987) The dynamic self concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, pp.129-149.
- Marlatt, G.A.; (1985) Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt, G.A. / Gordon, J.R. (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*, New York: Guilford, pp 128-200.
- Marlatt, G.A. /  
Gordon, J.R.  
(Eds.); (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*, New York: Guilford.
- Marallt, G.A.; (1989) G. A. Marlatt: Rückfallprävention. Modell, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung, in: Watzl, H. / Cohen, R.; (1989), *Rückfall und Rückfallprophylaxe*, Berlin: Springer.
- Märtens, M. /  
Petzold, H.G.; (1995a) Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen, in: *Integrative Therapie* 1, S.7-44.
- Märtens, M. /  
Petzold, H.G.; (2002) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*, Mainz: Grünewald.
- Mayer, P. /  
Erdtmann-Vourliotis, M. /  
Höllt, V. (2002) Molekulare Grundlagen der Opiatabhängigkeit, in: *Sucht*, 2002, 48 (1), 17-28.
- Merleau-Ponty, M. ;  
(1942) *La structure du comportement*. Paris: Gallimard. Übers.

Waldenfels, B., Struktur des Verhaltens, de Gruyter, Berlin 1976.

Michalzik, D. /  
Bartsch, G. /

Wegener, B. (2002) Beziehungen primär Opiat-Abhängiger, in: Soziale Arbeit, 2002, 51 (2), S. 61-66.

Miller, W.R. / Rollnick, S., (2005) Motivierende Gesprächsführung, Neuauflage, Freiburg i.B.: Lambertus.

Mintzer, M. /  
Copersino, M. /

Stitzer, M.; (2005) Opioid abuse and cognitive performance, in: Drug and Alcohol Dependence, Volume 78, Issue 2, 9 May 2005, pp.225-230.

Möller, Ch.; (2005) Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Moos, R.H. /

Moos, B.S.; (1981) Family Environment Scale. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Moos, R.H.; (1984) Context and Coping: Toward an Unifying Conceptual Framework, American Journal of Community Psychology 12, pp.5-25.

Moscovici, S.; (2001) Social Representations. Explorations in Social Psychology. Cambridge: Polity Press.

Müller, L. /

Petzold, H.G.; (2003) Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen, Polyloge 08/2003, Düsseldorf/Hückeswangen: FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper.

Nuber, U.; (2005) Resilienz: Immun gegen das Schicksal? in: Psychologie heute (2005), 32 (9), S.20-24.

Oerter, R.; v.Hagen,  
C.; Röper, G.;

Noam, G.; Hg.(1999) Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch; Weinheim: Beltz PVU.

Oerter, R.;  
Montada, L.;  
Hg. (1999)

Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch; 4. Auflage. Weinheim: Beltz PVU.

Oerter, R.;  
Montada, L.;  
Hg. (2002)

Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch; 5. Auflage. Weinheim: Beltz PVU.

O'Leary, V.E.; (1998) Strength in the face of adversity: Individual and social thriving, Journal of Social Issues 54, pp.425-446.

- O'Leary, V.E. /  
Ickovics, J.R.; (1995) Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in womans's health, *Woman's Health: Research on Gender, Behavior and Policy* 1, pp. 121-142.
- Opp, G. (2004) Im Dunstkreis der Sucht: Was Kinder suchtkranker Eltern stärkt, in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.), (2004), *Familiengeheimnisse - Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden. Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003*, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin (S. 37-43). Berlin; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Orth, I. / Petzold, H.G.; (1995) Gruppenprozessanalyse – ein heuristisches Modell für integrative Arbeit in und mit Gruppen, in: *Integrative Therapie* 2, S.197-202.
- Orth, I. /  
Petzold,H.G.:(2004) Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“. Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In. Petzold / Schay / Ebert 2004, S.297-342.
- Payne, L. ; (1982) Sense of Coherence: A Measure of Health Status. Unpublished master's thesis, School of Nursing, University of Alberta.
- Petermann, K. /  
Kusch, M. /  
Niebank, K.; (1998) *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*, Weinheim: PVU.
- Petzold, H.G.; (1968a)Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der Autoindustrie in der BRD und in Frankreich. Genese, Diagnose, Therapie, Thèse de Licence, Paris.
- Petzold, H.G.:(1969c)Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris : Publ. Insitut St.Denys.
- Petzold, H.G.:(1974b) *Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann. Und (1985) Frankfurt: Klotz 4.Auflage
- Petzold, H.G.:(1974f) Das Vierstufenmodell der Therapeutischen Kette in der Behandlung Drogenabhängiger. In: Petzold 1974b, S.133-222.
- Petzold, H.G.:(1975h) *Integrative Therapie ist kreative Therapie*. Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
- Petzold, H.G.:(1995a) Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt – Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: B.Metzmacher / H.Zäpfel / H.G.Petzold (Hg.): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute*. Bd.2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold,H.G.:(1997p) Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. In: Ders., *Integrative Therapie* 4 (1997) S.435-471 und in: Petzold (1998a), S.353-394.

