

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, 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 biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 19/2021

**Die Rolle als Vater und ihre Bedeutung
im Genesungsprozess von Suchtkranken -
Integrative Fokalthherapie in der
stationären Suchtkrankenhilfe**

*Jörg Dittmann, Windeck (2007) **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“
(EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G.
Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de,
Information: <http://www.eag-fpi.com>.

Aus der EAG-Weiterbildung: 'Integrative Suchttherapie'.

Abstract

In meiner Arbeit mit männlichen Alkoholabhängigen habe ich immer wieder festgestellt, dass viele Kranke eine beschädigte Beziehung zu ihren Vätern aufweisen und diese Beschädigungen in den Beziehungen zu eigenen Kindern weiterhin lebendig sind. In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, ob und wie innerhalb der Suchtkrankentherapie die Arbeit an der Rolle als Vater und damit eine Neuorientierung der eigenen Identität in der Männer-Reihe der eigenen Familie hilfreich ist auf dem Weg der Gesundung aus der Suchterkrankung. Es wird die männliche Sozialisationsentwicklung, die Entstehung des eigenen Vaterbildes und die damit einhergehende Entfaltung der Identität des männlichen Abhängigen skizziert. Sodann wird die eingeschränkte Wahrnehmung des eigenen Sohnes durch den süchtigen Vater betrachtet. Anhand der exemplarischen Darstellung eines Behandlungsverlaufs wird sichtbar, welche Erfordernisse sich in Bezug auf den fokussierten Gegenstand für die Behandlung des Abhängigen ergeben.

In der Integrativen Therapie wird der Mensch als ein Körper-Seele-Geist-Wesen gesehen, das mit und durch seine Umwelt existiert und sich durch einen beständigen Austausch mit seinem sozialen und ökologischen Umfeld in einer fortwährenden Weiterentwicklung befindet. Der Mensch als Leib-Subjekt ist durch ein differenziertes und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln unlösbar mit der Lebenswelt verflochten, mit dem Mitmenschen in Zwischenleiblichkeit und mit den Dingen im Tun. Der Begriff des Selbst als Leib-Selbst umfasst alles Physische und Psychische des Menschen, er beschreibt den lebenden und sich selbst erlebenden Organismus. Das Ich wird verstanden als ein besonderer Aktivierungszustand des Leib-Selbst, als das Selbst-in-actu. Die Identität des einzelnen Menschen konstituiert sich durch das Ich aufgrund von Identifizierungen (Fremdattributionen) aus dem Kontext, ihrer Bewertung (ihrer emotionalen und kognitiven Einordnung in biografisch bestimmte Sinnzusammenhänge), mithilfe von Identifikationen (Selbstattributionen) und deren Internalisierungen bzw. Archivierungen im Leib-Gedächtnis. Im Prozess der Integration von Selbst- und Fremdbildern entsteht als ein Gefühl und eine Vorstellung des Ich-selber die personale Identität. Nach dem Abschluss der Identifikation mit dem eigenen Geschlecht im ausgehenden Vorschulalter gewinnt der gleichgeschlechtliche Elternteil an Bedeutung für die Identitätsentwicklung. Jungen orientieren sich an der männlichen Bezugsperson und erleben die Grundmuster männlicher Lebensbewältigung am eigenen Leib. Wachsen Jungen in einer Familie mit einem suchtmittelabhängigen Vater auf, nehmen sie mit der männlichen Rolle auch bereits Suchtstrukturen in ihre personale Identität auf.

Entsprechend dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis des Integrativen Ansatzes wird die Abhängigkeitserkrankung aus einem mehrperspektivischen Verständnis als eine multifaktoriell bedingte Beschädigung des Gesamtsystems angesehen. Abhängigkeit ist eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung, welche die Persönlichkeit des Betroffenen beeinträchtigt. Psychische oder psychosomatische Erkrankungen werden in der integrativen Therapie ressourcenorientiert und erlebnisaktivierend so bearbeitet, dass eine Entlastung der Persönlichkeit im Gesamt ihrer Problematik und eine eigenständige Weiterbearbeitung mithilfe der alltagsweltlichen Supportsysteme möglich wird. Es geht um die Heilung von Krankheit und die Bewältigung von Entwicklungskrisen, aber auch um die Entwicklung von Gesundheit, die Förderung von Ressourcen und Potentialen und die Bereicherung des Lebenszusammenhangs.

Im Verlauf der Suchterkrankung wird die Identität des Erkrankten beschädigt, seine Persönlichkeit verändert sich. Da Identität zu verstehen ist als lebenslang fortdauernder Entwicklungsprozess in Kontext und Kontinuum, können sich auch Genesungsprozesse nur als interaktive Konsens-Dissens-Verläufe darstellen. Auf die Salutogenese ausgerichtete Veränderungen müssen ansetzen an einer Modifikation der Bewertungsabläufe, die jeden Identitätsprozess immanent begleiten. Ver-

änderungen ergeben sich durch bewusste Beeinflussung der Prozesse des Bewertens, indem ein neues Verständnis für die Dynamik von Verlaufsroutrinen geschaffen wird. Erfolgreiches neues Handeln beinhaltet zudem eine nachhaltige Veränderung der Bewertungstraditionen in den relevanten Sozialsystemen des Netzwerkes/Konvois. Individuum und Netzwerk gleichermaßen müssen einerseits Wahrnehmungsprozesse, Wissensstände und Kompetenzen, andererseits Lebenspraxis, Fertigkeiten und Performanzen im Alltag verändern.

Hierin liegt die Bedeutung der integrativen suchtherapeutischen Arbeit an der Vater-Rolle. Männliche Patienten, deren Väter abhängige Verhaltensmuster vorgelebt haben, können ihre Identität im sozialen Kontext und Kontinuum neu entwickeln und internalisierte pathogene Fremdattributionen ihrer Kindheit bewusst handelnd aufgeben. Die Beziehung zu dem eigenen Sohn birgt dabei große Chancen, da dem abstinenten Abhängigen in ihm die eigenen männlichen Anteile begegnen, und zwar die benignen wie die pathogenen. Vor allem geht es um eine bewusste Würdigung der Fremdattributionen, die dem Abhängigen durch den Sohn entgegen treten, als Konsens-Dissens-Aussagen von erheblichem Wert für die eigene Identität. Wenn die Genesung aus einer Abhängigkeitserkrankung sozial gelingen soll, ergibt sich die Notwendigkeit einer sorgfältigen Angehörigen-Arbeit, in der auch das soziale Netzwerk seine bisherigen Bewertungstraditionen reflektieren kann.

1. EINLEITUNG.....	4
2. ANTHROPOLOGISCHE GRUNDANNAHMEN.....	4
2.1 SELBST, ICH, IDENTITÄT.....	5
2.2 GESUNDHEIT UND KRANKHEIT.....	5
2.3 ENTWICKLUNG DER PERSÖNLICHKEIT.....	7
2.4 MÄNNLICHE SOZIALISATION.....	7
3. AUSWIRKUNGEN IN DER SUCHTKRANKENARBEIT	8
3.1 BESCHÄDIGUNGEN DER IDENTITÄT DES SUCHTKRANKEN	9
3.2 BESCHÄDIGUNGEN DES SOZIALEN UMFELDES - CO-ABHÄNGIGKEIT	10
3.3 PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG IN DURCH SUCHT BESCHÄDIGTEN FAMILIEN	10
3.4 ENTWICKLUNG DER IDENTITÄT ALS VATER IN DURCH SUCHT BESCHÄDIGTEN FAMILIEN	11
4. PRAKTISCHE ERFORDERNISSE IN DER INTEGRATIVEN SUCHTKRANKENARBEIT	13
4.1 FOKALTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG DES SUCHTKRANKEN.....	13
4.2 EXEMPLARISCHE DARSTELLUNG EINES BEHANDLUNGSVERLAUFES MIT FOKUSSIERUNG AUF DIE ROLLE ALS VATER	14
4.3 MÖGLICHKEITEN DER RESSOURCENORIENTIERTEN ARBEIT AN DER VATER-ROLLE	19
5. ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY	20
6. LITERATUR	21

1. Einleitung

Seit zehn Jahren arbeite ich als Bezugstherapeut in der Gruppen- und Einzeltherapie in einer Fachklinik der stationären Suchtkrankenhilfe für alkohol- medikamenten- und drogenabhängige Männer. In meiner Arbeit mit Alkoholabhängigen habe ich immer wieder festgestellt, dass viele Suchtkranke eine beschädigte Beziehung zu ihren Vätern aufweisen und ebenso in den Beziehungen zu eigenen Kindern (besonders zu den Söhnen) gewissermaßen auf einem Auge blind sind: die Kontakte zu ihren Kindern werden oft bis etwa zum zwölften Lebensjahr als ausgesprochen gut bezeichnet, es wird geäußert, die Kinder hätten „nichts mitbekommen“. Ab der Pubertätszeit ihrer Kinder beschreiben die Väter oft starke Konflikte bis hin zu Beziehungsabbrüchen, die sie überwiegend nicht verstehen und unter denen sie gleichwohl leiden („der soll jetzt erst einmal auf mich zugehen“).

Im meinem beruflichen Alltag in einer Männer-Klinik steht überwiegend die Väter-Seite im Blickpunkt des Interesses. Die praktische Angehörigenarbeit stellt einen sehr wichtigen, aber wegen des Einzugsgebietes nur kleineren Anteil der Behandlung dar (die Patienten kommen aus dem gesamten Bundesgebiet). Signifikant häufig sind die Patienten in einem familiären System mit einem abhängig trinkenden Vater groß geworden und haben dort ihre eigene Identität ausgebildet. Für die vorliegende Arbeit ergab sich daher als Hauptfokus die Betrachtung der Identitätsentwicklung von der Vater-Seite aus.

Im Folgenden wird untersucht, ob und wie innerhalb der Suchtkrankentherapie die Arbeit an der Rolle als Vater und damit eine Neuorientierung der eigenen Identität in der Männer-Reihe der eigenen Familie hilfreich ist auf dem Weg der Gesundung aus der Suchterkrankung.

2. Anthropologische Grundannahmen

In der Integrativen Therapie wird der Mensch als ein Körper-Seele-Geist-Wesen gesehen, das mit und durch seine Umwelt existiert und sich durch einen beständigen Austausch mit seinem sozialen und ökologischen Umfeld in einem permanenten Wandel und einer fortwährenden Weiterentwicklung befindet. „Der Mensch als Leib-Subjekt ist durch ein differenziertes und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln unlösbar mit der Lebenswelt verflochten – mit den Mit-Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in Handhabung“ (Petzold 2000j, S. 9). Das Leib-Subjekt erlebt sich selbst und ist in der Lage, ein Bild seiner selbst in seiner Biografie und seiner materiellen und sozialen Lebenswelt zu entwickeln. Der Einzelne prägt die Lebenswelt durch seine aktive, ko-kreative Einflussnahme, zugleich wird er aufgrund der Vernetztheit mit dem Ganzen von ihr geprägt.

Diese Fähigkeit des Menschen, mit seiner sozialen und ökologischen Umwelt in einer beständigen, intersubjektiven (sich seiner selbst und der Existenz des anderen bewussten) Auseinandersetzung zu stehen, umfasst der Begriff der *Ko-respondenz*. Schon im Mutterleib beginnt dieser Austausch (primordiale Ko-respondenz in der intrauterinen Dyade) und ist im Baby- und Kleinkindalter (Mutter-Kind-Dyade) mit dem leiblich-gestischen Transfer (ko-agieren), später über die gemeinsame symbolische Welt der Sprache (ko-respondieren) von größter Bedeutung für die Herausbildung von Grundvertrauen in die Welt und den eigenen Bestand in ihr. Der Wunsch nach Ausdruck ist dem Menschen angeboren. Er verfügt über eine sogenannte Überflusenergie, die für ein *spontanes kreatives Potential* zur Verfügung steht. Über die Sinne wahrgenommene Eindrücke führen zu Handlungen und sind Ausdruck subjektiver Wahrnehmung – und zugleich erneuter Eindruck usw. Der Begriff des Bewusstseins beschreibt einen Zustand, in dem wir wach unsere Umwelt wahrnehmen. Das Ich-Bewusstsein kann seine Aufmerksamkeit nicht nur nach außen, sondern auch nach innen richten. Der Mensch kann sich handelnd beobachten, als ob er in objektivierender Distanz außerhalb seiner selbst stünde (Fähigkeit zur *Exzentrizität*). Damit ist er zu bewusster Selbsterkenntnis fähig und nicht seinen Affekten und Impulsen ausgeliefert (vgl. Rahm e.a. 1999, S. 79ff). Die vierte grundlegende Fähigkeit des Menschen, der in der Therapie besondere Bedeutung zukommt, ist seine Befähigung zur *Regression*. Diese ermöglicht das Zurückkehren zu früheren emotionalen Ereignissen im So-tun-als-ob und gestattet damit die Chance einer emotionalen Neuerfahrung (vgl. SKM 2003, S. 20f).