- Petzold, H.G.; (1998a) Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2006 (in Vorbereitung).
- Petzold, H.G.; (2000h) Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theoriebildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartakolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 06/2002; [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm).
- Petzold, H.G.; (2001p) „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die integrative Persönlichkeitstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf (Hückeswagen, bei [www.FPI-Publikationen.de/Materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/Materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien auf der Akademie für psychosoziale Gesundheit – 10/2001.
- Petzold, H.G.; (2002h) „Klinische Philosophie“ – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur. Über die Quellen der Integrativen Therapie, Einflüsse und ReferenztheoretikerInnen. POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 06/2002; [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm).
- Petzold, H.G.; (2003a) Integrative Therapie (3 Bde), Paderborn: Junfermann (überarbeitete und ergänzte Neuauflage von 1991, 1992, 1993).
- Petzold, H.G.; (2003b) Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie -. Praxis – Forschung. Ein interdisziplinäre Internetzeitschrift 01/2003.
- Petzold, H.G.; (2004m) Kernkonzepte und zentrale Modelle der „Integrativen Therapie“ II – ein „biopsychosozialökologischer“ Ansatz. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Revid. (2006c)
- Petzold, H.G.; (2004) Drogenabhängigkeit als Krankheit. Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven, in: Petzold / Schay / Ebert 2004, S.513-532.
- Petzold, H.G.; (2006) Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit – programmatische Überlegungen, in: Petzold / Schay / Scheiblich 2006, S.357-391.
- Petzold, H.G.; (2006c) Kernkonzepte und zentrale Modelle der „Integrativen Therapie“ II. Ein biopsychosozialökologischer Ansatz. Europäische Akademie für Gesundheit.
- Petzold, H.G.; (2007a) Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsent-

wicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. erw. Aufl.

- Petzold, H.G./  
Goffin, J.J./  
Oudhoff, J.; (1993) Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive der „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G.; Sieper, J.; (Hg.) (1996), Integration und Kreation, Bd.1, Paderborn: Junfermann, S.173-266.
- Petzold, H.G. /  
Hentschel, U. (1991) Niederschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1, S.11-19.
- Petzold, H.G. /  
Müller, L. ; (2004) Integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie – protektive faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. In: Psychotherapie Forum 4, S.185-196.
- Petzold, H.G. /  
Schay, P. /  
Ebert, W. (Hg.); (2004) Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G. / Orth, I.  
(2005a) Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bd. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G. /  
Orth, I. /  
Sieper, J.; (2006) Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“, Grundlagen für Selbsterfahrung in der therapeutischen Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung, in: Petzold / Schay / Scheiblich 2006, S.627-713.
- Petzold, H.G. /  
Sieper, J./  
Orth, I.; (2005) Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie-Theorie, Methodik, Forschung. In: Petzold, H.G. / Schay, P. / Scheiblich, W. (2005): Integrative Suchttherapie, Bd.II, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G./  
Sieper, J. (Hg.); (2007) Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie, Band II: Psychotherapie des Willens. Therapie, Methoden und Praxis, Bielefeld und Locarno: Sirius.
- Petzold, H.G. /  
Sieper, J.; (2007) Integrative Willenstherapie, Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umganges mit Wille und Wollen,

in: Petzold, H.G. / Sieper, J. (Hg.), Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie, Band II: Psychotherapie des Willens. Therapie, Methoden und Praxis, Bielefeld und Locarno: Sirius.