2.1 Selbst, Ich, Identität

Die Integrative Therapie geht von der Grundannahme der Anthropologie aus, dass der Mensch wesensmäßig ko-existierend sei. Er entwickelt sich Zeit seines Lebens durch Interaktionsprozesse in Ko-respondenz mit seiner Lebenswelt. Dabei werden drei Grundkategorien zur Beschreibung der Persönlichkeit zugrunde gelegt: das Leib-Selbst, das Ich und die Identität.

Der Begriff des *Selbst* als Leib-Selbst umfasst alles Physische und Psychische des Menschen. Er beschreibt den lebenden und sich selbst erlebenden Organismus, der materielle (körperbezogene) und transmaterielle Funktionen (z.B. Gefühle) hat. Letztere haben stets eine körperliche Komponente, sie sind leiblich spürbar und ausdrückbar. Die Kontakt- und Integrationsfunktionen des Leibes differenzieren sich in den perzeptiven (wahrnehmenden) Leib, den memorativ-reflexiven (erinnern-den, denkenden) Leib und den expressiven (ausdrückenden, handelnden) Leib (vgl. Rahm e.a. 1999, S. 105ff). Das „Leib-Selbst mit seinen Ausfaltungen Ich und Identität ist die .. im Leib-Gedächtnis festgehaltene Repräsentation komplexer, interdependenter, sensumotorischer, emotionaler, kognitiver und sozial-kommunikativer Schemata bzw. Stile, die über die Lebensspanne hin ausgebildet“ (Petzold 1992a, S. 535) und wirksam werden.

Das *Ich* wird verstanden als ein Aspekt des Selbst, als ein besonderer Aktivierungszustand des Leib-Selbst, als das „Selbst-in-actu“ (Petzold 1992a, S. 692). Das Charakteristische des reifen Ich sind Bewusstsein und Kontakt. Die primären Ich-Funktionen umfassen das bewusste Wahrnehmen, das Fühlen, das Wollen, das Denken, das Entscheiden, das Handeln usw. Der Begriff der sekundären Ich-Funktionen bezieht sich auf Bereiche wie das Integrieren und Differenzieren, die intentionale Kreativität, die Selbstreflexion, die soziale Kompetenz und das Konstituieren von Sinn. Die tertiären Ich-Funktionen werden als hochkomplexe Prozesse wie die Fähigkeit zur Triplexreflexion, die politische Sensibilität und die philosophische Kontemplation angenommen. Ich-Qualitäten sind Vitalität, Flexibilität, Kohärenz und Differenziertheit (bzw. Rigidität, Desorganisiertheit usw.) (vgl. Petzold 2001p, S. 24 u. Höhmann-Kost/Siegele 2004, S. 7).

Die *Identität* des einzelnen Menschen konstituiert sich durch das Ich aufgrund von Identifizierungen (Fremdattributionen) aus dem Kontext, ihrer Bewertung (d.h. ihrer emotionalen (valuation) und kognitiven (appraisal) Einordnung in biografisch bestimmte Sinnzusammenhänge), Identifikationen (Selbstattributionen) und deren Internalisierung bzw. Archivierung im Leib-Gedächtnis. Im Prozess der Integration von Selbst- und Fremdbildern entstehen das Gefühl und die Vorstellung eines zentralen, halbwegs konstanten Ich-Zentrums oder Ich-Selber, die personale Identität. Auch wenn der Mensch im Laufe seiner Entwicklung ungezählten Einflüssen ausgesetzt ist, bleibt der zentrale Kern als Bezugspunkt der Person bestehen. Identitätsqualitäten sind Stabilität, Konsistenz, Komplexität und Prägnanz (oder Inkonsistenz, Diffusität usw.) (vgl. Petzold 1992a, S. 528ff u. 2001p, S. 22ff). Zugleich ist die personale Identität „ein Synthesebegriff, der affirmiert, dass es keinerlei persönliche Identität ohne bestimmende soziale Außeneinflüsse und deren innere Verarbeitung geben kann“ (Petzold 2001p, S. 25).

Die im Leib-Selbst verkörperten Erfahrungen fließen als dramatisch-aktionale Rollen in jede neue Szene des Lebensspiels mit ein, vergangene Atmosphären und Szenen werden unbewusst oder mitbewusst, gegebenenfalls auch bewusst aktualisiert. Die Identität des Einzelnen *verkörpert* jeweils neu eine Rolle (Leib-Selbst) und bekommt aus der ökologischen und sozialen Umwelt in der Biografie jeweils neu eine Rolle *zugeschrieben* (vgl. Osten 2000, S. 78ff). Sie entsteht durch Prozesse, in denen das Eigene im Kontakt mit dem Anderen abgeglichen wird, sie entwickelt sich im Erkant-Werden durch Andere und durch das Sich-Selbst-Erkennen. Identität ist gebunden an Interaktion, sie erfordert das permanente Aushandeln von Grenzen und insbesondere von Unterschieden zwischen dem Einen und dem Anderen.

2.2 Gesundheit und Krankheit

Im Integrativen Ansatz werden Gesundheit und Krankheit nicht isoliert voneinander betrachtet. Sie sind zwei natürliche Dimensionen der menschlichen Existenz. Neben genetischen Faktoren und Prädispositionen haben protektive Faktoren ebenso Einfluss auf die Entwicklung wie pathogene Inhalte. Gesundheit ist „eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine

Qualität des Lebensprozesses im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt“. Gesundheit meint, dass der Mensch „seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt“. Die gesunde menschliche Persönlichkeit ist das Resultat aller positiven und negativen Lebenserfahrungen. Sie ist durch das „Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren, d.h. fördernder und belastender Stilbildung, entsprechend ihrer Vitalität / Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage .. imstande, .. sich zu regulieren und zu erhalten“ (Petzold 1992a, S. 553). Krankheit ist die andere „mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibsubjektes und seiner Lebenswelt. Sie kann .. durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulation und natürliche Abbauerscheinungen“ (ebd., S. 558).

Die Integrative Therapie nennt drei Modelle zur Entstehung von Krankheit:

Nach dem *Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen* können pathogene Stimulierungskonstellationen in konkreten biographischen Szenen im Lebenskontinuum die sich entwickelnde Persönlichkeit mit ihren Dimensionen Leib-Selbst, Ich und Identität beeinträchtigen. Bei Häufungen von stressfull life-events entstehen prävalent pathogene Milieus, die schwere Schädigungen der Persönlichkeit begünstigen können: Durch schwere körperliche Verletzungen oder Gewalterfahrungen ausgelöste *Traumata* (Überstimulierungen) können das Leib-Selbst anästhesieren, im Ich Blindheiten errichten und in der Identität Löcher ausbilden; *Defizite* (Unterstimulierungen / einseitige Stimulierungen) können dazu führen, dass der leibliche Organismus Kompetenzen und Performanzen nicht ausbildet, etwa in der Wahrnehmungsfähigkeit, der emotionalen Steuerung oder der Willenskraft; *Störungen* (inkonstante / uneindeutige Stimulierungen) können im Leib-Selbst psychosomatische Reaktionen, auf der Ebene des Ich instabile Syntheseleistungen und auf dem Plateau der Identität schwankende Rollenbilder hervor rufen; *Konflikte* (gegenläufige Stimulierungen) in Form andauernd widerstreitender Anreize hinterlassen Spannungszustände im Leib-Selbst, Zerrissenheit im Ich und Unvereinbarkeiten in der Identität.

Das *Pathogenesemodell der Repression emotionaler expressiver Impulse* fußt auf der Annahme, dass die Verhinderung leiblichen Ausdrucks krankheitsverursachend wirkt. Negative Ereignisse führen gegebenenfalls zu Impulsrücknahme, Selbstanästhesierung oder Abspaltung als dysfunktionale Bewältigungsformen, die objektivierbare psychophysiologische Auswirkungen haben.

Das *Pathogenesemodell zeitextendierter multifaktorieller Überlastung* vereint die beiden vorgenannten Entwürfe und betont die Entwicklungsprozesse über die Lebensspanne: Es kommt zu Überforderung, wenn Belastungssituationen und externale Ansprüchen über einen längeren Zeitraum keine stützende Umwelt, unzureichende äußere und innere Ressourcen sowie keine auseichende persönliche Stabilität gegenüber stehen. In jedem Lebensalter sind schwere seelische Schädigungen möglich (vgl. Petzold 1992a, S. 570ff).

Ebenso ist die Chance auf Kompensation und Heilung zu jedem Zeitpunkt möglich. Bei pathogenen Einwirkungen kann Stressbewältigung gelingen, wenn die Betroffenen trotz der belastenden Situation noch interagieren, sich Hilfe und Unterstützung holen können bzw. ihre Integrität durch Rückzug oder Aufschub solange zu wahren vermögen, bis protektive Faktoren intersubjektiv zur Geltung kommen. Als Faktoren der *Salutogenese* haben zu gelten: „*Anregung* (multiple, positive Stimulierung, die der jeweiligen Verarbeitungs- und Handlungskapazität angemessen ist), *Herausforderung* (starke, bewältigbare Stimulierung, z.B. von Entwicklungsaufgaben), *Support* (unterstützende, bekräftigende Stimulierung), *Konsolidierung* (ausgleichende, beruhigende Stimulierung)“ (Petzold 2000a, S9). Als günstige protektive Faktoren in der Kindheitsentwicklung seien beispielhaft aufgezählt: soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes (in und außerhalb der Familie); positive Erziehungsklimata in Segmenten der Lebenswelt; verlässliche Zuwendung durch einen Significant caring adult; soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln; kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit; intakte Familienstrukturen während der Pubertät und Adoleszenz; intakte soziale Netzwerke u.a. Sind die erlebten Überlastungen nicht in jedem Fall übermächtig, können Widerstandskräfte entstehen, die in den Entwicklungsprozess als Resilienzen begünstigend einwirken: eine grundlegende Disposition zur Vitalität; die Fähigkeit, Belastungen effektiv zu bewältigen; die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren u.a. (vgl. Petzold 2002b, S. 50f).

2.3 Entwicklung der Persönlichkeit

Eng mit der Persönlichkeitstheorie verbunden ist die Entwicklung der Persönlichkeit. Sie zieht sich über die gesamte Lebensspanne (life-span-developmental-approach) und stellt sich dar als ein lebenslang währer, grundsätzlich konflikthafter Prozess in Kontext und Kontinuum. Entwicklung ist nicht losgelöst zu sehen von der Begegnung mit der Umwelt. Im beständigen Dialog mit der Umwelt muss der Einzelne seine Individuation handelnd, intersubjektiv und in Abstimmung der Affekte entwickeln. Schon das fötale Kind im Mutterleib (nach der achten Woche) tritt mithilfe seines sich bildenden archaischen Selbst in diesen Dialog ein. Von nun an wird neu Hinzugekommenes in Früheres eingearbeitet, und umgekehrt findet Frühes in Späterem seine Überarbeitung. Nach und nach tauchen Entwicklungslinien auf, die lebenslang beibehalten werden und wirksam sein können. Dabei beinhaltet jede Lebensphase bestimmte Entwicklungsthemen und jeweilige protektive und Risiko-Faktoren (vgl. Osten 2000, S. 95ff).

Eine der Grundkategorien in der Persönlichkeitsentwicklung ist die gesellschaftlich begründete Herausbildung der Geschlechter-Rollen. Das Selbstverständnis von Männern und Frauen wird in sozialen Gemeinschaften durch vorherrschende Männer- und Frauenbilder und die Bewertungen von Männlichkeit und Weiblichkeit bestimmt. Diese sind durch Sozialisierungseinflüsse in jedem verankert. Wie eine Frau als Frau und ein Mann als Mann zu sein haben, wird nicht nur von der gegenwärtigen gesellschaftlichen Wirklichkeit bestimmt, sondern auch von Wertungen und Normen, die sich geschichtlich über Jahrhunderte entwickelt haben und dem Einzelnen in Enkulturations- und Sozialisierungsprozessen vermittelt werden. Das Individuum erlernt im gesellschaftlichen Kontext Männerrollen und Frauenrollen, die ihm ‚auf den Leib geschrieben‘ werden und ihm ‚in Fleisch und Blut über‘ gehen (vgl. Orth 2002, S. 11).

2.4 Männliche Sozialisation

Aus soziologischer Sicht geht es um die Integration des Einzelnen in die kulturell vorgegebenen Rollen-Systeme. In der Kindheit lernt ein Sohn durch das Alltagshandeln des Vaters (oder einer anderen verbindlichen männlichen Bezugsperson), wie man (der Mann) mit Anforderungen in sachlicher und emotionaler Hinsicht umgeht. Die Problemlösungen des Jungen gehen durch das Miterleben direkt darauf zurück, wie der Vater seine Fragen beantwortet. Entscheidend ist dabei die emotionale Aufrichtigkeit, die der Vater dem Sohn gegenüber zeigt.

Für die Entwicklung der Identität als Mann gelten jedoch infolge der gesellschaftlichen Vorgaben schon von frühester Kindheit an gewisse Einschränkungen gegenüber dem angestrebten Ideal einer gesunden Lebensweise, wie es oben vorgestellt wurde. Dies gilt selbstverständlich auch für die weibliche Entwicklung, jedoch auf eine andere Weise. Ein Dilemma etwa liegt in unserer Gesellschaft darin, dass die frühkindliche Sozialisation in einer frauengeprägten Alltagswelt stattfindet. Für den sich individuierenden Jungen ist der Vater als sinnhaft arbeitende Persönlichkeit so nur schwer zu erfassen. Er erfährt zwar, wie Frauen Alltagsprobleme lösen, männliche Bewältigungsleistungen aber und vor allem die sie begleitenden Emotionen und Bedürftigkeiten zeigen sich ihm nur ausschnittsweise abends oder am Wochenende. Der Junge ist auf seine Fantasien über den Vater angewiesen, statt ihn durch Mittag kennen zu lernen (vgl. Böhnisch 2004, S. 139f).

Das fehlende konkret erlebte Wissen über den Vater nimmt dem Jungen wichtige Möglichkeiten der männlichen Geschlechtsidentifikation. Der gesellschaftliche Prozess der Konstruktion der sozialen Kategorie ‚Geschlecht‘ vermittelt ihm im Verein mit geschlechtshierarchischer Arbeitsteilung sowie geschlechtsspezifischen Interaktionsformen und Rollensystemen ein Bild von Männlichkeit, das sich besonders auszeichnet durch seine Unterschiede gegenüber Weiblichkeit. Es liegt nahe, dass Jungen in Ermangelung des leiblich erfahrenen Vaters zur Erlangung männlicher Identität danach greifen, *nicht* so zu sein wie die Frau, also nicht Nicht-Mann (vgl. Böhnisch 2004, S. 97). Sie selbst sind aufgrund ihres frühen Entwicklungsstandes kaum in der Lage, die gesellschaftlichen Einflüsse zu reflektieren und zurück zu weisen. Die selbstverständlich auch bei Jungen vorhandenen weichen Persönlichkeitsanteile wie Empathie, Fürsorglichkeit usw., welche die Gesellschaft eher Frauen zuschreibt, können auf diese Weise zum Objekt der Ablehnung werden - mit dem Ergebnis der Abwertung und Furcht vor den eigenen Emotionen. In der Orientierung der Jungen auf Muster männlicher Sozialisation manifestieren sich dann Leitlinien mannbarer Lebensbewältigung: Externalisie-

rung (Außenorientierung in Wahrnehmung und Handeln, Mangel an Bindung zu sich selbst, mangelnde Fähigkeit zur Empathie, schwache Beziehungsfähigkeit), Stummheit und Alleinsein (emotionale Sprachlosigkeit über sich selbst), Rationalität und Kontrolle (Überbetonung des Verstandes gegenüber dem selbstbezogenen Inneren), Körperferne (Funktionalisierung und Vernachlässigung des eigenen Körpers, Ablehnung des anderen männlichen Körpers) und Gewalt (Macht gegen andere und natürliche Ressourcen, zerstörerischer Umgang mit sich selbst) (vgl. Böhnisch 2004, S. 194ff).

Die Identifikation mit dem eigenen Geschlecht - ein Meilenstein in der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung - ist neben den beschriebenen sozialen Faktoren auch wesentlich auf genetische Dispositionen zurück zu führen. Während Unterschiede zwischen Mann und Frau als Ergebnis geschlechtstypisierender Projektionen aus der Umwelt schon früh wahrgenommen werden, treten mit achtzehn Monaten beim Spielen mit dem eigenen Geschlecht erstmals Anzeichen in der Physiologie auf (gepresster Atem, erhöhte Pulsfrequenz), die bei Erwachsenen als Begleiterscheinungen sexueller Erregung gelten. Mit dreißig Monaten kann sich das Kleinkind geschlechtsspezifisch selbst zuordnen (Geschlechtsidentität) und hat spätestens mit sechs Jahren erkannt, dass sein Geschlecht unwandelbar ist (Geschlechtskonstanz). Bereits das eineinhalb Jahre alte Kind ist in der Lage, Repräsentationen der sie umgebenden Welt abzuspeichern und willentlich wieder abzurufen: es ist als ein wacher und kompetenter Interaktionspartner anzusehen. Allerdings ist erst mit vier Jahren von einer Permanenz der eigenen Identität auszugehen: jetzt kann das Kind das Andersein des Anderen exzentrisch wahrnehmen. Die Interaktionen mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil nehmen deutlich an Anzahl und Intensität zu. Damit einher geht eine wachsende geschlechtsspezifische Rollen-Identifizierung. Mit sechs Jahren ist die Fähigkeit zur Intersubjektivität beim Kind voll ausgebildet (vgl. Osten 2000, S. 212ff).

Während ab dem Schulalter der Peer-Gruppe mehr Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung zukommt, ist ab der Adoleszenz trotz der anstehenden Ablösung vom Elternhaus erneut der elterliche Erziehungsstil bedeutsam. Dann bieten unterstützende und sich selbst-behauptende Kontrollverfahren der erwachsenen Bezugspersonen günstigere Entwicklungsbedingungen als autoritär-direktive, aufdringlich-inadäquate oder nicht-direktiv-desinteressierte Formen (vgl. Osten 2000, S. 272ff).

Die Aufnahme des Konsums von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen wird durch die Hinwendung zur Peer-Gruppe besonders für Jungen begünstigt. Die Jugendlichen lösen sich von den Eltern ab und dokumentieren durch den Konsum einerseits die Abgrenzung von der Erwachsenenwelt, andererseits die symbolische Zugehörigkeit zu ihr. Männliche Jugendliche überschreiten im Querschnitt eher und häufiger als Mädchen die Grenze vom gelegentlichen zum massiven Konsum. Der gesundheitlichen Risiken sind sich die heranwachsenden Männer durchaus bewusst, jedoch geht ihr Verhalten in der Peer-Gruppe mit erheblichen Vorteilen für das Selbstwertgefühl einher. Dem vordergründigen Wunsch nach Anerkennung liegt letztlich die Suche nach dem eigenen Inneren, der eigenen ‚identischen‘ Rolle zugrunde. Zu bemerken ist, dass trotz der hohen Zahl frühen regelmäßigen Konsums junger Männer nur ein geringer Teil eine behandlungsbedürftige Suchtmittelabhängigkeit entwickelt (vgl. Hurrelmann 2004, S. 1ff).

3. Auswirkungen in der Suchtkrankenarbeit

Es spricht vieles dafür, dass die oben beschriebenen Muster zur männlichen Alltagsbewältigung Externalisierung, Kontrolle, Gewalt und Körperferne bei der Charakterisierung männlichen Suchtverhaltens eine Rolle spielen. Die begriffliche Nähe zum Suchtmittelkonsum drängt sich auf. Der Verlust der Kontrolle über den Suchtmittelkonsum bedeutet einen massiven Bruch in der Selbstwertentwicklung des Mannes, da das männliche Prinzip sich nun gewissermaßen gegen den Abhängigen selbst wendet. Der Verlust der Selbstkontrolle ist in der Regel verbunden mit einem sozialen Realitätsverlust, der noch eine Zeit lang durch ein Mehr an Einflussnahme aufrechterhalten werden kann, bis das Gesamtsystem kollabiert (vgl. Spilles/Weidig 2004, S. 27f).

Im ICD-10 wird das Abhängigkeitssyndrom definiert als Komplex von Verhaltens-Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Kriterien wie der Zwang zum Substanzkon-

sum, die verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, die körperliche Toleranzentwicklung oder das körperliche Entzugssymptom beschreiben die äußeren Anzeichen von Abhängigkeit (vgl. Dilling e.a. 1993), geben jedoch keine weiteren Hinweise auf die psychische Struktur und auf die Persönlichkeit des Suchtkranken. Auch andere Charakteristiken sind ungenau (vgl. z.B. Feuerlein 1989 o. Rieth 1992).

Entsprechend der Gesundheits- und Krankheitslehre des Integrativen Ansatzes wird die Abhängigkeitserkrankung aus einem mehrperspektivischen Verständnis als eine multifaktoriell bedingte Gebrechlichkeit des Gesamtsystems angesehen. Abhängigkeit ist eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung, welche die Persönlichkeit des Betroffenen sowie sein soziales Netzwerk beschädigt und gegebenenfalls zerstört. Sie ist nicht nur eine Erkrankung der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk erkrankt ebenfalls und das Netzwerk gehört zur Person (vgl. SKM 2003, S. 19).

Auf physiologischer Ebene lassen sich bei der Betrachtung von Abhängigkeit Ergebnisse der Neurophysiologie heranziehen. Sie wird als der Versuch beschrieben, einen Mangel an körpereigenen, lust-auslösenden Botenstoffen durch chemische Mittel zu ersetzen. Zeitextendierter Stress kann zu einem Versagen der psychophysiologischen Regulationsmechanismen führen, das Suchtmittel ersetzt schließlich diese Regulierung. Auf psychologischer Ebene ist die Persönlichkeit des Abhängigen durch die „Neigung zu pathologischer Konfluenz“ (Petzold; wörtl. Zitat 11/04) geprägt, also von der Unfähigkeit, sich gegen schädigende Einflüsse der Umwelt und gegen Überflutung durch Erinnerungen, Gefühle und Fantasien adäquat abzugrenzen. Eine beeinträchtigte Ich-Entwicklung, verbunden mit einem schwachen positiven Selbstbild, führen dazu, dass der Betroffene vor den Anforderungen der Umwelt flieht in einen Zustand innerer Konfluenz, zu dem ihm das Suchtmittel verhilft. Bei der Betrachtung der sozialen Dimension lässt sich feststellen, dass viele Suchtkranke biografisch und aktuell problematische soziale Netzwerke aufweisen. Sie haben sogenannte Broken-home-Familien erlebt oder einseitige Rollenbilder in der Familie erfahren, welche die Fähigkeit, konflikthafte Lebensereignisse konstruktiv zu regulieren, nicht ausreichend gestützt haben, sodass beim Zusammenbruch gegebener Lebensbedingungen keine Bewältigungsmöglichkeiten mehr gegeben waren (vgl. SKM 2003, S. 18f).