- Petzold, H.G. /  
Schay, P. /  
Scheiblich, W.  
(Hg.); (2006) Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G. /  
Scheiblich, W. /  
Thomas, G.; (2006) Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, wirkungen und der „Integrative Ansatz“, in: Petzold / Schay / Scheiblich 2006, S.41-94.
- Pfingsten, U. /  
Hinsch, R.; (1991) Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien, 2.Aufl., Weinheim:PVU.
- Plomin, R.* (2000): Behavioral genetics. New York: Worth Publishers.
- Plomin, R. /  
Dunn, J.* (1986): The study of temperament: Changes, continuities and challenges, Hillsdale: Erlbaum.
- Plomin, R./  
Defries, J.C./  
Craig, I.W./  
McGuffin, P.* (2002): Behavioral Genetics in the postgenomic Era. New York: APA Books.
- Plügge, H.; (1954) Über Krisen als Verlaufsart innerer Erkrankungen, ZNP 130, S.7-8.
- Pretterhofer, A.; (1998) Ätiologie jugendlichen Alkoholkosums, Graz: Universität, Naturwissenschaftliche Fakultät, (1998).
- Quinten, C. /  
Klein, M. / Roeb, M./  
Rösch, W. (1994) Ressourcenorientierung in der Psychotherapie. Geesthacht: Neuland.
- Rae-Grant, N./  
Thomas, B.H./  
Offord, D.R./  
Boyle, M.H.; (1988). Risk, Protective Factors and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Raschke, P/  
Püschel, K./  
Heinemann, A.; (2000) Rauschgiftmortalität und Substitutionstherapie in Hamburg (1990 – 1998), in: Suchttherapie 2000, 1; S.43-48, Thieme: Stuttgart etc.
- Reiss, D.; (1981) The Family's Construction of Reality. Cambridge: Harvard University Press.

- Remschmidt, H.; (1992) Die Bedeutung der Psychopathologie für das Verständnis psychischer Störungen und Erkrankungen im Kindesalter, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1.
- Roberts, A.J. / Koob, G.F.; (1997) The neurobiology of addiction, in: Alcohol Research World, 21: pp 101-106.
- Roth, G.; (2001) Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert, neue, vollständig überarbeitete Ausgabe, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Roth, M. /  
 Petermann, H.; (2003) Sensation Seeking und Konsum illegaler Drogen im Jugendalter, in: Roth, M. / Hammelstein, Ph. (Hg.), Sensation Seeking - Konzeption, Diagnostik und Anwendung, (2003), S. 183-213, Göttingen: Hogrefe.
- Rotter, J.B.; (1972) An introduction to social learning theory, in: J.B.Rotter / J.E.Chance / E.J.Phares (Eds.), Application of social learning theory of personality, pp.1-43, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ruch, W. /  
 Zuckerman, M.;(2001)Sensation seeking and adolescence, in: Raithel, J. (Hg.), (2001), Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention (S. 97-110). Opladen: Leske + Budrich.
- Rumbaut, R.G. /  
 Anderson, J.P. /  
 Kaplan, R.M. (1991) Stress, Health an the „Sense of Coherence“. In: Magenheim, M.G. (Ed.), Geriatric Medicine and the Social Sciences. Philadelphia: Saunders.
- Rust, A. (2000) Ethische Aspekte der Sucht. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hg.), 2000, Suchtmedizin. Urban-Fischer, München, Jena, S. 573-584.
- Rutter, M; (1984) (Ed.) Developmental Neuropsychiatry, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Rutter, M.; (1985) Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. British Journal of Psychiatry, 147: pp. 598-611.
- Rutter, M.; (1987) Psychological resilience and protective mechanisms, American Journal of Orthopsychiatry 57, pp. 316-331.
- Rutter (ed.), (1988) Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge University Press, Cambridge.
- Rutter, M.; (1990) Psychosocial resilience und protective mechanisms. In: J.Rolf / A.Masten / D.Chicchetti / K.H. Nuechterlein / S.Weitraub (Hg.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1995). Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. *Southern African Journal of Child & Adolescent*, 7, 75-88.
- Rutter,M./  
 Hay, D.F. (1994) Development Through Life. A handbook for clinicians, Blackwell Science, Oxford, London.

- Scharfetter, C. (2002) Allgemeine Psychopathologie, 5. überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme,
- Scheiblich, W. /  
Petzold, H.G. (2006) Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem. Förderung von „REGULATIONSKOMPETENZ“ und „RESILIENZ“ durch „komplexes Lernen“ in der Karrierebegleitung, in Petzold / Schay / Scheiblich 2006.
- Schiepek, G. /  
Haken, H.; (2005) Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten, Göttingen / Bern / Toronto / Seattle: Hogrefe.
- Schmidbauer, W. /  
vom Scheidt, J./  
Schulenberg M.; (2004): Handbuch der Rauschdrogen, Frankfurt a.M.: Fischer Verlag.
- Schmidt, L.G.; (2000) Genetik der Alkoholabhängigkeit, in: Stetter, F. (Hg.), Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende, Geesthacht: Neuland.
- Schmidt, L.G. /  
Rist, F.; (2006) Sucht und Folgestörungen, in: Förstl, H. / Hautzinger, M. / Roth, G.; (2006) Neurobiologie psychischer Störungen, Berlin: Springer.
- Schmitt, C.; (1979) Die Tyrannei der Werte, in: C.Schmitt / E.Jüngel / S.Schelz, Die Tyrannei der Werte, hg. v. S.Schelz.
- Schneider, R.; (1994) Selbstsicherheitstraining, in: Zielke, M. / Sturm, J. (hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie, Weinheim: PVU.
- Schuler, P. /  
Vogelsang, M.; (2006) Psychotherapie der Sucht Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. Lengerich: Pabst.
- Schüffel, W.  
et al. (Hg.); (1998) Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis, Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Schultheis, F. /  
Schulz, K. (Hg.) ; (2005) Gesellschaft mit begrenzter Haftung. Zumutungen und Leiden im deutschen Alltag, Konstanz: UVK.
- Schultz-Hencke, H.; (1947) Der gehemmte Mensch. Entwurf eines Lehrbuches der Neo-Psychoanalyse, Stuttgart.
- Schumacher, J. /  
Leppert, K. /  
Gunzelmann, Th. /  
Strauss, B. /  
Brähler, E. (2005) Die Resilienzsskala – ein Fragebogen zur Erfassung psychischer Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie (2005), 53 (1), S.16-39.
- Schütz, A. /  
Luckmann, Th.; (1975) Strukturen der Lebenswelt. Darmstadt / Neuwied. Neuauflage 1979 Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Schwarzer, R. /  
Jerusalem, M. (1981) Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, in R. Schwarzer (Hrsg.) (1986), Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit (Forschungsbericht 5. S. 15-28). Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie.
- Schwennen, H.; (2006) Philosophische, ideologische und ideologiekritische Positionen in der Suchttherapie. „Metahermeneutische Triplexreflexion“ als eine supportive Heuristik in der Suchttherapie zur Förderung einer metakritischen, mehrperspektivischen und undogmatischen Position, in: Petzold / Schay / Scheiblich 2006, S. 95-116.
- Sennet, R.; (1998) Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berlin.
- Seubert, W.; (2005) Zur symbolischen und politischen Funktion des Drogenkonsums, Diss. TU Berlin.
- Sieper, J. / Petzold, H.G.; (2002) „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie – Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de / materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 10/2002 und gekürzt in Leitner, A; (2003) Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität, S.183-251.
- Signer-Fischer, S. /  
Widmer, A.; (2005) Sensationelle Selbstsuche - Risikoverhalten bei Jugendlichen, in: Psychoscope, (2005), 26 (7), S.6-9.
- Springer, A. /  
Uhl, A. (2005) Geschlechtsspezifische Morbidität und Mortalität bei Alkohol und illegalen Drogen, in: Eisenbach-Stangl, I. / Lentner, S. / Mader, R. (Hg.), (2005), Männer, Frauen, Sucht, Wien: Facultas, S. 111-130.
- SSAM Schweizerische  
Gesellschaft für  
Suchtmedizin (2006) Empfehlung zur substitutionsgestützten Behandlung bei Opioidabhängigkeit.
- Starke, D.; (1995) Kognitive, emotionale und soziale Aspekte menschlicher Problembewältigung: Ein Beitrag zur aktuellen Stressforschung. Münster: Lit.
- Staub-Bernasconi,  
S.; (1995) Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit, Bern: Haupt.
- Steeb, K.D.; (2005) Die Bedeutung der Resilienzforschung für die Beziehungsgestaltung in der stationären Jugendhilfe. Diplomarbeit an der Ev. Fachhochschule Hannover. Hannover.
- Strang, J. /

- McCambridge, J. et al.; (2003) Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study, in: British Medical Journal 2003 /May 3: pp 959f.
- Streek-Fischer, A.* (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stohler, R.; (2004) Krisenintervention bei Suchterkrankungen, in: Riecher-Rössler, A. / Berger, P. / Yilmaz, A. T. / Stieglitz, R.-D. / Kunz, C. (Hg.), (2004), Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete. Göttingen: Hogrefe, S. 227-232.
- Thelen, E. / Smith, L.B.* (1993): A dynamic system approach to the development of cognition and action. Cambridge: MIT Press.
- Thomas, G.J. / Petzold, H.G. / Schay, P.; (2006) Perspektiven und Ergebnisse der Psychotherapieforschung für die Praxis der Suchtbehandlung, in: Petzold / Schay / Scheiblich 2006, S.393-420.
- Trimpop, R.M.; (1994) The Psychology of Risk-Taking Behavior, New York / Amsterdam: North Holland, Elsevier.
- Trimpop, R.M.; (2001) s.v. Risiko, in: Wenninger, G. (Hg.); (2001) Lexikon der Psychologie : in fünf Bänden, Berlin: Spektrum.
- Trost, R. ; (2003) Förderplanung mit Menschen mit geistiger Behinderung, in: Irlich D. / Stahl B. (Hg.), Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder, S. 502-558, Göttingen: Hogrefe.
- Turkle, S.; (1996) Identität in virtueller Realität, in: S. Bollmann / H.Heibach (Hg.) (1998) Leben im Netz, Reinbeck b. Hamburg.
- Uchtenhagen, A./ Zieglänsberger, W. (Hrsg.). (2000): Suchtmedizin. Urban & Schwarzenberg, München u. Jena.
- Vance, E. / Sanchez, H.; (1998) The Theory of Risk and Resiliency, In: [www.dhhs.state.nc.us](http://www.dhhs.state.nc.us) > Division of Mental Health, Developmental Disabilities and Substance Abuse Services > Child & Family > Technical Assistance.
- Velicer, W. F./ C. C. Diclemente, et al.; (1990). Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. Addict Behav 15(3): pp.271-283.
- Velt, M; (2007) Die Bedeutung der Willensentscheidung und willenspsychologischer Strategien in der Behandlung von Suchtkranken aus der Sicht eines Praktikers der Integrativen Therapie, in: Petzold, H.G. / Sieper, J.; (Hg.), 2007, Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie, Band II: Psychotherapie des Willens. Therapie, Methoden und Praxis, Bielefeld und Locarno: Sirius.