3.1 Beschädigungen der Identität des Suchtkranken

Die Abhängigkeit von Suchtmitteln jedweder Art führt zu einer massiven Beeinträchtigung der *Leiblichkeit*. Zu nennen sind die vielfältigen direkten Suchtmittel-Folgeerkrankungen (z.B. Leberschäden) sowie andere Krankheitsrisiken wie Hepatitis oder die HIV-Infektion. Die mit Drogen einhergehende soziale Verelendung führt gegebenenfalls zu weiteren multiplen Schädigungen wie Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen. Durch die Beeinflussung der Sinnes-, Wahrnehmungs- und Interpretationsfunktion durch den Suchtmittelkonsum geht das Gefühl für sich selbst, für die eigene Bedürftigkeit und Befindlichkeit verloren, gegebenenfalls werden Körper- und Gefühlswahrnehmungen abgespalten (Anästhesierung, Selbstverletzung). Durch die Einschränkungen der perzeptiven Funktionen des Leibes entsteht eine veränderte, unrealistische Wahrnehmung seiner selbst und der Umwelt. Der Suchtmittelkonsum verändert auf die Dauer den „Leib, die Fähigkeit, sich selbst in ihm wahrzunehmen, sich selbst und seine Empfindungen und Gefühle ‚gesund‘ zu attribuieren; und so verändert sich durch den Suchtmittelgebrauch über die Zeit hin die Persönlichkeit“ (Osten 2004, S. 227).

Auch die *sozialen Kontakte* werden im Verlauf der fortschreitenden Suchterkrankung zunehmend beeinträchtigt. Mit der Dauer der Abhängigkeit ziehen sich Verwandte und Bekannte zurück und der Abhängige selbst klappt aus eigener Initiative vorhandene Kontakte, um seine Sucht zu verbergen. Innerhalb der Familie entstehen aus dem Versuch zu helfen co-abhängige Konstellationen, die gerade nicht zu einem schnellen Ausstieg aus der Sucht führen; am Ende steht oft der Verlust der Familie. Schließlich führt die Krankheit zur vollständigen Isolation von stützenden Konvois, Kontakte werden primär rein funktional zu Menschen gehalten, die ebenfalls süchtig erkrankt sind.

Der Suchtmittelmissbrauch bringt eine *Leistungsminderung* mit sich, die sich im familiären wie im beruflichen Feld auswirkt und früher oder später mit dem Verlust der Arbeitsfähigkeit und auch der geschäftlichen Anstellung verbunden ist. Die Freizeit wird nach und nach dominiert von einem

Rückzug in sich selbst und kann ihre eigentlichen Funktionen (z.B. die leibliche Regeneration, die Pflege der Sozialkontakte) nicht mehr erfüllen.

Die Beschaffung von Suchtmitteln ist kostspielig und wird mit zunehmendem Verlauf kostenintensiver. Oft müssen vorhandene *materielle Ressourcen* abgebaut werden (Verlust des Eigentums, der eigenen Wohnung usw.) oder gehen in einem leidvollen schleichenden Prozess verloren und es bleibt zuletzt der Gang zur staatlichen Hilfe.

Mit der Krankheit geht ein Verlust an individuell und gesellschaftlich bedeutsamen *Werten* einher. Beispielsweise orientieren sich der Kokain- oder der Alkohol-Abhängige positiv an gesellschaftlich akzeptierten Wertidealen wie Arbeit, Leistung und Erfolg, sie zahlen aber letztlich mit dem Verlust der gesunden leiblichen Basis. Und auch der Opiat-Konsument orientiert sich an denselben Idealen, wenn auch in ihrer Negation. Der Suchtmittelkonsum führt mit fortschreitender Erkrankung zu einer Werteverchiebung, die Werte sind zuletzt nur noch szenespezifisch relevant und führen zu einem weiteren Absterben sozialer Einbindung.

3.2 Beschädigungen des sozialen Umfeldes - Co-Abhängigkeit

Suchtmittelmissbrauch und -Abhängigkeit spielen sich immer im sozialen Umfeld ab. Insbesondere die familiären Bezugspersonen des Kranken, die aus einer positiven Bindung heraus helfen wollen, verhalten sich oft falsch. Die Familienmitglieder übernehmen sukzessive Verantwortung für die Bedürfnisse des Erkrankten und geben ihren eigenen Anliegen nicht mehr ausreichend Raum. Ihre psychische und leibliche Gesundheit und ihr eigenes soziales Leben nehmen Schaden. Angehörige werden zu Problemmanagern des Abhängigen. Tag für Tag sind sie (vergeblich) bemüht, seine Probleme zu verstehen, sie intern zu lösen, ihn zu entschuldigen und zu decken gegenüber den Anforderungen der Außenwelt. Bei den Angehörigen entstehen Enttäuschung, Wut, Verzweiflung, Schuld, Trauer und ein Gefühl von Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit und Isolation. Dieses Verhalten der Co-Abhängigen kann durchaus als zwanghaft beschrieben werden und deckt sich in fataler Weise mit dem Gefühl der Hilflosigkeit, das der Abhängige selbst erlebt. Wird der Suchtkranke nicht mit den negativen Konsequenzen seines Handelns im Alltag konfrontiert, wird er aus eigener Überzeugung nichts ändern wollen und seine Krankheit weiterhin vor sich selbst und seinem Umfeld verleugnen. Zugleich erlebt er die Eingriffe der Angehörigen zu Recht als entwürdigend und hat damit einen guten Rahmen für die Projektion der eigenen Unzulänglichkeit auf die Angehörigen. Neben der aktiven Neuorientierungen des Kranken müssen sich auch die Co-Abhängigen (Familie, Freunde, Arbeitskollegen) aus der Verantwortung für seine Lebensgestaltung zurückziehen und sich zugleich ihrer eigenen Selbsttäuschung entledigen, sie könnten den anderen retten.

Dies gelingt aufgrund der familiären Narrationen am ehesten mit fremder Hilfe. Dem auf die Gesundheit des gesamten sozialen Kontextes im Kontinuum ausgerichteten therapeutischen Setting in der Paar-, Familien oder Gruppenkonstellation kommt dabei besondere Bedeutung zu, denn die Arbeit in der Gruppe bringt andere und vielfältigere Lernformen als die Einzelberatung mit sich: sie fördert den Polylog unter Gleichen, bietet verschiedene Formen der zwischenmenschlichen Kommunikations- und Beziehungsstile an (Stichwort Relationalität) und ermöglicht die Erfahrung von Bewusstwerdung, Empathie, Exzentrizität, und Solidarität. So kann es in der Gruppe zu Effekten von Nach- und Neu-Sozialisation kommen (vgl. Petzold 2002b, S. 58ff).

3.3 Persönlichkeitsentwicklung in durch Sucht beschädigten Familien

Kinder, die in einem von Suchtmittelabhängigkeit belasteten familiären Umfeld aufwachsen, unterliegen einem erhöhten Risiko einer eigenen Suchterkrankung. Das Suchtproblem eines Elternteiles ist eine Problematik, der sich niemand in der Familie entziehen kann. Für Kinder bedeutet dies eine ständige Situation der Angespanntheit, da die Handlungen des Abhängigen in der Familie wenig verlässlich und schwer vorhersehbar sind. Er ist völlig den eigenen Stimmungen unterworfen und wirkt fordernd in die Familie hinein, diese mit seinem Leid dominierend. Die Kinder jedoch erleben die willkürlichen Aktionen als Reaktion auf ihr eigenes Verhalten, sie glauben sich verantwortlich für Wohl und Wehe der ganzen Familie – und sie sind mit allen Kräften (und völlig vergeblich) bemüht, das Gute zu tun. Der Abhängige bietet dabei gerade das Gegenteil eines Modells für angemessenes soziales Verhalten: er übt einerseits Gewalt aus und setzt andererseits keine Grenzen, er for-

dert seine Kinder, fördert aber nicht ihre Kompetenzen, er verlangt von ihnen Ehrlichkeit, bietet aber selbst keine Aufrichtigkeit. Die Kinder sind extremen Belastungen ausgesetzt (zeitextendierter Stress), die sie nicht konstruktiv bewältigen können. Die erlebten familiären Grundsätze sind verbal nicht zugänglich und können als Familienvereinbarung auch viele Jahre später noch wirken („Das Wichtigste ist das Suchtmittel“, „Die Familie geht über alles“, „Über wichtige Dinge spricht man nicht“, „Niemand darf sagen, was er wirklich fühlt“; vgl. Lambrou 1990).

3.4 Entwicklung der Identität als Vater in durch Sucht beschädigten Familien

Die Identität als die Schnittfläche zwischen Individuum und Gesellschaft braucht den Einzelnen als aktiven Teilnehmer eines fortwährenden Prozesses, zugleich hängt der Mensch von seinem Kontext ab im Wechsel von Zuschreibungen, Bewertungen und Verinnerlichungen. Dies bringt naturgemäß Konflikte und Konflikthafes mit sich, erfordert gar auch Differenz und Dissens, ohne die es keine Weiterentwicklung und keine Integrationsmöglichkeiten gäbe (vgl. Petzold 2001p, S. 37). Wenn der Vater in der Familie der Suchtmittelabhängige ist – davon will ich im Folgenden ausgehen – hat dies für einen Jungen gravierende Folgen, die Ausbildung der eigenen männlichen Identität betreffend. Dieser Aspekt ist zu verstehen als Schnittpunkt einer Mehrgenerationenperspektive: zu den enkulturierten und sozialisierten gesellschaftlichen Vorgaben kommen noch innerfamiliäre tradierte und bei vorliegender Abhängigkeit pathogene Bedeutungen, die der heranwachsende Junge zu bewältigen hat.

In Familien, in denen der Vater schwach in der sozialen Auseinandersetzung, unbeteiligt an den Erziehungsaufgaben oder überwiegend bzw. gänzlich abwesend ist, in denen die Elternbeziehung nicht zugewandt und die Mutter mit ihrem Mann unzufrieden ist, entwickeln die Söhne entweder überzogen maskuline Züge mit einer schwachen sozialen Bindungsfähigkeit, oder aber es bilden sich unterwürfige Züge heraus mit einem mangelnden Selbstwertgefühl und einer hohen Vulnerabilität. Andererseits begünstigt restriktives Verhalten des Vaters die gesunde Entwicklung des Jungen zum Mann, wenn sie auf eine liebevolle, unterstützende Vater-Sohn-Beziehung aufbaut (vgl. Fthenakis 1985 I, S. 316ff). Eine Suchtmittelabhängigkeit des Vaters darf durchaus als eine Art psychischen Unbeteiligtseins an der gesunden Entwicklung des Sohnes verstanden werden, also als Abwesenheit. ‚Vaterlose‘ Jungen sind Untersuchungen zufolge in der moralischen Entwicklung und Urteilsfähigkeit weniger weit entwickelt als Jungen aus vollständigen Familien. Sie können Versuchungen schlechter widerstehen, begehen häufiger Regelverletzungen und verhalten sich aggressiver im Sozialen (vgl. ebd., S. 363 u. 346). Hier scheint erneut unmittelbar die Nomenklatur der Suchtmittelabhängigkeit auf.

In einer Familie, in welcher der Vater abhängig trinkt, verändert sich die innerfamiliäre Aufgabenverteilung. Der Abhängige gibt nach und nach immer mehr Funktionen ab, die Co-Abhängigen übernehmen sie (die Kinder in besonderen Rollenausprägungen). Der gewöhnliche Prozess des wechselseitigen Aushandelns von Identität, also des Austarierens „von Grenzen durch Ko-responsenzen, Konsens-Dissens-Prozesse von Subjekten in sozialen Netzwerken und Welten, welcher gelingt, wenn sich individuelle Identitätsarbeit mit einer kollektiven, auf die Identität der Gemeinschaft gerichteten Arbeit verbindet“ (Petzold 2001p, S. 2), kann hier immer weniger stattfinden. Das Gleichgewicht zwischen allen Polylog-Partnern verschiebt sich pathogen in dem Sinne, dass sowohl beim Abhängigen als auch bei den übrigen Familienmitgliedern die Sicht auf den Anderen vorwurfshaft in den Vordergrund rückt („du hast ..“, „er ist ..“), im Prozess der Identitätsfindung die Fremdattributionen (Identifizierungen) immer mehr abgewertet werden und es schließlich zu starren familiären Rollenbildern kommt, die nur mehr idealisierte Selbstattributionen zulassen und sowohl die Selbstreflexion als auch den Dialog ausschließen. Die individuell-persönlichen Wirklichkeiten der Rollen in der erkrankten Familie koppeln sich ab von den kollektiv-gesellschaftlichen Erfordernissen dieser Rollen, die Vielfältigkeiten des Individuums werden nicht mehr gesehen und seine Einzigartigkeiten (vgl. ebd., S. 17) werden auf einige wenige Einzelkriterien überhöht: der Abhängige wird als ‚willensschwach‘ tituliert, die Angehörigen von diesem als diejenigen erlebt, welche ihm ‚was wollen‘. Während der Abhängige einerseits zunehmend nicht mehr das Gemeinwohl der Familie im Blick hat und diese Sichtweise gar nicht mehr einnehmen kann, entfernt er sich durch die permanente Vergiftung des Körpers und die dauerhafte Manipulation seiner Emotionen und Empfindungen sukzessive von der menschlichen Grundlage der Selbsterfahrung, seinem erlebensfähigen Leib, seinem Leib-Selbst. Die Person, das personale Selbst wird sich selbst fremd. Es identifiziert sich nur noch aus

den „lebensgeschichtlich in Enkulturation bzw. Sozialisation erworbenen“ sowie „emotional bewerteten (valuation), kognitiv eingeschätzten (appraisal) und dann verkörperten Bildern und Aufzeichnungen über die Welt“ (ebd., S. 28). Das bedeutet für die Vater-Rolle, dass sich der Abhängige nur mehr als (kulturgeschichtlich) idealisierter Vater sieht, sich aber nicht mehr als reale Person darstellt, die in ihrer Rolle als Vater dem Sohn bestimmte Funktionen wie Nähe, Zuverlässigkeit, Konstanz, Wärme, Geborgenheit, aber auch Verantwortung, den Diskurs, die Abgrenzung u.a. aktiv anbietet. Der Vater lebt nicht mehr vor, dass er über identitätsstiftende Willensprozesse der kreative Gestalter seines eigenen Selbst ist.