- Verhulst, F. (2004): Kann dissoziales Verhalten vorhergesagt werden? Eine Untersuchung an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen über einen Zeitraum von 14. Jahren. In: *Streek-Fischer* (2004) 208-224.
- Volkert, C. /  
Leesch, M.; (2002) Die Praktische Bedeutung der Resilienzforschung für den Umgang mit bindungsgestörten Kindern. Diplomarbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialpädagogik. Berlin.
- Wagnild, G. /  
Young, H.M.; (1993) Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement* 1 (2): S.165-178.
- Waldenfels, B.; (1976) Die Verschränkung von innen und aussen im Verhalten, *Phänomenologische Forschungen II*, Freiburg: Alber.
- Waldenfels, B.; (1978) *Der Spielraum des Verhaltens*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Wartberg, L. /  
Petersen, K.U. /  
Andresen, B. /  
Thomasius, R. (2005) Gedächtnisfunktionen und Persönlichkeitsstruktur von aktuellen und ehemaligen Ecstasykonsumenten, in: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* (2005), 7 (2), S.165-172.
- Wedekind, D./  
Hüther, G.; (2007) Zwanghaftes Verhalten und die Neurobiologie des Wollens – Entstehungsursachen und Perspektiven der Behandlung, in: Petzold, H.G. / Sieper, J.; (Hg.), 2007, *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie, Band II: Psychotherapie des Willens. Therapie, Methoden und Praxis*, Bielefeld und Locarno: Sirius.
- Werner, E.E. /  
Smith, R.S.; (1982) *Vulnerable but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth.*, New York: McGraw-Hill.
- (1992) *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*, Ithaca, New York, London.
- Wicki, W. / Stübi, B. /  
Alsaker, F. /  
Hüsler, G.; (2000) Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich, in: *Suchtforschung des BAG 1996-98, Bd.2/4 Prävention*, Bern.
- Wiesbeck, G. A. /  
Wodarz, N. /  
Mauerer, C. /  
Thome, J. /  
Jakob, F. /  
Boening, J. (1996) Sensation seeking, alcoholism and dopamine activity, in: *European Psychiatry*, 1996, 11 (2), pp 87-92.
- Wolf, J.; (2003, unveröffentl.) *Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht – Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethische Implikationen*

am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht, Dissertation an der Fakultät für Biologie an der Eberhard Karls Universität Tübingen

- Wolffgramm, J. (2002) Verhaltensbiologische Grundlagen der Suchtentstehung am Tiermodell, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Suchtforschung heute Gemeinsam gegen Missbrauch und Abhängigkeit, Materialien des Presseworkshops im November 2002.
- Wustmann, C.; (2005) Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen, in: Zeitschrift für Pädagogik, 2005, 51 (2), S.192-206.
- Wyman, P.A., et al. (1991) Interviews with Children who Experienced Major Life Stress: Family and Child Attributes that Predict Resilient Outcomes. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31:5, pp.904-910.
- Yalom, I.D. (2000) Existentielle Psychotherapie, 3. Aufl. Köln: Ed. Humanist. Psychologie.
- Zeder, U.; (1989) Cannabis und Sensation Seeking, Graz: Universität, Naturwissenschaftliche Fakultät, 1989, 136 Seiten, 3 Seiten Anhang Schreibmaschinenfassung.
- Zuckerman, M.; (1978) Warum manche den Nervenkitzel brauchen, in: Psychologie Heute, (1978), 5 (6), S.14-21.