Von Seiten des Sohnes werden diese Lücken emotional-leiblich erlebt und schreiben sich in das eigene „Leibgedächtnis“ ein (Petzold 2000j, S. 11). Er erlebt im Wesentlichen die Abwesenheit des Vaters. Er kann das (Nicht-)Erlebte rational aufgrund der erreichten Entwicklungsstufe der Persönlichkeit noch nicht erfassen oder jenes wird, die eigene Integrität schützend, erfolgreich verdrängt (und kann oft erst im Erwachsenenalter tiefgründig verstanden werden). Das Kind, das mit seinen emotionalen, volitiven, kognitiven und sozialkommunikativen Kompetenzen und Performanzen gerade seine personale Identität ausbildet, macht multiple Mangel Erfahrungen, erlebt negativ-stigmatisierende Fremd-Attributionen, Abwertungen, Ressourcenentzug oder Misshandlung. Dass in der co-abhängigen familialen Struktur die Mutter, Geschwister und andere wichtige Bezugspersonen dieses Spiel mitspielen, lässt dem Jungen zunächst gar keine Wahl. Er passt sich aufgrund der Entwicklungs-Abhängigkeit in der Gemeinschaft in dieses Angebot ein und erlebt leiblich: „so funktioniert die Welt, so und nicht anders *ist* die Welt, so (über-)lebe ich“ – und ebenso gilt: „so ist mein Vater, so *ist* Vater“; „so bin ich, so *ist* Sohn-Sein“.

In der Rückschau berichteten die Patienten oft, die prägende emotionale Atmosphäre der eigenen Kindheit seien Angst und eine grundlegende Unsicherheit im Alltag gewesen. Dem Vater gegenüber habe sich die Angst zu einem späteren Zeitpunkt (Pubertät) in Wut, Hass und eine tiefe Verachtung gewandelt, bis hin zu körperlichen Züchtigungen des Vaters. Übereinstimmend wird das Bedürfnis genannt, auf gar keinen Fall im Leben in irgendeiner Andeutung so zu sein wie der Vater. Lange wurde aus subjektiver Sicht vor allem das eigene Anders-Sein gelebt – was sich im Nachhinein, oft schon bei oberflächlicher Betrachtung, als Selbsttäuschung erwies.

Für den erwachsen gewordenen Sohn, der in einer von Alkoholismus deformierten Familie aufgewachsen ist, sind die verdrängten, gleichwohl leiblich aufbewahrten Erfahrungen in der Regel nicht ohne weiteres zugänglich. Wenn in der Kindheit gelernt worden ist, dass die Welt funktioniert, indem *nicht* miteinander kommuniziert wird, wird dieses Narrativ auch weiterhin Gültigkeit haben. Die Abwertung von Fremdattributionen durch den Vater, seine Verweigerung von Ko-respondenz-Prozessen (vom Kind subjektiv erlebt als willentliche Entscheidungen des Vaters) sowie die altersunangemessene Übernahme von Verantwortung für das Überleben der Familie durch den Sohn führen dazu, dass auch das erwachsen gewordene Kind Konsens-Dissens-Prozesse u.U. nicht ausreichend zu handhaben versteht. Dies gilt insbesondere, wenn die heutigen Interaktionsmuster Merkmale der damaligen Strukturen wiederholen: in der unbewussten Identifikation mit dem Aggressor wird der Herangewachsene, wenn er selbst Vater geworden ist, solange die Mangel Erfahrungen der eigenen Kindheit wiederholen, bis er an seine leiblich-seelisch-geistig-sozialen Grenzen stößt. Die in der Kindheit gelernten „Rollen sind leiblich konkret verkörperte Realität“ (Petzold 1992a, S. 698). Die gelernte Vater-Rolle wird sich daher weiterhin verkörpern und in den sozialen Raum hinein entäußern. Der Erwachsene spielt „Stücke, die von anderen .. geschrieben worden sind, die der Vater entworfen hat, deren .. Lösungen für vergangene Zeiten richtig waren, für die Gegenwart aber oft nicht mehr ausreichen oder dysfunktional geworden sind“ (ebd., S. 908).

Die Identitätsentwicklung eines eigenen Kindes wird für diesen Erwachsenen unter besonderen Belastungen ablaufen, gerade weil er als Vater sich so unbedingt von dem leidvoll erlebten eigenen Vaterbild distanzieren und dem idealen Vater seiner Kindheitsfantasien nahefeiern will, also ein guter Vater sein möchte. Bringt sich sein Sohn mit seiner ganzen leiblich-kreativen Kraft in die Interaktion ein und stellt an den Vater die natürlichen entwicklungsgemäßen Konsens-Dissens-Anfragen, wird er den ganzen Vater herausfordern, auch den Teil, der von den eigenen emotionalen Ressourcen abgespalten ist. Er wird dies nicht rational abgewogen tun, sondern affektiv und impulsiv, und damit für den Vater eine Situation herauf beschwören, die dieser von seiner Kindheit kennt: die beängstigende Unberechenbarkeit des eigenen Vaters wird in seinem Sohn wieder aufleben und das

idealisierte Vaterbild, welches er selbst zu verkörpern bemüht ist, aufgrund der leiblichen Entäußerung seiner Vater-Erfahrungen an die Grenzen realer Interaktion führen.

Konsumiert der Vater abhängig, ergeben sich wie von selbst die umgekehrten Rollen der Vergangenheit: der Vater wird die Fremdattributionen durch das eigene Kind abwehren, das Kind als „schwierig“ wahrnehmen und ob der Probleme, die ihm der Sohn macht, Trinkanlässe finden. Er wird das reale, ko-kreative Kind abwerten zugunsten eines idealisierten Bildes vom Sohn (das liebe Kind, das dem Erwachsenen Freude bringt). Der Sohn andererseits wird den Vater in seiner emotionalen Zuwendung als zunehmend wechselhaft und schließlich distanziert von sich selbst erleben und in dem Bemühen, seine Liebe zu erhalten und zu bewahren alles daran setzen, stets das zu tun, was der Vater von ihm erwartet – und er wird darunter leiden, nicht mehr selbst gesehen zu werden. Allmählich werden sowohl der psychophysisozial multimorbide Vater wie das zeitextendierte und multifaktoriell überlastete Kind die gleichen starren Rollenbilder entwickeln, welche die Kindheit des Vaters bestimmten. Schließlich wird das heranwachsende personale Selbst unter dem Druck der kumulierten Misserfolge „eine Schwächung der Gesamtbefindlichkeit der Person über die Stabilisierung dysfunktionaler Bewältigungs- und Abwehrstrategien einleiten“ und „maligne Narrative“ entwickeln (Petzold 1992a, S. 608f).

4. Praktische Erfordernisse in der integrativen Suchtkrankenarbeit

Das Integrative Verfahren ist auf den ganzen Menschen in seiner gesamten Lebensspanne gerichtet. Dieser wird mit seinen Problemen, Ressourcen und Potentialen in seinem Umfeld und seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang diagnostisch in den Blick genommen, um mit ihm spezifische Behandlungsziele zu erarbeiten. Es geht darum, schwache oder destruktive Netzwerke zu verbessern, beschädigte Gesundheit und Identität wieder herzustellen, die Entwicklung der Persönlichkeit zu fördern oder bei der Verarbeitung von irreversiblen Schädigungen Bewältigungshilfe zu geben. Ausgangspunkt ist eine komplexe Krankheitsbestimmung im Sinne einer ökologischen Phänomenologie und einer leibbezogenen Differentialdiagnostik, welche die Suchtspezifika mit berücksichtigt (vgl. Osten 2004, S. 227).

Die Abhängigkeit ist zunächst diejenige Anpassungsform, auf die sich der Betroffene bezieht. Durch den fortgesetzten Suchtmittelmissbrauch hat sich die Persönlichkeit verändert. Mit dem Verlust des Kontaktes zum eigenen Körper fehlen Erfahrungsmöglichkeiten wie gelungene Abgrenzung, das Erlebnis von Intersubjektivität oder Ko-kreativität. Es entsteht eine Desorientierung in sich und in der Welt. Der Wandel der eigenleiblichen Wahrnehmung hin zu einem Verlust der Sensibilität für sich selbst bewirkt, dass der Süchtige nicht verlässlich und sozial angemessen fühlt, was er braucht und wie er für sich sorgen kann. Aufgrund des Fehlens gesunder und ausreichender Lösungsmechanismen gelingt es ihm nicht, aus eigener Kraft heraus zu *handeln*, sondern nur mithilfe der Droge zu *reagieren*.

4.1 Fokaltherapeutische Behandlung des Suchtkranken

In der integrativen fokalen Kurzzeittherapie werden psychische oder psychosomatische Erkrankungen ressourcenorientiert und erlebnisaktivierend so bearbeitet, dass „eine Entlastung der Persönlichkeit im Gesamt ihres Problempotentials“ und eine „eigenständige Weiterbearbeitung mit den Supportsystemen der Alltagswelt“ (Petzold 1993, S. 1f) möglich wird. Daran ist der Patient durch sein Erleben, seine Selbstexploration und seine Interaktion mit dem Therapeuten zentral beteiligt. Diagnose und Therapie fallen gewissermaßen zusammen in der prozessualen Diagnostik. Auch in mittel- und langfristigen Therapien wird „der therapeutische Prozess im Fortschreiten von Fokus zu Fokus, im Zusammenspiel von variierenden, nicht-linearen Verläufen als eine komplexe, feine Textur“ (ebd., S. 27) erarbeitet. Die unterschiedlichen lebensgeschichtlichen Materialien, die sich überlappen und überschneiden, verdichten sich gegebenenfalls zu einem durch Konsensprozesse gefundenen operativen Fokus, an dem Patient und Therapeut sich in unterschiedlichen Pfadverläufen (Viationen) gemeinsam orientieren (vgl. ebd., S. 28ff).

Für die integrativ-therapeutische Arbeit ist neben der Bearbeitung biografischer Schädigungen und ihrer Effekte im gegenwärtigen Lebenskontext besonders das Explorieren protektiver Faktoren be-

deutsam. Es geht um die Heilung von Krankheit und die Bewältigung von Entwicklungskrisen, aber auch um die Entwicklung von Gesundheit, die Förderung von Ressourcen und Potentialen und die Bereicherung des Lebenszusammenhangs. Protektive Faktoren sind Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen einerseits (kognitive, emotionale, volitionale Muster) und spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozioökologischen Umfeldes andererseits (soziale Unterstützung, materielle Ressourcen), die Lebenskrisen entgegenwirken können. „Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluss adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie verstärken Selbstwert- und Kompetenz-Gefühle und -kognitionen und Bewältigungsperformanzen sowie die Ressourcenlage und die supportiven Kräfte der sozioökologischen Kontexte“ (Müller/Petzold 2003, S. 11).