## Fragebogen zu Risiko- und Resilienz (Ressourcenorientierung) in Konzepten der stationären Drogentherapie

Wir danken Ihnen, dass Sie Zeit und Konzentration aufwenden, um den folgenden Fragebogen möglichst exakt auszufüllen! Er wird Sie ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen.

### A. Formales

Name der Institution: \_\_\_\_\_

Grösse der Institution in Plätzen im therapeutischen Angebot: \_\_\_\_\_

Grösse der Institution in Stellenprozenten Mitarbeitende: \_\_\_\_\_

Art der Trägerschaft: \_\_\_\_\_

Qualitätszertifikat (Label): \_\_\_\_\_

Ausfüllende Person:

Name: \_\_\_\_\_

Funktion in der Institution: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_

### B. Selbstdarstellung des therapeutischen Konzepts Ihrer Institution

0= überhaupt nicht / 1=kaum / 2= nur wenig / 3=teilweise / 4=weitgehend /  
5=ausschliesslich oder vollständig

Zutreffendes bitte einkreisen 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 ; bei Korrekturen bitte falsche  
Markierung streichen 0 - 1 - ~~2~~ - 3 - 4 - 5

1. Welche therapeutisch-konzeptionellen Eigenschaften schreiben Sie in welcher Intensität dem Konzept ihrer Institution zu?

<i>Eigenschaft</i>	<i>Intensität</i>
Verhaltenstherapeutisch	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Tiefenpsychologisch	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Psychodynamisch	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Körperzentriert	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Spirituell	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Integrativ	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Lösungsorientiert	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Klientenzentriert	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Problemorientiert	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Pädagogisch	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Konfrontativ	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Partizipativ	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Direktiv	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Klientinnen und Klienten nehmen im Durchschnitt wie viele Stunden pro Woche an folgenden Angeboten teil:

Einzelgespräch: \_\_\_\_\_

Gruppensitzung: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_

Arbeitstraining: \_\_\_\_\_

Kreative Angebote: \_\_\_\_\_

Weltanschaulich geprägte Angebote: \_\_\_\_\_

2. Bitte beschreiben Sie das in ihrer Institution grundlegende therapeutische bzw. betreuerische Konzept kurz in eigenen Worten:

---



---



---



---



---



---

3. Es besteht in unserer Institution ein Konzept zur Erfassung lebensgeschichtlich erworbener Ressourcen / Stärken der Klientinnen / Klienten und zu deren Förderung im Laufe des therapeutischen bzw. betreuerischen Prozesses.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Wenn ja: Dieses Konzept ist in der Praxis im Rahmen des Möglichen umgesetzt.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

4. Es ist in unserem therapeutischen bzw. betreuerischen Konzept eine klientinnen- / klientenspezifische Förderplanung vorgesehen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

## C. Regenerative Aspekte des Konzepts

Bitte beantworten sie folgende Fragen auf der Skala von 0 bis 5, wobei 0 für „Nein“ oder für „trifft gar nicht zu“, 1 für „trifft kaum zu“, 2 für „trifft nur mässig zu“, 3 für „trifft teilweise zu“, 4 für „trifft meist zu“ und 5 für „trifft immer zu“ oder für ein klares „Ja“ steht. Diese Bezeichnungen gelten für alle folgenden Skalen (C-F).

1. Es ist uns wichtig, dass unsere Klienten / Klientinnen ihre Therapeuten / Therapeutinnen bzw. Betreuer / Betreuerinnen gut kennen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. Es erscheint uns wenig sinnvoll, dass Klientinnen / Klienten zur Erledigung von Aufträgen und Aufgaben auf Betreuerinnen / Betreuer angewiesen sind.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

3. Wir erachten es für wichtig, dass unsere Klienten / Klientinnen an dem, was in der Gemeinschaft vor sich geht ebenso wie am politischen Geschehen in der Welt Anteil nehmen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

4. Es ist uns wichtig, dass die hauptsächlichen Vorgänge in der Therapie für die Klienten / Klientinnen berechenbar sind .