Unter Bezugnahme auf die individuell und ko-kreativ festzulegenden Therapieziele ergeben sich für das Integrative Verfahren vier Grundstrategien therapeutischen Handelns: die *Bewusstseinsarbeit* mit dem Ziel der Sinnfindung und des emotionalen Verstehens (der Patient versteht den Sinn von Symptomen durch Wiedererleben ausgeblendeter schmerzhafter Gefühle, durch Selbst-Konfrontation trotz der Angst davor, durch punktuelle Regression und Exzentrizität); die *Nachsozialisation* mit dem Ziel der Schaffung von Grundvertrauen (der Patient hat in einer guten Als-Ob-Eltern-Beziehung die Möglichkeit, das Gefühl von Grundvertrauen und das Bild des „Guten Anderen“ nachzuentwickeln); die *Erlebnisaktivierung* mit dem Ziel der Persönlichkeitsentfaltung (der Patient aktiviert seine kreativen Fähigkeiten, fördert das Ausdrucksvermögen und die praktische Korrespondenzfähigkeit; indiziert ist hier oft die Gruppe, um das Selbsterleben in der Vielfalt des sozialen Atoms zu fördern); die *Solidaritätserfahrung* mit dem Ziel des Erreichens einer Metaperspektive und der Befähigung zum Engagement (der Patient macht Erfahrung von Mitmenschlichkeit und Mitgefühl) (vgl. Petzold 2002b, 61ff).

4.2 Exemplarische Darstellung eines Behandlungsverlaufes mit Fokussierung auf die Rolle als Vater

Prozessbeispiel:

Der 36-jährige alkohol- und nikotinabhängige Patient kam aus eigenem Entschluss in die Behandlung. Nach einer ersten Langzeittherapie und einer längeren Trockenzeit hatte er einige Jahre gemäßigt trinken können, in den letzten Jahren aber wieder zunehmend exzessiv getrunken. Der Patient hatte zwei Kinder und war als Meister in einem mittelständischen Unternehmen in verantwortlicher Position tätig. Finanziell war die Familie abgesichert. Der Patient fühlte sich fit und war körperlich gesund, ohne gravierende Sucht-Folgeschäden. Der Patient bezeichnete sich als alkoholabhängig. Die Therapie sah er als einzige Möglichkeit, seine Ehe zu sichern.

Anamnese:

Beide Eltern waren Alkoholiker, der Vater seit frühester Kindheit des Patienten, die Mutter, seit er vierzehn Jahre alt war. Der verstorbene Vater war streng, launisch, unzuverlässig und unberechenbar gewesen. Der Patient wurde oft geschlagen. Er hatte in seiner Kindheit den Eindruck, gegenüber seinen zwei Brüdern benachteiligt und vom Vater oft für Angelegenheiten bestraft worden zu sein, die diese angestellt hatten. Sein Leben lang hatte der Vater ihn belogen, in einer Erbschaftsangelegenheit sogar über den Tod hinaus. Der Patient hatte sich bereits als Kind geschworen, niemals so zu werden wie sein Vater. Die häusliche Atmosphäre war von Angst geprägt gewesen. Die Mutter hatte sich oft mit den Kindern in das Kinderzimmer geflüchtet, um der körperlichen Gewalt des Mannes auszuweichen. Die Beziehung zur Mutter war in der Kindheit sehr vertrauensvoll. Besonders den Patienten hatte sie mit viel Liebe gegen die Strenge des Vaters in Schutz genommen. Mit starken Verlassenheitsgefühlen hatte er als Sechsjähriger die Verschickung in eine mehrwöchige Reha-Maßnahme (Blasenschwäche) erlebt. Mit elf Jahren hatte die Mutter ihm erklärt, dass sie vor seiner Geburt fremdgegangen und vom Vater erwischt worden war: seitdem hätte dieser angezweifelt, ob der Patient überhaupt sein Sohn war. Da die Mutter seit dem Jugendalter des Patienten ebenfalls manifest alkoholabhängig war, war auch mit ihr nie mehr ein tieferes Gespräch möglich gewesen. Gegenwärtig bestand zur Mutter ein lockerer Kontakt mit gelegentlichen Besuchen bei ihr. Er hielt seine eigene Familie und insbesondere seine Kinder ein wenig von ihr fern, ohne ihr ihre Enkel vorzuenthalten. Die drei Brüder untereinander hatten in der Kindheit zusammen gehalten. Gegenwärtig waren die Beziehungen freundlich. Der ältere Bruder war Alkoholiker, seit sieben Jahren trocken. Der jüngere Bruder war ebenfalls alkoholabhängig, gestand sich das aber

nicht ein. Die Großeltern väterlicherseits hatten im gleichen Haus zur Miete gewohnt und waren für die Kinder immer Anlaufpunkte gewesen. Beide waren sehr liebevoll und Vorbilder für ihn und die Geschwister gewesen. Andere wichtige Bezugspersonen gab es in Kindheit und Jugendzeit nicht.

Der Patient beschrieb seine Schulzeit als eine Lebensphase „ohne positive Erlebnisse“. Er war „immer ein schlechter Schüler“ gewesen, zuhause hatte ihm niemand geholfen. Die Hauptschule hatte er auf Drängen des Vaters ohne Abschluss verlassen, Lehrgeld und Lohn hatte dieser für den Familienunterhalt eingefordert. Nach einer erfolgreichen Ausbildung zum Fräser hatte der Patient zunächst in diesem Beruf gearbeitet, war dann aber einige Zeit arbeitslos wegen seines vermehrten Trinkens. Nach einer erfolgreichen Entwöhnungstherapie hatte er erneut als Fräser gearbeitet und schließlich eine Meisterschule mit Erfolg besucht. Seitdem war er als Schichtmeister, seit einiger Zeit als Abteilungsleiter in seinem Betrieb beschäftigt, arbeitete sehr viel und war oft auch am Wochenende in der Firma.

Nach wechselnden Partnerschaften hatte der Patient nach seiner Therapie im Alter von fünf- undzwanzig Jahren seine spätere Frau kennen gelernt. Der Patient hatte zu diesem Zeitpunkt seine erste eigene Wohnung bezogen. Er beschrieb seine Frau als ‚charakterlich starke Persönlichkeit‘, als liebevolle Mutter und gut organisierte Hausfrau. Die Sexualität hatte zuletzt unter seinem Alkoholkonsum gelitten. Die beiden Söhne (zehn und sechs Jahre alt) liebte der Patient sehr. Der jüngere war nach seiner Aussage ungebärdig und ‚nicht immer leicht zu lenken‘. Zu den Eltern seiner Frau bestand ein guter Kontakt. Besonders zum Schwiegervater hatte sich eine sehr enge Bindung entwickelt.

In Kindheit und Jugend hatte der Patient keine Freunde. Nach seiner Langzeittherapie hatte er zwei sehr enge Freunde gefunden, mit denen er über alles hatte sprechen können. Der eine war schließlich sehr weit weg gezogen, sodass der Kontakt dünn geworden war. Der andere Freund hatte irgendwann begonnen, Alkohol und andere Suchtmittel übermäßig zu konsumieren, sodass der Kontakt abgebrochen war. Der Patient hatte einen umfangreichen Bekanntenkreis und war überall gut gelitten.

Der Patient hatte als Kind keine Hobbies, nach der Therapie aber die Liebe zur Musik entdeckt. Er spielte seit Jahren aktiv in einem Feuerwehrmusikzug und hatte mehrere Ämter inne. Sein älterer Sohn wurde von ihm unterrichtet und war bereits ebenfalls aktiv.

Suchtanamnese:

Erstkontakt mit Alkohol und zugleich erster Rausch mit 12 Jahren; mit ca. 14 Jahren täglicher Konsum von 6-12 Flaschen Bier; Beginn des morgendlichen Trinkens mit ca. 16/17 Jahren; mit 20 Jahren 10-20 Flaschen Bier plus 0,2 Liter Korn täglich; Entzugsbeschwerden seit dieser Zeit, 15-20 Krampfanfälle, ein Delir und 10 Entgiftungen bis zu einer Langzeittherapie mit 24 Jahren, anschließend einige Jahre abstinent, kein Besuch einer Selbsthilfegruppe; Rückfall mit 29 Jahren mit 1 Glas Sekt, ab da die Überzeugung, kontrolliert trinken zu können; in der Folge bis zu 4 Glas Sekt alle paar Wochen auf Festlichkeiten, in Urlauben täglich 2 Glas Wein; mit 32 Jahren erster erneuter Vollrausch; seitdem 2-3 Glas Wein 2-3 mal die Woche, auf Festlichkeiten bis zu ½ Flasche Wein, im Urlaub täglicher Konsum; seit dem 33. Lebensjahr heimliches Trinken; mit 34 Jahren täglicher Wunsch nach Alkoholkonsum, tatsächlicher Konsum wie zuvor; ab dieser Zeit alle 6-8 Wochen bei Festlichkeiten Konsum bis zum „Filmriss“; im letzten Jahr wieder mehrtägiges starkes Trinken mit konsumfreien Tagen, Zunahme der Trinkexzesse; Besuch von Beratungsstelle und letzte Entgiftung.

Erstkontakt mit Nikotin mit 10 Jahren, seit dem 12. Lebensjahr eine Packung täglich.

Das regelmäßige entlastende Trinken hatte der Patient schon sehr früh während der schwierigen Lebensumstände in der Jugend begonnen. Er hatte im Alkoholkonsum die Möglichkeit gesucht, abzuschalten. Am Wochenende hatte er mit der im Durchschnitt an Lebensjahren älteren Clique regelmäßig gefeiert, um dazu zu gehören und beachtet zu werden, er hatte erwachsen und ‚Jemand sein‘ wollen. Nach der Therapie und der mehrjährigen Abstinenz war er ‚aus Selbstgefälligkeit‘ rückfällig geworden im Glauben, kontrolliert trinken zu können. Zuletzt hatte er zunehmend ohne Kontrolle getrunken und geriet erneut in die chronische Krankheitsphase (Konsum zur Genesung von Entzugsbeschwerden).

Unter Alkoholeinfluss war er ruhiger und entspannter geworden und hatte sich in der Jugend verbal besser äußern können. Letzteres hatte sich im Erwachsenenalter nivelliert. Der Alkoholkonsum hatte eine Gleichgültigkeit gegenüber Problemen und Konflikten und einen innerlichen Rückzug aus persönlichen Kontakten bewirkt, zuletzt insbesondere aus der ehelichen Gemeinschaft.

Der Nikotinkonsum hatte ihn seit seiner Jugend immer begleitet und war lange als unproblematisch erlebt worden. Da seine Frau seit einem gemeinsamen Abstinenzversuch vor einem Jahr nicht mehr rauchte, wollte er dies nun ebenfalls erreichen.

Analyse der kritischen Lebensereignisse:

Die Lebensbedingungen des Patienten waren in der Kindheit geprägt durch Gewalterfahrungen und Sucht in der eigenen Familie sowie durch wiederholte Erfahrungen von Vertrauensbruch und Einsamkeit, im Erwachsenenalter durch seine Suchtkarriere: Alkoholabhängigkeit und Gewaltausübung seitens des Vaters; Verschickung in eine Rehabilitationsmaßnahme im Alter von sechs Jahren; schulische Misserfolge; Alkoholabhängigkeit der Mutter; frühe Alkoholabhängigkeit des Patienten; zeitweilige berufliche Stagnation und Arbeitslosigkeit; erkennen der eigenen Abhängigkeit und erste Langzeittherapie; Rückfall, mangelnde Krankheitseinsicht und Selbstbetrug; Gefährdung von Ehe und Familie durch Alkoholkonsum.

Ein zentraler Problembereich war die Beziehung zum Vater, die geprägt war durch dessen abwertendes Verhalten, und in der es keine Zeichen von Zuwendung oder Anerkennung gab. Früh erlebte Traumatisierungen seitens beider Eltern (Gewaltbereitschaft des Vaters, Hilflosigkeit der Mutter), verbunden mit zeittextendierten Unterstimulierungen, anhaltenden ungelösten Konflikten und sich fortschreibenden Störungen (s.u.), führten zu einer Beschädigung seiner Bindungsfähigkeit gegenüber Männern (keine tieferen Freundschaften) und zu Frauen (Ehefrau als einzige Vertrauensperson). Der Wunsch nach Nähe wurde als schmerzhaft erlebt, das Bedürfnis nach Distanz zur Sicherung der Integrität der eigenen Persönlichkeit war ausgeprägt. Es entstand ein Mustersatz: ‚Ich brauche keinen, ich komme alleine zurecht‘. Dies führte dazu, dass er sich niemandem umfassend zu zeigen vermochte.