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

5. Es gehört zu unserer Arbeitsweise, dass wir als Therapeuten / Therapeutinnen bzw. Betreuerinnen / Betreuer unsere Klientinnen / Klienten auch gezielt enttäuschen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

6. Wir arbeiten bewusst darauf hin, dass unsere Klientinnen / Klienten das, was sie erlebt haben und erleben, als wichtig für ihr ganzes Leben erkennen können.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

7. Es ist uns wichtig, dass unsere Klienten / Klientinnen lernen, mit der Unberechenbarkeit ihres Lebens klar zu kommen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

8. Es spielt dabei auch keine Rolle, dass sie (die Klientinnen / Klienten) oft nicht wissen, was sie in einer konkreten Situation tun sollen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

9. Wir akzeptieren eine klare Rangordnung innerhalb der Klienten- / Klientinnengruppe.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

10. Wir arbeiten methodisch darauf hin, dass unsere Klientinnen / Klienten für sich klare Lebensziele entwickeln.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

11. Wir halten es für wichtig, dass unsere Klientinnen / Klienten ein persönliches therapeutisches Tagebuch führen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

12. Philosophische oder gar religiöse Gedanken der Klienten / Klientinnen halten wir im Therapieprozess eher für problematisch.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

13. Emotionale Kontrollverluste der Klientinnen / Klienten sind für uns an der Tagesordnung und werden nicht weiter thematisiert.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

14. Als Betreuer-/ Therapeutenteam haben wir oft das Gefühl, unser Einsatz sei sinnlos.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

15. Wir arbeiten darauf hin, dass unsere Klienten / Klientinnen ihre wichtigsten Probleme im Griff haben.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

16. Methodische Interventionen werden bei uns in der Regel (bzw. wenn möglich) vorgängig mit den Klientinnen / Klienten auf Sinn und Zweck hin besprochen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

17. Von den Klienten / Klientinnen erfolgreich gelöste Lebensaufgaben in der Vergangenheit werden erhoben und es wird im Therapieprozess / in der Behandlungsplanung darauf Bezug genommen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

18. Wir fördern bewusst das soziale, politische oder weltanschauliche Engagement unserer Klientinnen / Klienten.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

19. Wir verwenden in der Therapie mit den Klientinnen / Klienten als methodisches Element regelmässig so etwas wie ein Suchtpanorama bzw. Therapiepanorama, d.h. eine Visualisierung des Sucht- bzw. Therapieverlaufs.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

## D. Permanenz von zentralen Lebenserfahrungen im Konzept

1. Es bestehen in unserer Institution keine festen Rituale zur Feier von Anlässen wie Geburtstagen, Jahrestagen, Feiertagen o.ä.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. Wir halten unsere Klienten / Klientinnen dazu an, feste tägliche oder wöchentliche Zeiten zur Besinnung auf zentrale Lebenserfahrungen einzuhalten.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

3. Es ist in unserem Konzept nicht ausdrücklich vorgesehen, dass unsere Klientinnen / Klienten im Verlauf des Prozesses wiederholt Raum erhalten, ihre Geschichte oder Teile davon zu erzählen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

4. Die gemeinsamen Mahlzeiten oder bestimmte gemeinsame Mahlzeiten werden nach einer festgelegten Ordnung (z.B. was Beginn oder Beendigung der Mahlzeit betrifft) gestaltet.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

5. Bestehende suchtfreie familiäre oder freundschaftliche Beziehungen werden von Beginn der Therapie weg nach Möglichkeit in den Prozess mit einbezogen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

6. Es wird in unserer Institution darauf geachtet, dass für unsere Klientinnen / Klienten wichtige Bezugspersonen in und ausserhalb der Therapiegemeinschaft konstant bleiben.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

7. Wichtige Bezugspersonen sollten für unsere Klientinnen / Klienten möglichst innert 24 Stunden erreichbar sein.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

8. Unsere Klienten / Klientinnen können aufgrund des Therapievertrags bzw. der Hausregeln jederzeit mit bestimmten von ihnen bezeichneten Bezugspersonen ausserhalb der Therapiegemeinschaft Kontakt aufnehmen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

9. Wichtige Schritte auf dem therapeutischen Weg, den unsere Klienten / Klientinnen gehen, werden in der Regel in der Gemeinschaft gewürdigt oder gar gefeiert.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

10. Hausregeln werden in unserer Institution je nach Situation angewendet oder nicht.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

## E. Förderplanung

1. Eine biografische Klärung / Erhebung von Risikofaktoren und protektiven (schützenden) Faktoren aus dem bisherigen Lebensverlauf der Klientinnen / Klienten erfolgt systematisch (z.B. aufgrund einer Checkliste) in der Einstiegsphase („Intake“ oder erste Therapiephase) des Therapie- bzw. Betreuungsprozesses (oder ist vorher erfolgt und wird übernommen).

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. Zu den folgenden Faktoren werden / wurden dabei systematisch (z.B. aufgrund von Checklisten oder Behandlungsmanualen) über den gesamten bisherigen Entwicklungsverlauf förderungsrelevante Daten erhoben:

⊖ Zutreffendes bitte einkreisen

- Psychiatrische Probleme (DSM-Diagnosen) bei Eltern / Elternteil bzw. bei den Geschwistern,
- Anzahl „stressful life events“ (akuten Belastungssituationen) für die Klientin / den Klienten in den vergangenen 12-18 Monaten.
- Bildungsverlauf der Eltern bzw. der erziehungsberechtigten Personen,
- Arbeitslosigkeit des Ernährers / der Ernährerin in der Herkunftsfamilie,
- An- bzw. Abwesenheit eines Vaters in der Herkunftsfamilie,
- Anzahl Kinder in der Herkunftsfamilie,
- Zugehörigkeit der Herkunftsfamilie zu einer ethnischen Minderheit,
- rigide Erziehungsvorstellungen der Eltern,
- Qualität der Mutter-Kind-Interaktion,

- dysfunktionale emotionale Stile beim Klienten / bei der Klientin in ihrem bisherigen Lebensverlauf,
- „Significant caring adult“ (wichtige Bezugsperson) während der Kindheit der Klientin / des Klienten,
- Netzwerkorientierung und soziale Kompetenz / Performanz der Klientin / des Klienten in Kindheit und Jugend,
- Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherheit im Verlauf des Lebens des Klienten / der Klientin,
- Suchtverhalten von Eltern und Geschwistern,
- hereditäre (familiär-erbliche) Disposition zur Vitalität und Lebensbewältigung,
- Fähigkeit, lebensgeschichtliche Belastungen und Risiken effektiv zu bewältigen,
- Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
- Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz/Performanz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten,
- Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
- In der Vergangenheit und in der Gegenwart vorhandene Möglichkeiten, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren,

andere:

- 
- 
- 
- 
- 
- 

3. Von den Klienten / Klientinnen erfolgreich gelöste zentrale Lebensaufgaben werden in die Förderplanung von Beginn weg positiv einbezogen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

4. In folgenden Bereiche werden / wurden dazu systematisch über den gesamten bisherigen Entwicklungsverlauf förderungsrelevante Daten erhoben:

Zutreffendes bitte einkreisen

- Schulbesuch / schulische Leistung,
- familiäre Kontakte,
- soziales Netz,
- Autonomie,
- sportliche Leistungen,
- Hobbies,
- Umgang mit Medien,
- Beziehungsaufnahme zum eigenen Geschlecht
- Beziehungsaufnahme zum anderen Geschlecht,
- Umgang mit emotionalen Reizen (Sensation Seeking),
- Peer-Group,

- Selbstdarstellung (Zuneigung anderer gewinnen),
- Durchsetzungsvermögen,
- berufliche Laufbahn,
- Übernahme von sozialen Rollen,
- soziales Prestige bzw. Bewertung der Rollen durch die Umwelt,
- Selbsttreue und Authentizität (Selbstkongruenz),
- Durchhaltewillen,
- soziale Verantwortung,
- Flexibilität (Anpassung an sich ändernde Umstände),
- kreative Tätigkeiten,
- Umgang mit Konflikten,
- Umgang mit Verlust ,
- materielle und emotionale Verzichtleistungen,
- Frustrationstoleranz,
- Leidensbereitschaft,
- anderen Grenzen setzen,

andere:

- 
- 
- 
- 
- 
- 

5. Gescheiterte Lösungsversuche von zentralen Lebensaufgaben (siehe oben) werden thematisiert und in die Förderplanung einbezogen.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

6. Die risiko- und ressourcenbezogene Förderplanung wird mindestens viertel- bis halbjährlich überprüft und dem laufenden Prozess angepasst.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

7. Die risiko- und ressourcenorientierte Förderplanung wird bei Bedarf dem Prozess angepasst.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

---

Vielen Dank für Ihre Bemühung! Im Folgenden können sie gerne abschliessende Bemerkungen oder einen Kommentar zu diesem Fragebogen anfügen:

---



---



---

---

---

## F. Qualitatives Interview

Um die Studie qualitativ zu vertiefen, möchten wir einzelne Interviews mit Klientinnen in Institutionen durchführen.

Es wäre möglich, in Ihrer Institution mit einer Klientin oder einem Klienten ein qualitatives, teilstrukturiertes Interview zur Risiko-Resilienz-Thematik durchzuführen (auf Wunsch unter Beisein eines Betreuers / einer Betreuerin). Dauer 1 Std.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5  
kommt nicht in Frage auf jeden Fall

**Bitte Rücksendung mit beiliegendem frankiertem Umschlag bis zum 23. Oktober 2006 nicht vergessen: an R.Mahler, Gottfried-Keller-Strasse 5, 8352 Elsau!**