Ein immenser Zorn auf den Vater ließ in der starken Ambivalenz zwischen der Liebe zur Mutter und der Ablehnung ihrer Schwächen keinen Ärger auf sie als wichtigste Bezugsperson zu. Der Wunsch des Patienten, nie so zu werden wie der Vater, brach sich an der Realität seines eigenen Vater-Seins, indem er den Söhnen mit viel Liebe, aber auch mit hohen Ansprüchen und zuletzt Geiztheit und viel Unwahrhaftigkeit begegnet war. Grundsätzlich schien es dem Patienten schwer zu fallen, im engeren Beziehungsumfeld eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, zu achten, und sie aktiv durchzusetzen. Die Verwirklichung seiner Bedürfnisse wurde aus Angst vor dem Verlust des Anderen zurückgestellt.

Folgende zeittextendierte Belastungen ließen sich herausarbeiten:

Erlebte Traumata:

- Verschickung in eine Reha-Maßnahme im Alter von sechs Jahren aufgrund von Bettnässen; Gefühl des Allein-Gelassen-Seins, des Abgeschoben-Seins
- Wiederholte Erfahrungen von körperlicher Gewalt durch den Vater gegen sich, die Geschwister und die Mutter; Gefühl von existentieller Angst und grenzenloser Hilflosigkeit

Erlebte Defizite:

- Mangelhafter Aufbau von Vertrauen durch entwertende und grenzüberschreitende aggressive Verhaltensweisen des Vaters
- Mangel an emotionaler Unterstützung seitens des Vaters (insbesondere durch die - von der Mutter transportierte - Aussage des Vaters, dass er die Vaterschaft anzweifle)
- Mangel an positiven männlichen Vorbildern im Bereich der Beziehungsgestaltung („nie so werden wie der Vater“)
- Mangel an konstruktiven Abgrenzungserfahrungen in der Familie
- Fehlendes Modell adäquater Konfliktlösestrategien (Konflikte werden von den Eltern durch Schweigen „gelöst“)
- Mangel an sozialer Unterstützung von beiden Eltern (z.B. in Bezug auf schulische Belange)
- Mangel an positiver Verstärkung, Wertschätzung und Förderung von Neugier

Erlebte Konflikte:

- In der Beziehung zum Vater: Der Wunsch nach Anerkennung steht der gleichzeitigen Angst vor ihm und der Wut auf ihn entgegen.

- In der Beziehung zur Mutter: Der Patient fühlte sich angenommen und liebte seine Mutter, sah aber gleichzeitig deren Abhängigkeit vom Vater, wofür er sie nicht achten konnte; im Jugendalter zugleich Verachtung, da die Mutter „sich gehen ließ“ (Abhängigkeit der Mutter).
- In der Beziehung zur Ehefrau: Sehnen nach Zuneigung und Zärtlichkeit, dafür nahm der Patient die Einschränkung eigener Bedürfnisse in Kauf (Ärger wurde unterdrückt, aus Angst, sie zu verlieren).
- In der Beziehung zu den Söhnen: Beide liebten und brauchten ihn als Identifikationsfigur, der Patient wurde diesem eigenen Anspruch durch sein Trinken zunehmend nicht gerecht.

Erlebte Störungen:

- In der Beziehung zum Vater: Dieser warb um sein Vertrauen, um es dann zu missbrauchen (finanzielle Ausnutzung).
- In der Beziehung zur Mutter: Einerseits bestand eine enge emotionale Bindung, andererseits gab es ihr Unvermögen, ihn vor den Übergriffen des Vaters zu beschützen.
- In der Beziehung zur Ehefrau: Sie verweigerte sich ihm seit einiger Zeit sexuell und gab als Grund hierfür seinen Alkoholkonsum an.

Als *Bewältigungsstrategien* zeigte der Patient folgende Muster: Kompensation der beschädigten Ich-Funktionen durch eine ausgedehnte berufliche Tätigkeit und eine hohe Leistungsbereitschaft; eigener Wert wird gemessen an Leistung und Sicherheit des Systems Familie; stellt eigene Bedürfnisse zurück, um Streit zu vermeiden; vorsichtig im Kontakt, beobachtet seine Mitmenschen misstrauisch, bevor er etwas von sich preisgibt; vermeidet es, über schmerzhaft Themen zu sprechen, konzentriert sich stattdessen auf positive Aspekte des Lebens (Arbeit, Familie); findet im Alkoholkonsum kurze Momente der Ruhe und der Freiheit von Verpflichtungen.

Insgesamt wiesen die Bewältigungsstrategien auf ein labiles Selbstwertgefühl hin. Der Patient war bemüht, durch die beschriebenen Verhaltensmuster das Gefühl von Einsamkeit, Selbstunsicherheit und Ablehnung zu vermeiden. Hatten Copingstrategien wie Vorsicht, Anpassung und Rückzug in seiner Kindheit eine existentielle Bedeutung, so wirkten sie gegenwärtig eher dysfunktional und arbeiteten Wachstum und Reifung entgegen. Der Patient musste viel Kraft aufbringen, um sein Selbstbild und ein gewisses Maß an emotionaler Stabilität aufrecht zu erhalten. Hier war die entlastende Funktion des Suchtmittels verankert.

Auswirkungen auf das Hier und Heute sowie Drei-Generationen-Perspektive:

Wegen seiner Suchterkrankung hatte der Patient massive Schuldgefühle gegenüber seiner Ehefrau und seinen Kindern. In der Beziehung zu seiner Frau schwankte er zwischen dem Gefühl der Überlegenheit und dem der Minderwertigkeit angesichts ihrer psychischen Stabilität. Den dauerhaft erlebten Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und zugleich Distanz hatte der Patient für sich beantwortet mit dem Wunsch, sich eine innere Unabhängigkeit erhalten zu müssen. Aggressionen gegenüber der Mutter und / oder seiner Frau nahm er kaum wahr. Tauchten sie dennoch auf, rationalisierte er die Gefühle weg und ging auf in schuldhafter Selbstkritik.

Das Gefühl der Ohnmacht beziehungsweise der ohnmächtigen Wut in der Beziehung zu seinem Vater begleitete ihn bis in die Gegenwart, ohne dass er sich bis dato davon hätte frei machen können. Der Patient war bemüht, es anderen recht zu machen und neigte dazu, über seine Grenzen zu gehen. Er war es gewohnt, sich Anerkennung durch überdurchschnittliche Leistungen zu holen. Wertschätzung unabhängig von erbrachter Leistung war ihm nicht zugänglich, er reagierte ungläubig kritisch darauf.

In der Erziehung der eigenen Kinder begegnete dem Patienten ein Aspekt seiner belasteten Beziehung zu seinem Vater. Während er diesen als trinkend, prügelnd, abwertend und fordernd erlebt hatte, vermochte er seinen eigenen Ansprüchen an sich als Vater (nie so zu werden wie der eigene Vater) in wichtigen Teilen (Trinken, Unwahrhaftigkeit, Leistungsansprüche) nicht gerecht zu werden. Besonders die wilde Lebendigkeit des jüngeren Sohnes machte es ihm schwer, diesem in jeder Beziehung liebevoll zu begegnen. Diese Brüche realisierte er, vermochte sich aber nicht selbstständig daraus zu lösen.

Einzeltherapeutische Sitzungsverläufe in Ausschnitten (Vater-Sohn-Fokus):

„Nach seinen Gefühlen befragt gibt der Patient unter Tränen an, er sei völlig verzweifelt und stehe seit gestern Abend unter massivem Saufruck. Nur seine Anwesenheit in der Klinik habe ihn vom Trinken abgehalten. Er erkennt auf Nachfrage sein altes Trinkmuster wieder: eine direkte Auseinander-Setzung (Telefonat mit der Ehefrau) vermeidend werden innere Nöte als von außen verur-

sacht identifiziert (durch die Ehefrau) und dienen als Rechtfertigung für den Konsumwunsch (Wendung gegen sich selbst). Der Patient erschrickt zutiefst über die Wirksamkeit alter Muster, die er doch schon lange überwunden glaubte. Es tauchen Gefühls-Erinnerungen an Konfrontationen mit dem Vater auf, die er als erledigt betrachtet hatte. Herr H. äußert enorme Wut auf seinen Vater.“

„Nach einer bildnerischen Arbeit (fünf Säulen der Identität) berichtet der Patient, er habe in seiner Jugendzeit Menschen benutzt, belogen, betrogen und fallen gelassen. Und nun habe er feststellen müssen, dass er in den Jahren des sogenannten ‚kontrollierten‘ Trinkens dasselbe mit seiner Frau, seinen Kindern und seinem Umfeld wiederholt habe. Er sei so sehr voller Scham wegen dieses Verhaltens. Mit der Bestätigung, dass diese Scham angemessen und eine gute Basis für zukünftige Verhaltensänderungen sei, lenke ich das Gespräch auf die geschichtlichen Ursachen dieser negativen Selbstbilder, die sich in der gewaltbetonten Kindheit entwickelt hatten. Der Patient berichtet Details aus der Kindheit und gerät sichtbar in Zorn auf seinen Vater, den er bis heute hasse. Er macht den Vater allein verantwortlich für das Geschehen in der Kindheit. Sie alle seien Opfer des trinkenden Vaters gewesen. Ich bitte ihn, sich imaginativ in seinen Vater hinein zu versetzen – dies gelingt ihm nicht. Er verbalisiert und zeigt mimisch-gestisch, dass innerlich seine Wut sofort hoch aufloderte.“

„Der Patient berichtet, dass die intensive Beschäftigung mit seinem Vater im therapeutischen Tagebuch eine gefühlsmäßige Veränderung bewirkt habe. Die Wut auf den Vater sei zurückgegangen, je mehr er sich darauf eingelassen habe, ihn zu betrachten. Er habe dessen Schwäche gesehen und sogar ein wenig Mitleid mit ihm empfunden. Er fühle sich erleichtert. Ich bitte den Patienten, sich in einer gelenkten Imagination in eine Situation seiner Kindheit zu begeben (im Alter von sieben Jahren, den Vater abends zuhause erwartend). Er kann sich nach einigem Zögern auf die Reise einlassen und erlebt erstmalig seine Ängste und Unsicherheiten vor dem unberechenbaren Vater. Er ist stark angerührt. Nachher ist er angenehm verwundert, wie genau er in der Erinnerung die Situation habe nachfühlen können, bis in Einzelheiten der Szene, des Lichts, des Riechens hinein. Er konstatiert erstaunt, dass er diese Dinge doch gar nicht vergessen habe, wie er seit vielen Jahren geglaubt habe. Schlagartig erhelle sich das Bild seiner Kindheit, und er freue sich über diesen Zugewinn.“

„Der Patient assoziiert in einer Arbeit mit dem leeren Stuhl, wie sich wohl seine Kinder in der letzten Zeit ihm gegenüber gefühlt haben. Er habe geglaubt, dass sie nicht unter seinem Trinken gelitten hätten, da er ihnen nie betrunken gegenüber getreten sei. Voller Scham erkenne er nun, dass es um Dinge wie Wahrhaftigkeit, Präsenz und Begegnung gehe. Er nimmt sich vor, sowohl mit seiner Frau als auch mit seinen Kindern über sich zu sprechen.“

Interpretation:

In dem dargestellten Verlauf zeigen sich beispielhaft die wechselnden Foki, die sich in mäandern-dem Vorwärtsschreiten um das Thema Vater bewegen und in den Erkenntnissen und Einsichten des Patienten letztlich den Durchbruch zu einer neuen Identifizierung mit seiner Rolle als Vater beinhalten. In der therapeutischen Arbeit konnte durch wiederholte Perspektiven-Wechsel die Einseitigkeit der Betrachtung erweitert werden mit dem Ergebnis eines erweiterten Verständnisses für den Vater. Der Patient vermochte die bisher nicht bewusst wahrgenommene Identifikation mit der Vaterfigur leidvoll zu erkennen und eine neue Nähe zum Vater zu erleben.

Mit dem Einsatz kreativer Medien (therapeutisches Tagebuch, Imagination, leerer Stuhl, dreizügiges Lebenspanorama, bildnerisches Arbeiten) kam der Patient in Kontakt zu vergessenen leiblichen Erinnerungen und verschütteten emotionalen Ressourcen. Seine Fähigkeit, sich selbst exzentrisch zu betrachten, gestattete ihm eine neue Sicht auf die eigenen Kinder. Im Schauen durch *seine* Kinderaugen mithilfe seiner leiblich gespeicherten Erinnerungen konnte er sich selbst in den Augen seiner Kinder wahrnehmen, erfassen, begreifen und erklären. Die therapeutische Begegnung / Beziehung erwies sich als tragfähig genug, um dem Patienten über den Weg des Supports, der Anregung und der Aktivierung des leiblichen Erlebens zu neuen Erkenntnissen zu verhelfen.

Die Intensität der Gefühle dem eigenen Vater gegenüber weist darauf hin, dass belastende und vermutlich traumatisierende Ereignisketten Spannungszustände im Leib-Selbst, also einen Handlungs-Stau in der Leiblichkeit des Patienten hervorgerufen haben, der nun hervorbrechen konnte als (berechtigter) Zorn auf den Verursacher. Dass dabei andere Verursacher wie die Mutter quasi ungeschoren davon kamen, weist auf die geschichtlich schwankenden Rollenbilder des Patienten hin, die er damals einzunehmen gezwungen war, um zu überleben. Die zu negativen Skripts verhärteten

Diskrepanzen zwischen dem Bedürfnis des Kindes, die Mutter vor den Übergriffen ihres Mannes zu schützen (Partner-Rolle) in Zeiten, in denen sie zugleich den Sohn beschützt hatte (Kind-Rolle), und später andererseits die alltägliche Verachtung gegenüber der trinkenden Mutter (Eltern-Rolle) waren für den Erwachsenen noch in der Gegenwart besser zu ertragen, wenn sie ausgeblendet werden konnten zugunsten des Kampfes gegen einen gemeinsamen Feind. Es steht außer Frage, dass auch das Verhältnis zur Mutter seelische Schädigungsreihen abgebildet hatte, die es aufzuarbeiten galt. Zunächst jedoch musste bei der gegenwärtigen Lebenslage des Patienten offenbar die Durcharbeitung der Vater-Bilder im Fokus stehen.

Auch die protektiven Faktoren in der Lebensgeschichte des Patienten waren als Lebenshintergrund bedeutsam für das Entwickeln neuer Handlungsmöglichkeiten: Die Geschwister waren immer da und wandten sich ihm zu; die Großeltern waren eine wichtige emotionale Stütze außerhalb des innersten Familienkreises; Stressbewältigung in Teilen war in dem sozialen Netz möglich, da noch Interaktion und Kommunikation möglich waren. Und es müssen auch Resilienzfaktoren erwähnt werden, also etwa eine grundlegende Disposition zur Vitalität oder die Fähigkeit des Kindes, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass keine psychosomatischen Schädigungen eintreten.

4.3 Möglichkeiten der ressourcenorientierten Arbeit an der Vater-Rolle

Im Verlauf der Suchterkrankung wird die Identität des Erkrankten beschädigt, seine Persönlichkeit verändert sich. Da Identität zu verstehen ist als lebenslang fortdauernder Entwicklungsprozess in Kontext und Kontinuum, können sich auch Genesungsprozesse nur als interaktive Konsens-Dissens-Verläufe darstellen. Auf die Salutogenese ausgerichtete Veränderungen müssen ansetzen an einer Modifikation der Bewertungsabläufe, die jeden Identitätsprozess immanent begleiten. Veränderungen „müssen deshalb 1. bei den Resultaten der Bewertungsprozesse durch Umwertungen .. ansetzen und 2. bei der Beeinflussung der Prozesse des Bewertens (etwa bei negativierenden Bewertungsstilen emotionaler und/oder kognitiver Art). 3. ist .. das Schaffen eines Bewusstseins für die Dynamik und die Verlaufsrouinen, für die Regulationskompetenzen erforderlich. 4. muss unterstrichen werden: ohne Veränderung der Bewertungstraditionen und -praxen in den relevanten Sozialsystemen des Netzwerkes / Konvois werden nachhaltige Veränderungen kaum möglich“ (Petzold 2001p, S. 50). Individuum und soziales Netzwerk gleichermaßen müssen einerseits Wahrnehmungsprozesse, Wissensstände und Kompetenzen, andererseits Lebenspraxis, Fertigkeiten und Performanzen als konkretes Handeln verändern.

Hierin liegt die Bedeutung der integrativen Arbeit an der Vater-Rolle. Männliche Patienten, deren Väter in ihrer Kindheit abhängige Verhaltensmuster gelebt haben, sollten sich mit den in der Kindheit erlebten pathogenen Verhaltensmustern des eigenen Vaters auseinander setzen, wenn sie gesunden wollen. Positive wie negative Idealisierungen müssen aufgegeben werden zugunsten realitätsangemessener Neubewertungen, die internalisierten pathogenen Fremdattributionen der Kindheit müssen prozesshaft infrage gestellt werden, die Identität muss im sozialen Kontext ‚neu geschaffen‘ werden. In Bezug auf den eigenen Sohn sind ebenfalls Idealisierungen abzubauen, vor allem sollte der genesende Vater Fremdattributionen, die ihm von Seiten des Kindes entgegen gebracht werden, würdigen lernen als Konsens-Dissens-Aussagen von erheblichem Wert für die eigene Identität. Dann bietet sich ihm eine wichtige Chance: er kann Abwehrmechanismen (etwa die Identifikation mit dem Aggressor), die in der Kindheit angemessenen waren, bewusst aufgeben und damit u.U. eine generationsübergreifende Familien-Aufgabe einem konstruktiven Veränderungsprozess zuführen. Die Arbeit mit kreativen Medien spricht unmittelbar die Leiblichkeit an, also die Wahrnehmung seiner selbst, während die Umsetzung neuer Erkenntnisse in das praktische Handeln sich stets auf das soziale Netzwerk richtet, also auf die Beziehung des Individuums zum Anderen. Während die Auseinandersetzung des Abhängigen mit dem eigenen Vaterbild eher die Vergangenheit fokussiert, richtet sich der Blick bei der Konfrontation mit dem eigenen Kind eher in die Zukunft.

In der integrativen fokalen Therapie kommt neben Bewusstseinsaktivierung und Nachsozialisation der Erlebnisaktivierung und der gelebten Erfahrung von Solidarität ein hoher Rang zu, da sie unmittelbar am Leibgedächtnis ansetzen und auf „vielfältigen Informationsebenen kognitives, emotionales, volitives, somatomotorisches und perzeptives Geschehen mit einbeziehen, die gesamte Person involviert und subjektiv bedeutsame Erfahrungen und das Erleben von persönlichem Sinn“ (Petzold

2000j, S. 12) im sozialen Netzwerk lebhaftig ermöglichen. Das Leib-Subjekt macht handelnd „persönliche und gemeinschaftliche Erfahrungen des Gelingens, das Erleben des Siegens und des .. Überwindens“ (ebd., S. 13) problematischer lebensgeschichtlicher Ereignisketten mit dem Ziel der Gesundung der Gesamtpersönlichkeit.

Zusammenfassung: Die Rolle als Vater und ihre Bedeutung im Genesungsprozess von Suchtkranken - Integrative Fokalthherapie in der stationären Suchtkrankenhilfe

Auf der Grundlage der Integrativen Therapie wird die Identitätsentwicklung männlicher Alkoholabhängiger aus einem spezifischen Blickwinkel dargestellt.

Haupt-Fokus ist die Untersuchung der Rolle als Vater und ihre Bedeutung im Genesungsprozess des Kranken. Insbesondere für diejenigen Abhängigen, die selbst Vater sind, umfasst die Analyse eine Drei-Generationen-Perspektive: in der kontinuierlichen Fortentwicklung von Diagnose und Therapie (Theragnose) richtet sich der Blick ebenso auf den eigenen Vater wie auf die eigene Vaterschaft. Die Reflexionen werden diskutiert an einem Beispiel aus der Praxis der stationären Suchttherapie.

Schlüsselwörter: *Integrative Suchttherapie*, Identitätsentwicklung, Vaterrolle, Drei-Generationen-Perspektive,

Summary: The role as a father and its importance in the recovery process of addicts - Integrative focal therapy in inpatient addiction treatment

Basing on the principles of the Integrative Therapy the development of identity of male alcoholic addicts is described under a certain point of view.

The main focus is the exploration of the role as a father and its importance referring to the process of recovery of the patient. Especially for those addicted persons, who are fathers themselves, the analysis includes a perspective of three generations: Within the continuous progress of diagnosis and therapy (theragnosis) you have to look at ones own father just as at ones own fathership. The reflections are discussed with a practical example from out of stationary addict therapy.

Keywords: *Integrative addiction therapy*, identity development, father role, three-generation perspective,

6. Literatur

- Böhnisch, L.* (2004): Männliche Sozialisation. Weinheim: Juventa
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H.* (Hrsg.) (2. Auflage 1993): Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber
- Feuerlein, W.* (1975, 4. überarbeitete Auflage 1989): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme
- Fthenakis, W.E.* (1985): Väter – Band I: Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung; Band II: Zur Vater-Kind-Beziehung in verschiedenen Familienstrukturen. dtv: München
- Höhmman-Kost, A., Siegele, F.* (2004): Integrative Persönlichkeitstheorie, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm)
- Hurrelmann, K.* (2004): Trendwende beim Konsum psychoaktiver Substanzen? – Zum Zusammenhang von Sozialisation und Drogen im Jugendalter, bei www.uni-bielefeld/hurrelmann_trendwende.html
- Lambrou, U.* (1990): Familienkrankheit Alkoholismus. Reinbeck: Rowohlt
- Michaelis, K.* (2004): Zur Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien aus Sicht der Integrativen Therapie, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm)

- 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, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm)
- Nitsch-Berg, H., Kühn, H. (2000): Kreative Medien und die Suche nach Identität. Methoden integrativer Therapie und Gestaltpädagogik für psychosoziale Praxisfelder, 2 Bände. Köln: Ed. Humanistische Psychologie
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse konvivialer Veränderung und Entwicklung, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm)
- Osten, P. (2. überarbeitete u. erweiterte Auflage 2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München, Basel: Reinhardt
- Osten, P. (2004): Integrative Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. In: Petzold, H., Schay, P., Ebert, W. (Hrsg.) (2004): Integrative Suchttherapie, Band 1. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1987): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie, 2 Bände. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1991a, 1992a, 1993a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (1993): Integrative fokale Kurzzeittherapie und Fokaldiagnostik. In: Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (1993): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (2000j): Das Leibsobjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm)
- Petzold, H.G. (2001p): Transversale Identität und Identitätsarbeit. Die Integrative Identitätstheorie 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)
- Petzold, H.G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. Düsseldorf / Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm
- Petzold, H., Schay, P., Ebert, W. (Hrsg.) (2004): Integrative Suchttherapie, Band 1. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Petzold, H.G. – Sieper, J. (Hrsg.) (1993, 2. Auflage 1996): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien, 2 Bände. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“. Zeitschrift *Integrative Therapie* 2, S. 203-230. Paderborn: Junfermann
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993, 4. Auflage 1999): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Rieth, E. (1970, 11. Auflage 1992): „Alkoholkrank?“. Bern: Blaukreuzverlag
- Schneider, R. (12. überarbeitete Auflage 1998): Die Suchtfibel. Hohengehren: Schneider Verlag
- Schmidt, L. (1986, 2. überarbeitete u. erweiterte Auflage 1993): Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart: Kohlhammer
- Schuch, H.W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrativer Psychotherapie“. Zeitschrift *Integrative Therapie* 2, S. 145-202. Paderborn: Junfermann
- Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln (2002, 2. Auflage 2003): Gesamtkonzept für den Fachbereich Drogen- und Aids-Hilfe
- Spilles, G. / Weidig, U. (2004): Überlegungen zu männerspezifischen Behandlungsansätzen in der Suchtkrankenhilfe am Beispiel der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) unter besonderer Berücksichtigung des Modells der Integrativen Therapie, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm)