

# GraduierungsArbeiten

## zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit  
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

01/2003

**Doris Ostermann, Osnabrück**

im Februar 2003

## **Salutogenetische Aspekte in der Suchttherapie – Die Bedeutung der Sinnfrage sowie der Reflexion und Neuorientierung der Werte im Genesungspro- zess von Suchtkranken**

Gradierungsarbeit der berufsbegleitenden Weiterbildung

Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe

im Verfahren der Integrativen Therapie / Gestalttherapie

Kompaktcurriculum SSGE - 1

### **Zusammenfassung:**

Das Interesse von Forschung und Praxis im Gesundheitssektor richtet sich gegenwärtig weniger auf die Entstehung von Krankheit (Pathogenese), sondern rückt verstärkt die Frage nach der Entstehung von Gesundheit, den Blickwinkel der Salutogenese, in den Mittelpunkt.

Dementsprechend befasst sich die Gradierungsarbeit mit der Anwendung des salutogenetischen Paradigmas im Kontext von Abhängigkeit und Sucht.

Vor dem Hintergrund des Gedankens der Heterostase werden die Sinnorientierung von Antonovskys Salutogenesemodell und die Rolle des Kohärenzgefühls als ein wesentlicher Prädiktor für eine gelungene Bewältigung der Suchterkrankung diskutiert.

Nach einer kurzen Vorstellung des Salutogenesekonzepts wird versucht, die Bedeutsamkeit der Sinnfrage sowie die Wichtigkeit der Wertereflexion in der Behandlung von Suchtkranken darzustellen.

Die Beschreibung der methodischen Umsetzung dieses Gedankens sowie die Konsequenzen für eine salutogenetisch ausgerichtete und wertorientierte Therapie mit Suchtkranken schließt diese Arbeit ab. Diese beziehen sich insbesondere auf Konzepte der Logotherapie und der Integrativen Therapie.

## Summary:

Current research and clinical practice in the health service are increasingly focused on the generation of health (salutogenesis) rather than the development of illnesses (pathogenesis). This graduation thesis is about the salutogenic paradigm in the field of dependency and addiction. On the background of the idea of heterostasis, the discussion evolves around Antonovsky's model of salutogenesis and the role of the feeling of coherence as a significant predictor for a successful recovery from addiction.

Following a brief introduction of the concept of salutogenesis, the principles of search for a meaning and reflection of values are described as important components of the treatment of addicts. The thesis concludes with a description of the methodological transfer of this idea and the consequences of a therapy orientated towards values. The concepts of Logotherapy and Integrative Therapy are particularly referred to.

**Keywords:** Salutogenesis, Addiction, Antonovsky, coherence, values

**Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**  
von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper  
© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.  
**Redaktion:** Prof.Dr.phil. **Johanna Sieper**, Achenbachstrasse 42, Düsseldorf  
e-mail: [Forschung.EAG@t-online.de](mailto:Forschung.EAG@t-online.de)

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

# Inhaltsverzeichnis

## Einleitung

### 1. Die Einstellung zu Gesundheit und Krankheit

### 2. Das Salutogenesekonzept

2.1. Heterostase als Grundannahme

2.2. Mentale Kohärenz: Die Voraussetzung für Gesundheit

### 3. Die Bedeutung der Werte

3.1. Werteverwirklichung führt zu Sinnerfahrung

3.2. Werte als Säule der Identität

### 4. Definition von Sucht

4.1. Sucht als „Unbefriedigtsein im Wertesystem“

### 5. Konsequenzen für die Suchttherapie

5.1. Salutogenese und Suchttherapie

5.2. Salutogenetisch orientierte Therapie

5.2.1. Ressourcenorientierung

5.2.2. Kooperation statt Expertentum

5.3. Sinnfindung und Suchttherapie

5.4. Wertorientierte Therapie

5.4.1. Bewusstseinsarbeit

5.4.2. Reflexion des Wertesystems

5.4.3. Stärkung der Selbstheilungskräfte und des positiven Selbstkonzepts

5.4.4. Ermutigung zum Verzicht durch Solidaritätserfahrung

5.4.5. Gegenwartsverankerung und Zukunftsperspektiven

### 6. Schlußbemerkung

## Literaturverzeichnis

## Einleitung

Im Rahmen meiner Sozialtherapie/Sucht-Ausbildung habe ich mich mit Antonovsky's Saluto-genesemodell beschäftigt.

Kernstück und zentrale Quelle der Gesundheit ist laut Antonovsky der Kohärenzsinn (sense of coherence ) mit den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit.

Da ich eine Ausbildung in Logotherapie und Existenzanalyse absolviert habe, sprach mich der Aspekt der Sinnorientierung besonders an – liegt doch der Wille zum und die Frage nach dem Sinn im Fokus der Logotherapie. Insbesondere geht es dort um die Werte des einzelnen Menschen, deren Verwirklichung seinem Leben einen Sinn gibt.

In dem Identitätskonzept der Integrativen Therapie zeigt sich ebenfalls die Wichtigkeit der Werte und PETZOLD(1993b) weist darauf hin, dass die "Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs" ein therapeutischer Wirkfaktor ist und dass therapeutische Arbeit sich mit den Fragen des Wertebezugs zu befassen hat, weil ein gefestigtes Wertesystem einerseits ein Faktor von Gesundheit bzw. ein heilender Faktor und weil andererseits die "Bewertung der Werte", die zumeist indirekt geschieht, in Therapien ein sehr neuralgischer Punkt ist (vgl. ebd. S. 320).

Ebenfalls verdeutlicht PETZOLD (2000), dass in der Psychotherapie insgesamt Sinnfragen zentrale Themen sind und zwar in zweifacher Hinsicht: Erstens ist Therapie im wesentlichen auf das Leben außerhalb des therapeutischen Raumes gerichtet, befriedigendes und sinnvolles Leben in Familie, Beruf, Freizeit, Freundeskreis etc., weil hier einerseits Schwierigkeiten liegen, die bewältigt werden müssen und weil sich hier andererseits Entwicklungsaufgaben stellen, die gelöst werden müssen oder weil Verantwortlichkeiten warten, die wahrzunehmen sind. Zweitens sind Sinnfragen innerhalb des therapeutischen Raumes gegeben: Fragen um Erkrankungen und Leiden, Belastungen aus der Vergangenheit bzw. aus der Aktuelsituation, die das Erleben von Sinnlosigkeit, Zweifel am Sinn des eigenen Lebens, Fragen nach der Last von Verantwortung aufkommen lassen und natürlich stehen auch Fragen zur Sinnhaftigkeit der therapeutischen Arbeit und der sinnstiftenden Kraft der therapeutischen Beziehung als Beispiel und Modell menschlicher Relationalität zur Rede, sowie zu Verantwortungen, die Patient und Therapeut, jeder für sich und gemeinsam, im Therapieprozess übernehmen müssen (vgl. ebd., S. 8).

In der Gradierungsarbeit möchte ich nach einer kurzen Beschreibung des Salutogenese-konzepts versuchen, die Bedeutsamkeit der Sinnfrage sowie der Wichtigkeit der Werterefle-xion in der Behandlung von Suchtkranken darzustellen. In einem weiteren Schritt sollen Kon-

sequenzen für eine salutogenetisch ausgerichtete und wertorientierte Therapie mit Suchtkranken vorgestellt werden.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Konzepte der Integrativen Therapie, der Logotherapie und meiner praktischen Erfahrungen in der Arbeit mit suchtkranken Menschen; gerade die Praxis macht deutlich, dass sich die Suchtkrankenhilfe der Sinnfrage annehmen muss, denn was soll, kann man dem Suchtkranken sagen, wenn er fragt: "Warum soll ich aufhören?".

Die dargestellten Überlegungen und psychotherapeutischen Schritte sind weder als vollständige noch als hierarchische Reihenfolge zu betrachten. Sie sollen vielmehr zentrale Aspekte beleuchten und im Sinne einer Mehrperspektivität in die Diagnostik, Indikationsstellung und Prognose einer Therapie mit einbezogen werden.

Die thematischen Schwerpunkte werden in ihrem Zusammenhang betrachtet; dadurch müssen Einzelaspekte vernachlässigt werden. Der Leser möge dies berücksichtigen, wenn er sich an einigen Stellen eine differenziertere Darstellung wünscht.

Anmerkung: Um ein harmonisches Lesen zu ermöglichen, wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet. Frauen sind damit ebenfalls gemeint.

## 1. Die Einstellung zu Gesundheit und Krankheit

Das Interesse von Forschung und Praxis im Gesundheitssektor richtet sich schon länger weniger auf die Entstehung von Krankheit ( Pathogenese ), sondern rückt verstärkt die Frage nach der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit, den Blickwinkel der Salutogenese, in den Mittelpunkt. Die pathogene Ausrichtung führte dazu, in Forschung oder klinischer Arbeit nach ätiologischen Risikofaktoren für spezifische Erkrankungen zu suchen. Sie vertritt das Konzept der multiplen Verursachung und des ätiologischen Dreiecks von Wirkfaktor, Patient und Umwelt. Sie sucht nach den physiologischen, biologischen oder psychosozialen pathogenen Einflüssen, die dazu führen, dass ein Individuum von der Krankheit X heimgesucht wurde. Im pathogenetischen Modell fehlt eine Ausrichtung auf die Gesundheitsfaktoren ( Was tun die Menschen im Idealfall? ).

Die Salutogenese dagegen sucht nach den Faktoren, die aktiv für eine Bewegung in Richtung auf den Gesundheitspol des Kontinuums verantwortlich sind, die ANTONOVSKY (1993) die „heilsamen Ressourcen“ ( salutary resources ) nennt.

Gegenwärtig wird jedoch ein Mangel an einer expliziten Auseinandersetzung und Umsetzung des Salutogenesekonzepts speziell für den Suchtbereich deutlich. In der Praxis überwiegt die Beachtung von Krankheit im Vergleich zur Gesundheit, sowohl durch Patienten als auch durch Professionelle, wobei auch im Hinblick auf Personen mit substanzinduzierten Störungen meist von der Dichotomie Gesundheit – Krankheit ausgegangen wird. Menschen sind abhängig oder abstinent. Dieses hat auch ihre Berechtigung, da einerseits die pathogenen Faktoren in der Regel bei der Suchtentwicklung überwiegen und andererseits eine pathogenetische Sichtweise notwendig ist, um Erkrankungen zu diagnostizieren.

Während sich Abhängigkeit jedoch über einen längeren Zeitraum entwickelt – ein zunächst unauffälliger Konsum steigert sich sukzessiv – verläuft der Weg zu Drogenfreiheit in der Regel lang und diskontinuierlich. Das geeignete Modell für die Suchterkrankung ist daher nicht die Dichotomie, sondern ein Kontinuum mit den Polen „abstinent/unauffälliger Konsum“ und „abhängig“. Zwischen diesen Polen können Menschen in unterschiedlichen Ausmaßen auffälligen, hohen Konsum haben. Ebenso weist die suchtmittelabhängige Person stets gesunde und kranke Anteile auf: Es geht stets um eine bedingte Krankheit oder um eine bedingte Gesundheit. Die bestehende Definition des süchtigen Menschen als „krank“ muss erweitert werden hin zu „bedingt krank“ bzw. „bedingt gesund“.

## 2. Das Salutogenesekonzept

Wann bleibt jemand gesund? Diese Frage stellte sich der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aron Antonovsky (1923 – 1994) und entwickelte das Salutogenese-konzept.

Er übt am dichotomen und pathogenetischen Modell Kritik. Sein Anliegen lautet: Wie verarbeitet der Einzelne Spannungszustände und bleibt dabei gesund? Wie lassen sich Mechanismen einer gesunden Verarbeitung stärken?

Er begreift Krankheit als notwendigen Bestandteil des Lebens, in dem sich Krankheit und Gesundheit mischen. Antonovsky beschreibt dieses mit dem Bild des Flusses: Der Mensch befindet sich „in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen und Strudel oder andere Gefahrenquellen variieren; niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer“ (1993, S.7).

Gesundbleiben heißt hierbei ein guter Schwimmer zu werden. Mit der Metapher des Skifahrers schreibt Antonovsky: Wir alle fahren eine lange Skipiste hinunter. Während die Pathogenese sich hauptsächlich mit den Fahrern beschäftigt, die an einen Felsen oder Baum gefahren sind oder in eine Gletscherspalte fielen bzw. mit denen, die andere davon überzeugen wollen, dass es besser ist, überhaupt nicht Ski zu fahren, fragt sich die Salutogenese, „wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann“ (vgl. 1993, S. 11).

Die individuelle Fähigkeit „Skifahren“ entspricht einer Persönlichkeitseigenschaft, die von Antonovsky Kohärenzgefühl genannt wird (vgl. Abschnitt 2.2.).

Gesundheit und Krankheit sind zwei entgegengesetzte Pole einer Skala. Meistens bewegt sich der Einzelne zwischen diesen beiden Polen irgendwo im mittleren Bereich.

Gesundheit ----- Krankheit

In welche Richtung er sich bewegt, hängt dabei unwesentlich von äußeren Umständen ab, sondern von dessen innerer Einstellung.

## **2.1. Heterostase als Grundannahme**

Das pathogenetische Modell geht von der Homöostase, der Vorstellung, dass der Mensch in einer inneren und äusseren Stabilität leben würde, aus. Nur in Ausnahmefällen wie bei kritischen Lebensereignissen oder Krankheiten kommt es zu Beeinträchtigungen dieses Zustandes. Bei dieser Auffassung besteht die Gefahr, dass in verkürzter Weise zurückgeschlossen wird, dass Gesundheit durch das Entfernen krankmachender Faktoren sozusagen garantiert sei.

Das salutogenetische Modell ist dagegen der Idee der Heterostase, der Meinung, dass sich der Mensch wesentlich in der fehlenden Stabilität bewegt, verpflichtet. Ungleichgewicht und Leid sind hier ebenso wie der Tod inhärente Bestandteile menschlicher Existenz.

Wie kann der Mensch da gesund bleiben?

## **2.2. Mentale Kohärenz: Die Voraussetzung für Gesundheit**

Antonovsky untersuchte Menschen, die extreme Situationen erlebt hatten. Er befasste sich vor allem mit den Überlebenden aus Konzentrationslagern und interviewte diese.

Es gab eine Gruppe von Personen, welche diese Ereignisse körperlich und seelisch relativ unbeschadet überstanden hatten, während andere Überlebende chronisch krank, depressiv wurden oder zeitweilig Suizidgedanken hatten.

Die stressresistente Gruppe wies drei mentale Gemeinsamkeiten auf:

### 1. Das Gefühl der Verstehbarkeit

Die Welt und das Leben werden als verständlich, strukturiert und geordnet angesehen. Es existieren Regeln und es gibt eine Art Ordnung in der Welt.

Dieser Mensch durchschaut das Leben.

### 2. Das Gefühl der Handhabbarkeit

Es besteht ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Überzeugung, dass Aufgaben gelöst werden können, wenn man seine Ressourcen einsetzt. Veränderungen sind Herausforderungen, die bewältigt werden können.

Dieser Mensch kann sein Leben meistern.



### 3. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit

Es besteht der Glaube an die Sinnhaftigkeit der Existenz. Anstrengung in der Lebensführung ist sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt.

Dieser Mensch will sein Leben meistern.

Die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammen bilden nach Antonovsky das Kohärenzgefühl. Es meint eine Grundstimmung oder Grundsicherheit, innerlich zusammengehalten zu werden, nicht zu zerbrechen und gleichzeitig auch an äußeren Anbindungen Unterstützung und Halt zu finden.

Das Kohärenzgefühl kann damit als globale Stressbewältigungsressource betrachtet werden. Es ist jedoch „keine spezielle Coping-Strategie sondern eine generelle Lebenseinstellung. (...)Gesund ist, wer den Fluss, in dem er schwimmt, soweit überblickt und seine Wünsche, sein Können und Tun darauf abstimmt“ (ANTONOVSKY 1993, S. 4)..

Nach Antonovsky ist das Kohärenzgefühl der entscheidende Prädiktor für die gelungene Bewältigung von belastenden Situationen und damit für die Gesundheit. Je stärker das Erleben von Kohärenz bei einem Menschen ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Mensch sich in die Richtung von Gesundheit bewegt.

Nach Schiffer stellt die Sinnhaftigkeit die bedeutenste Teilkomponente des Kohärenzgefühls dar (2001, S.28). Diese Dimension beschreibt das „Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“ (Antonovsky, Übersetzung durch FRANKE, 1997, S. 36).

Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls. Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual.

Psychologisch gesehen kann ein Mensch „nicht in einer Welt überleben, die für ihn sinnlos ist“; dabei sei der „Verlust oder das Fehlen eines Lebenssinns (...) vielleicht der allgemeinste Nenner aller Formen von Gemütsstörungen; Schmerz, Krankheit, Verlust, Misserfolg, Verzweiflung, Enttäuschung, Todesfurcht oder bloße Langeweile – sie alle führen zu der Überzeugung, dass das Leben sinnlos ist“ (vgl. PETZOLD 2000, S. 3). Damit ist natürlich wenig darüber gesagt, unter welchen Bedingungen und bei welchen Menschen dies geschieht, und was denn „Sinn“ eigentlich ist und wie er zustande kommt.

Wodurch erlebt ein Mensch sein Tun als sinnhaft?

Sinnerfahrung gründet sich u. a. in Werteerfahrung.

„Werte sind Gründe für Sinn. Die Werte sind Motor der Persönlichkeitsentwicklung. Werte ziehen uns nach vorn. Sie sind Energiezentren. Werte bewegen das Leben“ (BÖSCHE-MEYER 1996, S. 8).

### 3. Die Bedeutung der Werte

Ein weiterer Aspekt der Salutogenese lässt sich in einen größeren Zusammenhang stellen: Einstellungen zur Gesundheit angesichts der Werteproblematik. Jeder Mensch bestimmt für sich, welcher Lebensstil für ihn „gesund“ ist. Gesellschaftliche Werte fließen dabei in die persönlichen Haltungen mit ein. Die komplexen Gesichtspunkte der Wertediskussion können nicht unberücksichtigt bleiben; an dieser Stelle soll jedoch nur kurz darauf eingegangen werden.

Nach FORST (1985) ist der Mensch ein „offenes, sich selbst aufgegebenes Wesen, das die Spanne seiner Möglichkeiten in einer ungeheuren Vielfalt von Lebensformen zu verwirklichen oder zu verfehlen in der Lage ist“ (a.a.O., S. 39).

Jeder Mensch sucht nach einer Deutung in seiner Lebenswelt. Er fragt nach dem „Ganzen“ und darin vor allem nach sich selbst: nach seiner Herkunft, nach seiner Zukunft, nach seiner ganz persönlichen Aufgabe.

In Lebenskrisen stellt man sich nicht nur Warum-Fragen („Warum lebe ich?“), sondern auch Wie-Fragen („Wie soll ich leben? Wozu soll ich leben?“) - die Ausdruck des Bedürfnisses nach Werten sind.

Werte sind für die menschliche Existenz unentbehrlich. Unter Werten sind Maßstäbe für das menschliche Handeln zu verstehen, die dieses steuern, ihm Ziele setzen und Sinn verleihen.

„Immer dann, wenn Menschen etwas wünschen oder wichtig finden, wenn sie Lebensleitbilder verfolgen oder als Person Stellung nehmen und Urteile aussprechen, sind Werte maßgeblich mit im Spiel“ (KLAGES 1985, S. 10).

KLAGES definiert Werte als „Innere Führungsgrößen des menschlichen Tuns und Lassens“ und als das, „was in dem Menschen als Wertungs-, Bevorzugungs- und Motivationspotential vorhanden ist“ (ders. S. 10f).

Mit anderen Worten: Werte stellen einen Code dar, demzufolge ein Handlungssystem formuliert werden kann. Werte gestatten es uns, Verhaltensmöglichkeiten in eine Zustimmung-Ablehnungs-Hierarchie zu bringen.

Werte liefern dem Individuum nicht nur einen Plan für persönliches Handeln, sondern machen es den Menschen auch möglich, in Gruppen zu leben. „Soziales Leben wäre unmöglich ohne Werte (...). Werte versehen das soziale Leben mit einem Element der Vorhersagbarkeit“ (YALOM 2000, S.546). Ein Wertesystem sagt dem Einzelnen nicht nur, was er tun sollte,

sondern auch, was andere wahrscheinlich tun werden. Es leistet Lebensdeutung und das Leben wird erträglich gemacht, so "transportieren Wertsysteme Lebenssinn" und stellen „Vermittlungsgrößen dar, mit denen der Mensch sich seiner geistigen Bestimmung“ erinnert (vgl. HÖHLER 1979, S. 209f).

Der Mensch ist angewiesen auf eine Weltanschauung und ein Kulturmuster, das seinem Denken und Handeln eine Richtung, Orientierung und Entlastung bietet. Er braucht einen gesicherten „Raum“, in den er hineinwachsen kann.

Jedoch ist dieses nicht einfach in einer Zeit, die sich unter anderem durch Mobilität auszeichnet. Vieles verändert sich, wechselt seinen Standort oder verschwindet ganz; das gilt für Sitten, Gebräuche, Autoritäten, Traditionen, Familie. Sowohl die Umwelt der Natur wie die Mitwelt der Gesellschaft bieten immer weniger "Haltepunkte" ("Deregulierung").

Der Begriff „Wertewandel“ besagt schon, dass sich bedeutende Grundeinstellungen und Handlungsmaßstäbe in unserer Gesellschaft verändert haben. KLAGES beschrieb 1985 aufgrund einiger Forschungen zwei Wertegruppen als Hauptträger des Wertewandels, dessen „Trend“ sich demnach folgendermaßen charakterisierte: „Von Pflicht- und Akzeptanzwerten zu Selbstentfaltungswerten“ (a.a.O., S. 34). Die Pflicht- und Akzeptanzwerte, die während des Wertewandels an Bedeutung verloren, stellten die Gruppe der überlieferten und traditionellen Werte dar (bezogen auf die Gesellschaft: Werte wie Disziplin, Gehorsam, Ordnung, Pflichterfüllung, Bescheidenheit etc. und bezogen auf das Individuum: Werte wie Selbstbeherrschung, Pünktlichkeit, Enthaltbarkeit, Fügsamkeit etc.). Gleichzeitig wurden die sogenannten „Selbstentfaltungswerte“ bedeutsam. Klages unterteilte diese „neuen“ Werte in drei Bereiche: die Werte, die einer idealistischen Gesellschaftskritik entspringen sind (Emanzipation von Autoritäten, Gleichheit, Partizipation, Autonomie etc.), die hedonistischen Werte wie z.B. Abenteuer, Genuss, Spannung und die Werte, die den Individualismus betonen (Selbstverwirklichung, Kreativität, Spontaneität, Ungebundenheit etc.) (vgl. KLAGES 1985, S. 18).

Es kann in diesem Zusammenhang nur darauf hingewiesen werden, dass der Wertewandel zu Verunsicherungen führte und nicht unerhebliche Folgen und Herausforderungen für Bereiche wie Lebensstil, Familie, Freizeitgestaltung, Arbeit etc. hatte.

Festzustellen ist, dass von den traditionellen Weltbildern kein verbindliches Wertesystem und keine identitätsverbürgenden Deutungsmuster mehr zur Verfügung gestellt werden bzw. der Einzelne den vielfältigen „Sinn- und Wert-Angeboten“ ausgesetzt und sich selbst orientieren muss. Dieses hat Folgen, denn nach GOBLE (1979) ist der

"Seinszustand ohne ein Wertesystem psychopathogen. Menschliche Wesen brauchen eine Lebensphilosophie, eine Religion oder ein Wertesystem, ebenso wie sie Sonnenlicht, Kalzium und Liebe brauchen. Der Mensch, dem ein Wertesystem fehlt, wird impulsiv, nihilistisch, total skeptisch sein; in anderen Worten, ihr Leben ist sinnlos" (a.a.O., S. 129).

### **3.1. Werteverwirklichung führt zu Sinnerfahrung**

Nach FRANKL, dem Begründer der „Dritten Wiener Schule der Psychotherapie“ – der Logotherapie - wird der Mensch nicht nur von einem Willen zur Lust (wie Freud meinte) oder einem Willen zur Macht (so die Ansicht Adlers) angetrieben, sondern ganz wesentlich von einem Willen zum Sinn. Dieser besagt, dass jeder Mensch nach einem Sinn strebt und sucht. Die Sinnorientierung setzt sich aus einem „inneren Anteil“, dem Streben nach Sinnerfüllung, und einem äußeren, dem „Sinncharakter der Situation“ zusammen, die beide aufeinander treffen (vgl. Lukas 1986, S. 22). Der Wille zum Sinn ist die menschliche Fähigkeit, „Sinn gestalten nicht nur im Wirklichen, sondern auch im Möglichen zu entdecken“ (FRANKL 1982, S. 26).

An Sinnangeboten mangelt es uns heute weniger. Doch alles Streben nach Glück, Selbstverwirklichung, Erfüllung bleibt erfolglos, wenn es dem Menschen nicht gelingt, seinen persönlichen, unverwechselbaren Sinn zu finden. Damit ihm das gelingt, muss er, so Frankl, in der Lage sein, über sich selbst hinauszusehen.

“In der Fähigkeit zur Selbsttranszendenz liegt das spezifisch Humane, das Eigentliche des Menschseins (...) Das Menschsein weist immer über sich hinaus, auf etwas oder Jemandem hin, auf eine Sache, in deren Dienst man sich stellt oder auf einen Mitmenschen, dem man sich liebend hingibt. Nur im Dienst einer Sache und in der Liebe zu einer Person, wird der Mensch ganz er selbst, ist er ganz Mensch“ (FRANKL 1977).

Auf der Basis dieser Grundforderung nach Selbsttranszendenz beschreibt Frankl drei „Hauptstraßen zum Sinn“:

1. Erleben statt konsumieren: Bewusst Natur oder andere Menschen zu erleben, sie in ihrer Einmaligkeit und Einzigartigkeit wahrzunehmen, jeden Tag als Geschenk zu begreifen, das ist der erste Weg zum Sinn.

2. Ein Werk schaffen: Das Leben wird sinnvoll, wenn es gelingt, sich einer Aufgabe völlig hinzugeben. Unter Werk versteht Frankl alles, was mit Freude und Kreativität geschaffen wird.
3. Hinnehmen, was nicht zu ändern ist: Selbst wenn eine Person glaubt, seine Situation ist hoffungslos und nicht zu verändern, so ist sie doch fähig, ihre Einstellung zum Geschehen zu verändern oder wie Frankl es ausdrückt, „Leiden in eine menschliche Leistung umzugestalten“. Oder anders ausgedrückt: FRANKL (1977) benennt „die (der Arbeitsfähigkeit entsprechenden) schöpferischen Werte“ , „die Erlebniswerte“ (Genussfähigkeit) und „die Einstellungswerte“ (Leidensfähigkeit), deren Verwirklichungen dem Leben einen Sinn geben (vgl. a.a.O., S. 80).

Im logotherapeutischen Weltbild hat das Leben eine bedingungslose Sinnhaftigkeit und verliert diese unter gar keinen Umständen. Nach FRANKL (1977) ist es darauf zurückzuführen, dass die „scheinbar negativen Seiten der menschlichen Existenz“, die als sinnlos empfunden werden, auch in etwas Positives, in eine Leistung gestaltet werden können, wenn ihnen nur mit der rechten Haltung und Einstellung begegnet wird (vgl. a.a.O., S. 32). Dies entspricht der Dimension der Sinnhaftigkeit beim o.g. Kohärenzgefühl (siehe 2.2). ANTONVSKY sieht den `sense of meaningfulness´ als die wichtigste motivationale Komponente an.

### **3.2. Werte als Säule der Identität**

Werte spielen auch eine Rolle bei der Identitätsentwicklung: Die Übereinstimmung mit sich und den eigenen Wertvorstellungen macht die eigene Identität aus.

Nach PETZOLD entwickelt sich die Identität des Menschen in der Interaktion des Leibes mit der sozialen und ökologischen Umwelt.

Um ein klares, eindeutiges Verständnis vom Menschen zu gewinnen, hat die Integrative Therapie die Identität in fünf Säulen strukturiert. Es handelt sich dabei um fünf Indikatoren, welche die Identität determinieren, sie stabilisieren, stärken, aber auch schwächen können.

Neben dem Leib, dem sozialen Kontext, der Arbeit und Leistung und der materiellen Sicherheit sind die Werte und Normen eine Säule der Identität.

Werte und Normen legen Grenzen und Rahmenbedingungen fest. Sie strukturieren das kulturelle und gesellschaftliche Zusammenleben und schaffen damit Orientierung im Umgang miteinander und definieren Erwartungen voneinander.

Werte sozialer, politischer, religiös-spiritueller Art sind sinn- und identitätsstiftend, verankert im Dasein. Die Wertesäule kann nach KOOP gar nicht hoch genug geschätzt werden. Über starke Werteorientierung können andere beschädigte oder zerstörte Säulen der Identität abgemildert oder kompensiert werden. Untersuchungen mit Überlebenden aus Konzentrationslagern haben gezeigt, dass Inhaftierte mit starken ideologischen Überzeugungen, politischer oder religiöser Art, eher die zerstörerischen Lebensbedingungen des Lageraufenthaltes durchgestanden haben, eher überlebt haben als Menschen ohne feste Überzeugungen (ANTONOVSKY 1997).

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: die subjektive Bedeutung der Suchterkrankung. Für die Genese ist es von Bedeutung, wie die Person die Suchtabhängigkeit in ihr Glaubens- und Wertesystem einordnen kann, welchen Sinnzusammenhang für ihr Leben sie darin finden kann. Wenn der Sucht ein Sinn zugeordnet werden kann, fällt es leichter, die Suchterkrankung und deren oft schuldbehafteten Auswirkungen als Teil der eigenen Biographie zu begreifen und in das Kontinuum des eigenen Daseins zu integrieren (vgl. ebd. in: PETZOLD 2002).

Identitätsfindung bedeutet nach PETZOLD (1980), „sich im Lebenszusammenhang, im Kontext und Kontinuum verstehen lernen“; damit ist das Gewinnen von Sinn in der Zeit gemeint, als erlebter Sinn, der sinnhaft wahrgenommen wird, handelnd erschlossen wird und soziale, räumliche und zeitliche Orientierung ermöglicht (vgl. ebd., S.236).

Es ist hinlänglich bekannt, dass das Einstiegsalter des illegalen Drogenkonsum oft in die Adoleszenzphase fällt. Verunsicherungen in körperlichen und seelischen Bereichen, Schwierigkeiten mit der Umwelt, Fragen nach dem Sinn des Lebens stehen bei Jugendlichen gerade während dieser Entwicklungsphasen im Vordergrund. In diesem Lebensabschnitt besteht deren zentrales Handlungsproblem in der Erarbeitung und Realisierung eines eigenen Identitätsentwurfs. Dies kann nicht aus sich selbst heraus geschehen, sondern nur über die Interaktion mit anderen. Somit stellt die soziale Identität den wesentlichen Bezugspunkt der persönlichen Identität dar. Die bislang in der familiären Lebenswelt abgesicherte Identität „muss“ zugunsten einer relativ autonomen Integration des Persönlichkeitssystems aufgegeben werden. Dieser Identitätsentwurf wird über eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlich angebotenen Wertesystemen erarbeitet (vgl. FRIEDRICHS in PETZOLD 1995, S. 134f).

So sind Werte das “was erlaubt zu handeln und integriert in das Selbstgefühl, die Sicherheit gibt, mit sich selbst einig zu sein und sich immer gleich zu bleiben“ und so sollte der Jugendliche in ein überpersönliches Wertesystem geführt werden, um seelische Reife und Selbstständigkeit zu entwickeln (vgl. BUCHINGER 1981, S. 50).

In der aktuellen Diskussion wird von daher immer öfter die Forderung laut nach einer Werte-Erziehung, um den Krisenerscheinungen bei Kindern und Jugendlichen und insbesondere der „Drogenproblematik als Jugendproblematik“ entgegenzuwirken (vgl. UHL / REICH 2001).



## 4. Definition von Sucht

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört. Drogenabhängigkeit geht weit über ein traditionelles medizinisches Krankheitsverständnis hinaus. Sie ist nicht nur eine Erkrankung der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk ist auch krank und das Netzwerk gehört zur Person“ (PETZOLD, In: SCHEIBLICH 1995).

Im Sinne des mehrperspektivischen Ansatz sieht Petzold die Ursachen für Sucht aus verschiedenen Blickwinkeln. Er versucht unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen der Krankheit miteinander zu verknüpfen.

Spezifische Vorschädigungen, z.B. in der frühen Kindheit, müssen ebenso in Betracht gezogen werden wie die psychosoziale Gesamtsituation von Entfremdungen und pathogenen Stimulierungen. An dieser Stelle soll nicht weiter auf die Vielzahl von verursachenden Faktoren (siehe SKM 2002, S. 5) eingegangen werden.

### 4.1. Sucht als „Unbefriedigtsein im Wertesystem“

Der Philosoph Max Scheler sagte, dass Sucht ein „Unbefriedigtsein im Reich der Werte“ bedeute. Was meinte er damit?

Ob etwas als bedeutsam erlebt wird, hat mit den individuellen Wertvorstellungen zu tun. Stimmt das äußere Handeln mit den inneren Werten überein, so entsteht sinnhaftes Erleben. Ist die Diskrepanz jedoch zwischen echten eigenen Werten und tatsächlich gelebter Wertehierarchie zu groß, entsteht mangelnde Identifikation mit dem alltäglichen Umfeld. „Wenn in allem kein Sinn mehr gesehen werden kann, beginnt das Leben zu zerfallen, löst sich das Bewußtsein der fundamentalen Zugehörigkeit auf“ (PETZOLD 1980, S. 237).

Die daraus resultierende Unzufriedenheit kann mit Verdrängungsmechanismen wie z. B. dem Drogenkonsum kurzfristig abgeschwächt werden. Nach FRANKL (1972) versucht der Mensch, dessen „Wille zum Sinn“ unerfüllt bleibt, vor der daraus resultierenden inneren Leere zu flüchten, sie zu betäuben und sich zu berauschen (vgl. ebd., S. 86).

Das persönliche Wertesystem des suchtkranken Menschen ist also ein bedeutsamer Faktor in der Suchtentwicklung und -behandlung.

“Die Werte, an die ein Mensch sich hält, die halten ihn“ (LUKAS 1985, S. 3). Umgekehrt hieße das: der Mensch, der sich an keine Werte hält, hat keinen „Halt“; er wird „haltlos“.

FRANKL (1950) lehrt, dass hinter jeder Verzweiflung im Grunde eine „Vergötzung eines Wertes“ steckt, denn nur, wenn etwas ursprünglich übermäßig und einseitig bewertet worden ist, kann sein Verlust in Verzweiflung stürzen. Jemand, der verzweifelt ist, verrät damit auch schon, dass er etwas „vergötzt“, etwas „zum absoluten Wert verabsolutiert“ hat und so tut, „als ob dieser einzelne der einzige Wert wäre, so dass er die anderen Werte überstrahlt und ihn blind macht für sie“ (vgl. ebd., S. 84).

So gründet die Sucht eigentlich nicht in einem Werteverlust, sondern eher in der in Verlust geratenen Wahrnehmung von Werten (vgl. LUKAS 1986, S.181).

Der suchtkranke Mensch ist fixiert auf einen Wert und wird einseitig. Er wählt in seinem Leben nur einen Teil aus und spaltet sich von anderen Möglichkeiten ab. So grenzt er einen Bereich des Lebens aus und macht ihn zum „Lebensgötzen“; er macht sich abhängig und unfrei. Zwar sucht er in ihm ein „Mehr“, aber er gewinnt ein „Weniger“ an Leben und Erleben.

KOKON, ein Verein für ambulante Drogentherapie, stellt z.B. fest, dass die Kokainkonsumenten sich vornehmlich an lust-, leistungs- und erfolgsorientierten Wertidealen orientieren. In aller Regel sind sie daran interessiert, am gesellschaftlichen Wettbewerb teilzunehmen, und „um jeden Preis in“ zu sein (oder sich zumindest so zu fühlen). Ihr Selbstbild formen sie aus den Idealisierungen der Werbestrategien und der Medienkultur: immer kraftvoll, selbstbewusst, zielbewusst, sexuell attraktiv, kreativ, kommunikativ. Kokain hält zumindest am Anfang, was es verspricht: es steigert das Selbstwertgefühl und moduliert den neurophysiologischen Zustand des Gehirns (die Stimmung) in Richtung der o.g. emotionalen Zustände.

Die Opiatkonsumenten dagegen leiden an ihrem Selbstideal. Sie versuchen nicht, ihr in der Regel ähnliches (aber heimliches) Selbstideal zu verwirklichen. Sie blenden die fortwährenden Schmerzen, die die Diskrepanz zwischen realem Alltag und heimlicher Grandiosität erzeugt, auf chemischem Weg mit Schmerzmitteln aus. Opiatabhängige sind in der Mehrzahl Leistungsverweigerer und suchen nach Möglichkeiten des Rückzuges. Sie verweigern die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und seine Anforderungen. Die regressiven Ansprüche an die „Welt als Versorgerin“ und die dauernde Frustration dieser Ansprüche erschöpft sie. Sie brauchen ständig Urlaub vom Leben: sie schaffen sich eine Art Uterus als warmen, schüt-

zenden Ort des Rückzugs, quasi die chemische Modellierung intrauteriner Bedürfnislosigkeit und -befriedigung (entsprechend der Wirkung der Opiate: Angst- und Schmerzfreiheit).

Kokainabhängige sind in diesem Sinne die andere Seite der Medaille: Sie agieren ihr Leiden an ihren grandios verzerren und letztendlich unerreichbaren Zielen und Wertorientierungen aus. Sie benutzen die Droge zum realen Erreichen ihrer Wertpräferenzen oder zum Herstellen entsprechender subjektiver Erlebnisqualitäten. Ihre Wirkungserwartung an die Droge ist gegenüber der eines Opiat-Konsumenten: sie sind auf Kommunikation und Erfolg, also Teilnahme ausgerichtet, und Kokain soll diese Richtungsorientierung unterstützen (vgl. Behandlungskonzept KOKON).

Die Fixierung auf einen Wert kann „süchtig“ machen, wie z.B. das Erreichen von Glück: Glück kann nicht losgelöst von elementaren Lust- und Unlusterfahrungen verstanden werden. Nach WESSELN (1982) ergaben vielfältige Untersuchungen an Säuglingen, dass das Lusterlebnis für die Entfaltung des Menschen lebensnotwendig ist; der junge Mensch ist lustfähig, nicht aber fähig zum Glück (vgl. ebd. S. 204). Für das spätere Glückserleben ist es wichtig, in welchem Maße die lustbetonten Strebungen gestillt werden. Wo diese Strebungen nicht hinreichend erfüllt werden, versucht der erwachsene Mensch nachträglich durch dauerndes Suchen und Verstärken der Lust sein Glück zu finden.

Nach WESSELN (1982) ist die im Menschen liegende Sehnsucht nach Glück die Wurzel für das panikartige Suchen nach kurzfristigem Glück (vgl. a.a.O., S. 207).

Das Suchen befriedigt diese Sehnsucht jedoch nicht; sie wird dadurch nur verstärkt.

“Die süchtige Durstkrankheit macht symbolhaft jenes unstillbare dürstende Suchen des Menschen klar (...).In jeder Leidenschaft ist es letztlich das Unstillbare, das Leiden schafft“ (MIETH 1959, S. 217).

FRANKL (1977) stellt fest, dass viele Menschen unglücklich sind, weil sie sich vom „Grund zum Glücklichen“ abwenden. Dieses geschieht durch die forcierte Zuwendung zum Wert Glück selber, d.h. wenn das Glücklichen selbst angestrebt wird, ohne einen Grund dafür zu haben. Das Glück ist eigentlich eine Wirkung – die „Nebenwirkung erfüllten Sinns und

begegnenden Seins“ oder die „Begleiterscheinung des Sein-Ziel-Erreicht- Haben“ (vgl. ebd., S. 70f).

Glückserlebnisse sind durch Suchtmittel zu erreichen, die von jeder geistig-seelischen und körperlichen Anstrengung und Eigenaktivität entlasten und verfügbar sind, wenn Lebensprobleme vermieden werden sollen, denen man sich nicht stellen zu können meint. ‘Die Glücksmittel entlasten von der harten Alltagsrealität und bieten einen schnellen, jederzeit begehbaren Weg in Glückszustände hinein‘ (EID 1986, S. 138).

In der Sucht wird das Glück zum Ziel einer forcierten Intention. Es wird zum alleinigen Inhalt und Gegenstand der Aufmerksamkeit. In dem Maße aber, in dem man sich um das Glück kümmert, verliert man den Grund zum Glück aus den Augen - und die Wirkung „Glück“ kann nicht mehr zustande kommen. „Es wird nach etwas ghascht, das normalerweise Effekt ist“ (FRANKL 1972, S. 78).

Tatsächlich lässt sich dieser „Effekt“ durch die Einnahme von Drogen im Rausch „erhaschen“. Das folgende Beispiel verdeutlicht es:

“Mich erinnert dies immer wieder an einen amerikanischen Witz, demzufolge ein Mann auf der Straße seinen Hausarzt trifft, der sich dann nach seines Patienten Befinden erkundigt. Es zeigt sich aber alsbald, daß dieser Patient in letzter Zeit ein wenig schwerhörig geworden ist. ‘Wahrscheinlich trinken sie zuviel’, ermahnt ihn sein Hausarzt. Ein paar Monate später begegnen sie einander wieder auf der Straße, und abermals erkundigt sich der Arzt nach dem Befinden seines Patienten und hebt zu diesem Zweck seine Stimme. ‘Oh’, meint der nun, ‘Sie brauchen nicht so laut zu sprechen: ich höre wieder ausgezeichnet. ‘Wahrscheinlich haben Sie auch aufgehört zu trinken’, meint der Arzt, ‘so ist’s recht — nur so weiter’. Wieder ein paar Monate später: ‘Wie geht’s Ihnen?’ ‘Wie bitte?’ ‘Wie es Ihnen geht, frage ich’. Endlich versteht der Patient. ‘Nun. Sie sehen, ich höre wieder schlechter’. ‘Wahrscheinlich haben Sie wieder zu trinken begonnen’. Woraufhin der Patient dem Arzt alles erklärt: ‘Schauen Sie: zuerst hab’ ich getrunken und schlecht gehört; dann hab’ ich aufgehört zu trinken und wieder besser gehört; aber was ich gehört hab’, war nicht so gut wie Whisky.“

(aus: FRANKL 1977, S. 19).

Man kann also sagen:

„In Ermangelung eines Lebenssinns, dessen Erfüllung den Mann glücklich gemacht hätte, versuchte er, ein solches Glücksgefühl unter Umgehung jeder Sinnerfüllung herbeizuführen, nämlich auf den Umweg über die Chemie“ (ebd. S. 19).

## **5. Konsequenzen für die Suchttherapie**

Nicht nur in der Suchtprävention ist die Veränderung des Blickwinkels von den Risikofaktoren zu den Schutzfaktoren von Bedeutung. Auch in der Therapie ist die Ausrichtung am vorhandenen Gesunden, am weiter gesund Machenden und am gesund Erhaltenden erforderlich. Den Gedanken der Salutogenese in der suchtpreventiven und –therapeutischen Arbeit zum Tragen zu bringen, bedeutet im Wesentlichen, dem „traditionellen“ Minus- bzw. Defizitmodell oder einfach gesagt, der Fehlersuche ein positives Modell, die Schatzsuche, zur Seite zu stellen.

Um salutogenetische Aspekte in der Suchttherapie wirksam werden zu lassen, ist es kaum möglich, sich nicht mit der Sinnhaftigkeit des Lebens und so mit den Wertvorstellungen auseinanderzusetzen.

### **5.1. Salutogenese und Suchttherapie**

In der Therapie mit Suchtkranken geht es um die (Wieder-) Herstellung einer bedingten Gesundheit möglichst weit in Richtung des gesunden Pols.

Der `sense of coherence` mit der Verstehbarkeit des Lebens und seinen Geschehnissen, der Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens ist als Kernstück der Wiederenstehung von Gesundheit zu verstehen. Das Kohärenzgefühl ermöglicht , Chaos, Schrecken und Traumatisierungen zu überstehen, ohne daran zu zerbrechen. In seinen Untersuchungen konnte Antonovsky aufzeigen (siehe 2.2.), wie eine Minderheit der Frauen, die ein Konzentrationslager überlebt hatte, sich nach ihrer Befreiung bei dennoch vergleichsweise guter körperlicher und seelischer Gesundheit inneren und äußeren Herausforderungen stellen konnte. Zunächst hatte Antonovsky versucht, seine Befunde als Folge von „Abhärtung“ zu verstehen. Es wurde ihm jedoch klar, dass eben das Kohärenzgefühl mit der Sinnhaftigkeit des „In-der-Welt-Seins“ den Frauen ermöglicht hatte, konstruktiv weiterzuleben (SCHIFFER 2002, S.46).

Folglich sollten diese Komponenten auch in der Therapie gestärkt und gefördert werden. Dass ein hoch ausgeprägter „sense of coherence“ im Hinblick auf eine Suchtmittelproblematik von Bedeutung ist, belegt FRANKE (1997), die in ihrer Studie an 928 Frauen mit und ohne

Suchtmittelproblemen feststellte, dass das Kohärenzgefühl bei den Frauen ohne Suchtmittelprobleme signifikant höher war als bei Frauen mit Suchtmittelproblemen.

## **5.2. Salutogenetisch orientierte Therapie**

Die Frage nach der Stärkung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter ist derzeit nicht zu beantworten. Es lassen sich jedoch Möglichkeiten therapeutischen Handelns aufzeigen, die den Aspekt der Gesundheit in den Vordergrund rücken und damit dem Gedanken der Salutogenese entsprechen. Diese sind vor allem zu sehen in einem Perspektivenwechsel von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung und von der Expertenorientierung zum Selbstmanagement der Patienten.

### **5.2.1. Ressourcenorientierung**

"Wer vielmehr nicht von der ersten Stunde an und nicht auch in der kritischen Phase immer und unbeirrt das Positive, das Ganze und Heile, (...) im Auge hat und innerlich anspricht, der versäumt den entscheidenden Ansatz jedweder Menschenführung und -behandlung!" (FRANKL 1977, S. 50).

Die Diagnostik umfasst nicht nur die Symptome und die vorhandenen Risikofaktoren, sondern es geht um die Explorierung der protektiven Faktoren und der noch vorhandenen gesunden Anteile. Die Integrative Therapie geht davon aus, dass protektive Faktoren, die in jeder Lebensbiografie existieren, eine zentrale Rolle für Verhaltensweisen darstellen. „Protektive Faktoren sind einerseits – internal – Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits – external – spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Kontextes, die im Prozess der Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungskrisen für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluss adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und

verstärken aber auch als salutogenetische Einflussgröße die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und supportive Valenz sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so dass persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden“ (PETZOLD 1993a).

Entscheidend ist, ob ein Individuum über die gesamte Lebensspanne hinweg genügend positive, persönlichkeitsstärkende Erlebnisse erfahren und verinnerlicht hat, um auftretende schädigende Ereignisse zufriedenstellend zu verarbeiten.

Therapie sucht protektive Faktoren auf und ruft sie ins Bewusstsein. Die Bedeutung des Konzeptes des 'life-span-development' wird hier betont. Die Integrative Therapie nimmt nicht vorrangig Störungen oder Schädigungen früher Entwicklungsstufen in den Blick, sondern weitet ihre Sichtweise auf die gesamte Lebenszeit, weil frühere Schädigungen durch Erleben und Erfahren in späterer Zeit modifiziert und gelindert werden können oder durch eine positive Gegenwart nicht „geweckt“ werden.

Existenz, Bedeutung und Aufgabe von Bewältigungspotentialen sollen dem Patienten in der Therapie verdeutlicht werden: er wird sich seiner Ressourcen bewusst. Sind diese nur schwach oder gar nicht entwickelt, hat die Therapie die Aufgabe, schützende Faktoren zu entwickeln bzw. zu stärken (SCHEIBLICH 1995).

Antonovsky selbst war der Meinung, dass Ressourcen wie Freundschaft, Liebe, Fantasie, Spiel und als sinnvoll empfundene Aufgaben entscheidend für die Entfaltung von Gesundheit sind (SCHIFFER 2001, S. 46).

MAAK weist in seinem Artikel „Neugier statt Drogengier – Die Substitution von Problemen durch Ressourcen“ auf die verschiedenen lösungs- und ressourcenorientierte Ansätze in der Psychotherapie hin (vgl. ebd., In: BAUDIS 1997, S. 123-133).



### **5.2.2. Kooperation statt Expertentum**

„Am Anfang ist Beziehung. Der Mensch wird am Du zum Ich“ sagt Martin Buber (1962) und stellt fest, dass Ich und Du sich wechselseitig bedingen und das eine ohne das andere nicht denkbar ist (vgl. PETZOLD 1980, S. 233).

Aber: Das Du muss das Ich sich entfalten lassen, darf ihm nichts überstülpen.

In der Therapie ist daher eine sensible Gratwanderung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung erforderlich, die Selbstverantwortung statt Expertentum fördert. Hierzu ist die Betrachtung der Patienten als eigenverantwortliche, gleichwertige, selbstbestimmte und mitbestimmende Kooperationspartner unerlässlich; die Integrative Therapie spricht von Inter-subjektivität.

„Kontakt ist die Grundlage von Ko-Respondenz“ (RAHM 1993). In der Integrativen Therapie ist die Voraussetzung für die therapeutische Arbeit ein Minimum an Ko-Respondenz; sie ist die Basis für eine therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

Da jede seelische Erkrankung immer auch auf defizitäre Beziehungen zurückzuführen ist („Seelische Erkrankungen geschehen nicht im Menschen, sondern zwischen Menschen“, Fritz Buchholtz ), können gute, fördernde Beziehungen seelische Erkrankungen mildern, lindern oder heilen. Positive Beziehungen können nur dann entstehen, wenn sich Therapeut und Patient aufeinander einlassen, sich auseinandersetzen und gegenseitiges Vertrauen entwickeln.

Die therapeutische Beziehung durchläuft unterschiedliche Phasen der Intensität, wie sie in den „Relationen der Bezogenheit“ der Integrativen Therapie zum Ausdruck kommen. Der Therapeut muss jeweils anhand der Indikation entscheiden, welche „Ebene“ therapeutischer Beziehung ( Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung) angezeigt und angemessen ist (siehe PETZOLD 1986).

### 5.3. Sinnfindung und Suchttherapie

1991 wurde von der Forschungsabteilung der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholprobleme eine Untersuchung durchgeführt. Über die Medien fahndete sie nach sogenannten „Selbsteilern“, also ehemals Heroin- und Alkoholabhängigen, die den Absprung von der Droge allein und ohne Therapie geschafft hatten. Bei den ca. 30 Personen, die sich darauf meldeten, analysierten sie das Phänomen der Autoremission, um daraus Schlüsse für eine noch effizientere Suchtkrankenhilfe zu ziehen. Aus Sicht der „Selbsteiler“ war der vielzitierte Leidensdruck in keinem Fall der wesentliche Auslösefaktor im Genesungsprozess gewesen. Der Entschluss für die Drogenfreiheit entstand mit neu aufgetauchten Lebensinhalten und Neuorientierungen – also mit dem Erkennen und Erreichen-wollen von sinn- und wertvollen Zielen. Deutlich wurde in der Untersuchung, dass die Drogenfreiheit als Therapieziel nicht genug ist. Sie stellt die Voraussetzung für ein mögliches Anstreben und Erreichen von Lebenszielen dar, jedoch scheint die Vision von Lebenszielen die Voraussetzung der Bereitschaft zu sein, Drogenfreiheit überhaupt anzustreben. Von daher sollte im therapeutischen Prozess von Beginn an über Lebensziele diskutiert werden, die von Drogenfreiheit, Verzicht und Selbstkontrolle bedingt, wenn auch nicht bewirkt sind. Das Erkennen von Sinnhaftigkeit hat eine starke Wirkung (vgl. LUKAS 1994, S. 30-41).

Die Untersuchungen, die sich mit den Selbstheilungstendenzen bei Heroinabhängigen beschäftigten, unterstreichen nach BAUDIS (1997) ebenfalls die Notwendigkeit, ein Gesundheitsbild, d.h. Bereiche von autonomen Kräften in der Drogenabhängigkeit zu entwerfen und zu beschreiben (vgl. ebd., S. 16-23).

LUKAS (1989) versteht das Schamgefühl und die Verzweiflung des Suchtkranken als „Aufforderungen an den menschlichen Geist, endlich etwas Sinnvolles zu unternehmen“; es sind „Hilferufe des Gewissens“ (vgl. ders., S. 24).

Der Suchtkranke kann gesunden, wenn er diese „Rufe“ wahrnimmt und sich die entscheidenden Fragen stellt: „Was fehlt mir eigentlich, was brauche ich und was tut mir gut?“, „Was macht mich krank?“. Daraus resultiert: „Was kann ich ändern und was muß ich tun, damit ich nicht krank bleibe und damit ich nicht von falschen Träumen abhängig bleibe?“.

Da die Suchterkrankung aus einem Sinnlosigkeitsgefühl heraus entstehen kann und die Sinnproblematik ein „Beiprodukt“ der Sucht ist („Wozu soll ich aufhören?“), ist die weitere therapeutische Aufgabe vorgezeichnet:

Es geht um die Bewusstmachung der Sinnhaftigkeit des Lebens.

Wie kann Sinn gefunden werden?

Wie PETZOLD (1980) feststellt, gibt es aber nicht den vorgegebenen, festgelegten Sinn, sondern muss der Sinn in jeder Situation, in jedem Kontext von den Anwesenden herausdestilliert und ausgesprochen werden (ebd. S. 237). Ebenfalls weist er auf die Ko-Respondenz hin (siehe 5.2.2.).

„ Es gibt Sinn, aber es gibt nicht den Sinn, sondern es gibt vielfältigen Sinn, den wir immer wieder ergreifen, immer wieder schöpfen, erschaffen müssen, und der vielleicht bei meinem Nachbarn oder bei einem Freund schon ein ganz anderer ist, ganz andere Qualität hat als bei mir. Wir müssten uns - daran geht kein Weg vorbei - darüber verständigen, was wir unter Sinn verstehen, und in sofern kann das Thema nur diskursiv, ko-respondierend angegangen werden, d.h. in Begegnungen und Auseinandersetzungen“ (PETZOLD 2000, S. 30).

Und: „ Sinn – persönlicher und gemeinschaftlicher – entsteht aus der Verknüpfung und Interpretation von erlebten, erfahrenen Wirklichkeiten, d. h. auf dem Lebensweg sinnhaft wahrgenommenen Welt und erlebniskonkret aufgenommenen Geschehnisse in der Welt, an denen Subjekte beteiligt sind und über die sie sich in Konsens- und Dissensprozessen auseinandersetzen“ (ebd. S. 64).

#### **5.4. Wertorientierte Therapie**

Wie in 3.1. dargestellt führt die Verwirklichung von Werten zu Sinnerfahrung

– daher sollte das jeweils persönliche Wertesystem des Einzelnen betrachtet werden.

Es geht also um eine wertorientierte Therapie mit z. B. folgenden Aspekten:

- Bewusstseinsarbeit
- Reflexion des Wertesystems
- Stärkung der Selbstheilungskräfte und des positiven Selbstkonzepts
- Ermutigung zum Verzicht durch Solidaritätserfahrung
- Gegenwartsverankerung und Zukunftsperspektiven

### 5.4.1. Bewusstseinsarbeit

Das Ziel von Therapie ist die Entwicklung von Fähigkeiten, Kompetenzen und Fertigkeiten, die der Bewältigung des weiteren Lebensweges dienen soll. Die vier Wege der Heilung sind die umfassende Perspektive des „Pflegen, Fördern, Hegen und Heilen“ (PETZOLD 1989) auf einer theoretischen Grundlage. Sie spiegeln die Verlaufsformen des therapeutischen Prozesses. Der Therapeut ist dabei in seiner Rolle als Arzt, Pädagoge und Lehrer mit all seinen spezifischen Kompetenzen gefordert.

Diese Fähigkeiten werden als therapeutische Wirkfaktoren bezeichnet; sie spiegeln sowohl die unabdingbaren Fähigkeiten des Therapeuten für den Prozess wider, sind aber gleichzeitig auch Zielorientierung bzgl. einer neu anzustrebenden Verhaltenskompetenz des Patienten.

Der „1. Weg“ beinhaltet die Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung:

Primäres Ziel ist die Stärkung der Bewusstheit des Betroffenen. Anhand von lebenslaufbezogenen Instrumenten wie z.B. Karrierediagrammen, Lebenslaufpanoramen und Lebensberichten sollen Strukturen in der Lebensgeschichte verdeutlicht werden. Sich wiederholende Verhaltensmuster, die sichernden, aber auch behindernden Charakter haben, sowie versteckte und unbewusste Störungen, Traumata, Defizite und Konflikte sollen durch die Einsicht in die Zusammenhänge erkennbar werden.

„Bisher unklare, quälende Gefühle und Symptome“ (RAHM 1993) bekommen einen Sinn und führen einen Schritt weiter in Richtung eines besseren Verständnisses für sich selbst (PETZOLD 1989). Bezogen auf die vier Grundfertigkeiten des Menschen werden insbesondere die Regressionsfähigkeit und Exzentrizität angesprochen. Die Regression dient dazu, alte belastende Szenen z.B. im Rollenspiel erneut zu durchleben und schließlich bewusster, mit einem veränderten Maß an Exzentrizität, wahrzunehmen (RAHM 1993).

Der therapeutische Prozess strukturiert sich entsprechend der hermeneutischen Spirale der Integrativen Therapie über Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, indem auf das emotionale Erleben beim Wiederholen und die rationale Einsicht beim Durcharbeiten eine unmittelbare Konsequenz folgt. Gleiche Themen können dabei mehrfach auftauchen, jedoch in einer erweiterten Form auf einer neuen Integrationsstufe.

Der therapeutische Ansatz besteht also darin, das Gesichtsfeld des Klienten zu erweitern, damit er selbst - zuvor nicht wahrgenommene - sinnvolle Möglichkeiten erkennt.

Der Therapeut kann Anregungen geben, Möglichkeiten aufzeigen, um das gesamte geistige Potential des Patienten herauszufordern, also nicht nur „aufdecken“, sondern vielmehr „entdecken“, was an gesunden Kräften in einem Menschen steckt.

#### **5.4.2. Reflexion des Wertesystems**

Für viele Abhängige ist die Droge ein Mittel gegen das Gefühl der Sinnlosigkeit in ihrem Leben. Die allgemein anerkannten Werte und Normen spielen eine untergeordnete Rolle. Das Ausleben der Abhängigkeit lässt sich mit unserem gültigen Werte- und Normenverständnis nicht vereinbaren. Das Leben in der Drogenszene ist verbunden mit der Internalisierung der Werte der Subkultur (vgl. SKM 2002, S. 16).

Für die Behandlungsmotivation eines Suchtkranken ist es daher entscheidend, welche Werte er erworben hat bzw. anerkennt. Durch die ziellosen Zustände in der drogenkonsumierenden Phase laden die Patienten ihre Umgebung häufig dazu ein, ihnen Ziele nahe zulegen, die nicht ihre eigenen sind. Ebenfalls in der drogenfreien Phase werden dann oft Ziele verfolgt, die nicht kongruent sind, d.h. es handelt sich entweder um Ziele ohne ausreichend eigene Perspektiven oder um Ziele, die einen überfordern oder unterfordern.

Der Patient braucht also Unterstützung bei der Suche nach einer erfüllenden Vision vom eigenen Leben – etwas, wofür es sich langfristig lohnt, auf den Konsum von Drogen zu verzichten. Diese positive Zukunftserwartung kann jedoch nur erreicht werden, wenn der Patient eine kritische Neubewertung seines bisherigen Lebens vornimmt. Mit anderen Worten, er sollte seine persönlichen Wertehierarchien hinterfragen, die seinen bisherigen - an Drogen orientierten - Lebensstil geformt haben.

Die Frage „Welche (Alltags- und Lebens-) Ziele verfolgen Sie in der Therapie bzw. in ihrem Leben?“ ist also bedeutsam. Um etwas zu erreichen, müssen die Wünsche in konkrete und erreichbare Handlungsziele übersetzt werden, so dass man sich für eigene Vorstellungen einsetzen kann.

Der Suchtkranke sollte also in der Therapie lernen, schrittweise Neuentscheidungen zu treffen. Die "Erlaubnis" zur Neuorientierung ist das Ergebnis eines wiedereinsetzenden Wachstumsprozesses, in dem der Patient mit seinen Selbstheilungskräften und Ressourcen in Kontakt kommt.

Die Neuorientierungsprozesse können z.B. in der Gruppentherapie initiiert und von anderen Therapien unterstützt und mitgetragen werden. Eine beginnende Neuentscheidung kann sich z.B. zeigen in: - einem sinnvolleren Reflektieren über Lösungswege

- einem Aufsuchen von alltäglichen „kleinen Sinnantworten“
- einem sinnlicheren Zugang zum Körper.

Im folgenden werden einige Interventionen vorgestellt, die einen Zugang zum persönlichen Wertesystem ermöglichen:

a) Die Integrative Therapie stellt das Modell der Säulen der Identität zur Verfügung.

Über die Vorstellung, Besprechung und/oder Betrachtung ( Einsatz von kreativen Medien ) der einzelnen Säulen wird wesentliches deutlich. Bei der Identitätssäule „Werte und Normen“ geht es um die Sinndimension des Daseins, die Frage, über welche unbewussten und bewussten Normen und Werte ein Patient verfügt, bzw. welchen er sich persönlich verbunden fühlt.

Bei der Säule der Werte und Normen kann z.B. gefragt werden:

- Welchen Werten fühle ich mich verbunden? ( sozial, politisch, religiös,...)
- Entsprechen meine Werte denen meines sozialen Umfeldes?
- Wie rigide, streng / flexibel gehe ich mit meinen Werten um?
- Gibt es Rollen- / Normenkonflikte?
- Gibt es abstinenzgefährdende Werthaltungen (wie z.B. “Ohne Spaß ist alles nichts“)?

b) Werte können im Gespräch reflektiert werden mit der Frage:

“Was würden Sie nicht tun, obwohl Sie es könnten? Was müsste passieren, dass Sie es dennoch täten?“.

Durch die Frage der Ausnahme werden höherrangige Werte identifiziert.

c) Bei konkreten Handlungen oder Entscheidungen kann die Frage nach dem „Wozu“ behilflich sein, Werte zu entschleiern.

d) Dem Patienten wird eine Reflexionsaufgabe gegeben. Aus einer Liste von Werten soll er die zehn wichtigsten Werte auswählen. Bei der Auswahl bekommt er die Aufgabe, zu einer "Party von Werten" einzuladen. „Welche Werte würden Sie einladen, wenn Sie nur zehn Werte einladen könnten?“ ist die Reflexionsfrage an den Patienten.

Diese zehn Werte werden in eine Rangreihe gebracht, definiert und auf der Verhaltensebene konkretisiert. Durch die Wahrnehmung von Bedürfnissen, der mit den Werten verbundenen Konsequenzen und dem Erkennen der positiven Absichten hinter den Werten kann die tiefere Wertehierarchie erschlossen werden. Die Verknüpfung der Werte mit dem wöchentlichen Zeitbudget und konkreten Inhalten hilft, die tatsächlich gelebte Wertehierarchie herauszuarbeiten.

Durch subjektive Skalierung auf der Werteebene erkennen die Patienten, wie sehr sie bestimmte Dinge, die ihnen wichtig sind, vernachlässigen. Ist die Diskrepanz zwischen echten eigenen Werten und tatsächlich gelebter Wertehierarchie zu groß, entsteht mangelnde Identifikation mit dem alltäglichen Umfeld. Die daraus resultierende Unzufriedenheit kann mit den Verdrängungsmechanismen kurzfristig abgeschwächt werden. Die Entschlüsselung der inneren Werte und Normen führt zu einer Modifikation des äußeren Handelns.

Die Reflektion der Werte kann zu verändertem Stressverhalten führen.

e) Erstellung eines Wertequadrats

Das Wertequadrat stammt von Helwig (1967) und wird von SCHULZ VON THUN (1996) als Werkzeug in der Kommunikationspsychologie genutzt. Seine allgemeine Struktur hat schon Aristoteles in ähnlicher Form vor Augen gehabt, und sie enthält eine Anleitung zum dialektischen Denken. Die Prämisse lautet: Um den dialektisch strukturierten Daseinsforderungen zu entsprechen, kann jeder Wert (jede Tugend, jedes Leitprinzip, jedes Persönlichkeitsmerkmal) nur dann zu einer konstruktiven Wirkung gelangen, wenn er sich in „ausgehaltener Spannung“ – anders ausgedrückt in Balance - zu einem positiven Gegenwert befindet. Ohne diese Balance verkommt ein Wert zu seiner „Entartungsform“ ( Helwig ) – oder zu seiner „entwertenden Übertreibung“. Z.B. verkommt Sparsamkeit ohne ihren positiven Gegenwert Großzügigkeit zum Geiz, umgekehrt verkommt auch Großzügigkeit ohne Sparsamkeit zur Verschwendung. Die hierbei regelmäßig entstehenden vier Begriffe lassen sich zu einem Wertequadrat anordnen, wobei jeweils die beiden positiven Gegenwerte oben und die entsprechenden „Unwerte“ unten zu stehen kommen:

Sparsamkeit

Großzügigkeit

Geiz

Verschwendung

Was ist mit einem solchen Wertequadrat gewonnen?.

Zum einen schärft es den Blick dafür, dass sich in dem „beklagten Fehler“ nicht etwas „Schlechtes“ („Krankhaftes, Gestörtes“) manifestieren muss, das es auszumerzen gelte. Vielmehr lässt sich darin immer ein positiver Kern entdecken, dessen Vorhandensein zu schätzen ist und allein dessen Überdosierung („des Guten zuviel“) problematisch erscheint. Damit ist die Entwicklungsrichtung vorgezeichnet: nicht etwa (3) nach (4), sondern von (3) nach (2) unter Beibehaltung von (1).

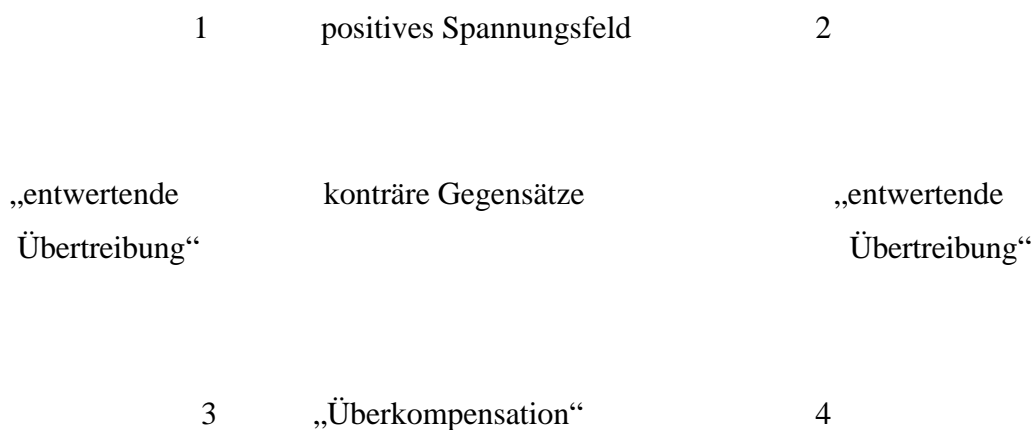


Abb.: Das Netz von Beziehungen zwischen den vier Polen des Wertequadrates

Zum anderen ist mit diesem Quadrat die Überzeugung verbunden, dass jeder Mensch mit einer bestimmten erkennbaren Eigenschaft immer auch über einen „schlummernden“ Gegenpol verfügt, den er in sich wecken und zur Entwicklung bringen kann (vgl. SCHULZ VON THUN 1996).



Die Entwicklung „verpflichtender, ichtsyntoner, als Unterstützung empfundener Wertvorstellungen“ sollte Ziel der Reflexion des persönlichen Wertesystems sein und ermöglicht die Kraft und Fähigkeit, „einen steuerndem selbstachtendem inneren Dialog zu führen“ (BAUDIS 1997, S. 146).

### **5.4.3. Stärkung der Selbsthilfekräfte und des positiven Selbstkonzepts**

„Die Fähigkeit zu heilen, besteht einfach darin, dass man die eigenen Heilkräfte des Patienten zulässt, fördert oder lenkt“ (MOYERS, In: BAUDIS 1997, S. 147).

Viele Suchtkranke zeigen zahlreiche Gesundungsanläufe: Entwöhnungsbehandlungen werden gemacht, aber die Suchtproblematik ist noch nicht gelöst. Oft entsteht der Rückfall „leichtsinnig“ - durch „das eine Glas“.

Wie kommt es dazu?

“Doch offenbar dadurch, dass der Wert vergessen und relativiert wurde, für den ein hoher Preis gezahlt worden ist und weiterhin zu zahlen wäre, wollte jener Wert erhalten bleiben“ (LUKAS 1985, S. 33).

Der Preis ist die ständige innere Selbstkontrolle, die Psychohygiene und das Akzeptieren der unangenehmen Gefühle, die ein Entzug mit sich bringt (Scham- und Schuldgefühle, Nervosität, Entzugserscheinungen etc.). Der Wert ist die Chance zu einem gesunden, selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben.

Der Suchtkranke muss den Wert wahrnehmen, der darin liegt, wenn er z.B. nach einer Enttäuschung nicht zum Suchtmittel greift. Ihm muss bewusst werden, dass eine positive Einstellung zu einem negativen Schicksal eine großartige Leistung ist und sein Leben dadurch wertvoller werden kann. Die Stärkung seiner Selbstheilungskräfte und seiner Überzeugung, die notwendige Kraft aus sich schöpfen zu können - entsprechend der zweiten Komponente des Kohärenzgefühls, dem Gefühl der Handhabbarkeit - ist hier wichtig (wie auch eine stützende Umwelt, worauf noch näher eingegangen wird; siehe 5.4.4.).

Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die persönlichen Glaubenssätze, also Annahmen, „Normen über sich und die Welt“, des Betroffenen.

Im Konzept der Narration in der Integrativen Therapie tritt der Mensch als „Autor seines Lebensdramas“ auf. Noch während der Mensch etwas erlebt, modelliert er schon die Erinnerung, um das Erlebte seinen bisherigen Erfahrungen anzupassen. Er ist darauf angewiesen, sich immer neue Eckpfeiler der Orientierung in den Fluss des Geschehens zu setzen. In der Therapie ist es wichtig, sich damit zu beschäftigen, wie weit der Patient sich als Hauptdarsteller, Akteur oder Autor seines Lebens empfindet und wie weit er es tatsächlich ist oder sein kann. Wieviel Entwicklungsmöglichkeiten, wieviel Eigenverantwortung, Initiative und Zukunftsperspektive hat er oder will er? Wie sehr erlebt er sich als „Opfer“ oder „Kapitän ohne Schiff“? (vgl. das Konzept des „locus of control“ in RAHM 1993). Narrationen sind die Verbindung zwischen Vergangenheit und Zukunft. Das Selbstbild und das Weltbild des Menschen gehen in sie ein: „Ich bin ein Versager“, „Ich muss immer etwas leisten“ oder „Nur Erfolg ist wichtig“.

Ein Narrativ beruht auf einer verengten Perspektive und es verengt die Zukunftsperspektive. Es führt oft dazu, dass sich dieser Glaube erfüllt. Wenn jemand glaubt, dass er etwas ohne Alkohol nicht schafft, wird er es höchstwahrscheinlich nur mit Alkohol schaffen. Neue Verhaltensweisen werden langfristig nur dann erfolgreich gelernt und praktiziert werden können, wenn sie zu den vorhandenen Glaubenssystemen passen, d.h. kompatibel sind oder wenn hinderliche Glaubenssätze abgelegt werden. Die Instanzen des „Über-Ich“ sind bei Suchtkranken oft negativ besetzt und erfahren im günstigen Fall eine positive Korrektur.

Das zentrale Modell für die Veränderungsarbeit mit Glaubenssätzen geht auf das Konzept der Logischen Ebenen von Robert Dilts zurück. Neben der Betrachtung des Verhaltens in dem Kontext und den Fähigkeiten geht es ebenfalls um die Reflexion der Werte, die einen bestimmten „Glauben“ determinieren - also die Frage:

„Warum tust du das? Welcher Glaubenssatz steht dahinter? Was motiviert dich?“ -, um die Frage nach der eigenen Identität („Wenn du aufgrund dieser Motivation, dieses Wertes handelst, wer bist du dann?“) und der Spiritualität („Was gibt dir Sinn bei dem, was du bei dem, was du als XY tust, fühlst, handelst und glaubst?“) (vgl. DILTS 1995).

Ebenfalls wird hier die Sinn- und Werte-Orientierung bedeutsam.

#### **5.4.4. Ermutigung zum Verzicht durch Solidaritätserfahrung**

Der umgangssprachliche Begriff "Entziehungskur" umschreibt, dass es um den Entzug des Suchtmittels geht. Ziel dieser "Kur" sollte es u. a. sein, dass der Suchtkranke den Sinn dieses Entzugs erkennt.

Jede Entscheidung setzt die Wahl zwischen Alternativen voraus. Das Wählen bedeutet wiederum den Verzicht auf die nichtgewählte Alternative. Der Suchtkranke sollte sich für den freiwilligen Verzicht entscheiden. Er sollte von der Sinnhaftigkeit des Verzichts überzeugt sein, um sein Ziel zu erreichen. Denn nach Frankl ist der Sinn "der Schrittmacher des Seins" und Sinn geht jedem einzelnen Schritt voraus oder es wird kein einziger weiterer sinnvoller Schritt mehr getan (vgl. LUKAS 1989, S. 241).

Die Frage "Verzicht - ja oder nein?" darf sich dem Betroffenen gar nicht stellen. Es kommt auf das "Wie" an: Wie wird die Abstinenz empfunden? Wird sie zwanghaft unter dem Druck des "Müssens" erlebt oder ist sie ein Bestandteil einer neuen Lebensform geworden?

An dieser Stelle zeigt sich seine Motivation.

Der Suchtkranke sollte grundsätzlich die Bereitschaft zu "kleinen Verzichten" entwickeln. Hierzu ist es notwendig, dass er weiß "wozu".

Dieses "Wozu" kann ihm aufgezeigt werden, denn es besteht ein Zusammenhang zwischen kleinen Verzichten und großen Sinngehalten im Leben:

Kleine Augenblicksbefriedigungen verunmöglichen große Sinngehalte.

Aber kleine Verzichte ermöglichen große Sinngehalte.

Über kleine Verzichte werden große Sinngehalte erfüllbar.

Diese Sinngehalte wiederum ermöglichen als nicht angestrebten Nebeneffekt dasjenige, was Glück genannt wird (s. 3.3.). Umgekehrt lassen die kleinen Augenblicksbefriedigungen, die aus einem „Nicht-verzichten-können“ resultieren, die großen Sinngehalte unerfüllbar bleiben. Der unvermeidbare Nebeneffekt ist das „Unglücklich-sein“.

Die Unterscheidung zwischen menschlichem Sein und Haben und zwischen Sinn und Zweck ist in der Logotherapie sehr wichtig. Dieses Wissen kann dem Suchtkranken helfen, denn:

Die Sucht hat ihren Zweck und gewährt ihm einen kurzfristigen Lustgewinn. Die Abstinenz ist sinnvoll und dient der Verwirklichung einer neuen Identität und eröffnet neue Möglich-

keiten des Seins; jeder Gewinn und jedes Haben ist aber verlierbar, während das Sein etwas Existentielles und Unverlierbares ist (vgl. ebd., S. 136).

Die Abstinenz-Entscheidung muss „durchgehalten“ werden, sonst verliert sie ihre protektive Qualität und verwandelt sich zu einem Risikofaktor: „Ein Suchtkranker, der wiederholt aus seinen Entscheidungen kippt und rückfällig wird, ist gefährdeter als jemand, der sich nur mühsam entscheiden kann“; denn während dieser um seine Überzeugung ringt, handelt der erstere gegen seine Überzeugung (vgl. LUKAS 1985, S. 31).

An dieser Stelle wird die „social world“ des Suchtkranken bedeutsam. Petzold verweist auf die Erkrankung der Person „in und mit ihrem Netzwerk“ (siehe Punkt 4.).

Die meisten Suchtkranken kommen aus Milieus und Lebensverhältnissen, die nicht nur mangelnde Tragkraft, sondern häufig darüber hinaus pathogene Wirkungen hatten.

So handelt es sich überwiegend um Netzwerke,

- in denen Normen und Werte herrschten, die sie in ein strukturelles Spannungsverhältnis mit der Gesellschaft versetzten (z.B. Gewaltanwendung, Drogenkonsum).
- in denen sie an ihrer freien Entfaltung gehindert wurden.
- in denen Werte sich als ambivalent oder verändernd erwiesen (z.B. in der Eltern-Kind-Beziehung: Aussagen der Eltern widersprachen sich, angekündigte Versprechungen oder Sanktionen wurden nicht gehalten oder durchgesetzt usw.).
- die eine sehr geringe Zahl sozialer Beziehungen aufwiesen, z.B. wenn weggebrochene Beziehungen (z.B. durch Tod, Trennung) nicht kompensiert werden konnte (vgl. SKM 2002, S. 34f).

Entsprechend des „4. Weg der Heilung: Solidaritätserfahrung“ sollte mit dem sozialen und ökologischen Umfeld des Einzelnen gearbeitet werden. Gesundung wird in Erfahrungen wie „Solidarität, Mitmenschlichkeit, Mitgefühl“ (RAHM 1993) gesucht. „Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistung“ (PETZOLD 1989) soll er erfahren, aber auch selbst praktizieren.

Durch insbesondere sozialtherapeutische Arbeit soll der Patient die Kompetenz erwerben, die Gruppe und damit sich selbst aus einer neuen Perspektive erfassen zu können. Es soll eine Bewusstheit für Beziehungsnetzwerke entstehen; eigene Lebenszusammenhänge sollen deutlicher erfassbar sein. „Ursachen hinter den Ursachen“ (PETZOLD 1989) werden mehrperspektivisch erfasst und die eigene Pathologie wird verständlicher (siehe 5.4.5.). Der Patient

wird zu einem erweiterten Rollenbewusstsein befähigt und kann seine eigenen Entfremdungen, u.U. befremdende Rollenzuweisungen, besser nachvollziehen. Aus der Erkenntnis heraus ergibt sich die Option der Loslösung und Veränderung (PETZOLD 1989).

Folgend können so protektive Faktoren gestärkt, protektive Prozesse eingeleitet und ein neues stützendes Netzwerk und bedeutsame cleane Identitätsstützen ( Familie, Beruf, Hobby, Freunde etc.) aufgebaut werden. An dieser Stelle wird auf die Notwendigkeit von Nachsorgeangeboten, von Selbsthilfegruppen und der generellen Vernetzung von Hilfsverbänden hingewiesen. Entsprechend den nicht-linearen, vielmehr zirkulären oder spiralförmigen Heilungsprozessen der Patienten müssen die Hilfssysteme und die Bezogenheiten der Einrichtungen untereinander konzipiert sein (siehe SKM 2002, S. 37ff).

Ein „Verbund-System“ bietet für eine individuelle Lebensstrecke eine (Nach-) „Sozialisation im Konvoi“, d.h. eine das Leben begleitende Stützung, Anlehnung, Korrektur und Beachtung. Diese helfen dem Einzelnen kurz- und langfristig, eigene Stabilität, Zuversicht und Zukunftshoffnung zu entwickeln und sind damit ein ganz entscheidender protektiver Faktor für die nächsten Lebensjahre – sie können motivieren, an der „freiwilligen Verzichtsleistung“ festzuhalten.

#### **5.4.5. Gegenwartsverankerung und Zukunftsperspektiven**

Im Prozess der Therapie soll die Sucht und deren Erfahrung im Lebenskontext und Lebenskontinuum verstanden und eingeordnet werden. Dafür ist es wichtig, die Bedeutung der Zeitdimension, des biographischen Kontinuums (wieder) zu entdecken bzw. sich zu erschließen.

„In der Lebensspanne und in sich wandelnden sozialen Netzwerken bzw. „social worlds“ als sozialen Sinngemeinschaften in solchen Netzwerken muss deshalb immer wieder gefragt werden: Ist mein/unser Sinnverhältnis, sind meine/unsere Interpretationen von Wirklichkeit denn noch genauso, wie sie einst waren? Oder sind die verschiedenen Sinn- und Bedeutungszuweisungen im Leben, die ich /wir gemacht haben, nicht doch sehr nachhaltig verändert worden durch das Leben? Es gilt, sich dies immer wieder deutlich zu machen, da derartige Fragen stets kontextualisiert und temporalisiert werden müssen, denn man fährt nicht allein auf der Lebensstrecke, sondern reist im Konvoi (...). Es macht also Sinn, nicht einsam und verlassen durchs Leben zu gehen, sondern durch sein soziales Netzwerk ein Weggeleit zu haben“ ( HASS, Petzold 1999).

Suchtkranke Menschen haften zum einen mit ihren physiologischen Reaktionen, zum anderen wegen ihrer Schuld- und Schamgefühle – nicht zuletzt auch wegen der noch bestehenden negativen Bewertung von Suchtkrankheit in der Gesellschaft – einem schädigenden Fixpunkt in der Vergangenheit an. Emotional und kognitiv kreist das Leben um die Sucht; es ist schwer möglich, Zugang zu den positiven Quellen zu erlangen. Die Vergangenheit ist oft reduziert auf die „Sucht-Erfahrungen“; andere Erinnerungen werden als wenig gewichtig erachtet. In der Therapie sollen „die Vergangenheit“ erinnert, das Leid und die Verluste betrauert werden – jedoch hält die Rückschau auch im Leid fest. In der Therapie können und sollen Zugänge zu den guten und stärkenden Erinnerungen gefunden werden, um sich die ganze Lebensgeschichte wieder anzueignen und nicht auf die Identifikation als „Süchtiger“ reduziert zu bleiben.

Zur Verankerung in der Gegenwart und Erschließung von Zukunftsperspektiven ist eine kognitive Umstrukturierung bezüglich des Suchterlebens von zentraler Bedeutung. Das Erfahrene muss emotional und kognitiv verstanden und eingeordnet werden können. Der Sucht kann subjektiv ein Sinn gegeben werden. Sie kann neu bewertet, in einen neuen Kontext gesetzt werden, in dem sie als ein Zeichen von Stärke und Überlebensfähigkeit umgedeutet wird (siehe: „Neue Wege finden: Umdeuten (Reframing)“, BANDLER 1994, S. 167-233). Aus der reduzierten Selbstwahrnehmung als „Süchtiger“ eröffnet sich die Möglichkeit, zu anderen Selbstdefinitionen zu kommen und statt die Vergangenheit zu verdrängen oder zu verleugnen, sie in das eigene Dasein zu integrieren.

„Zeitliches Differenzierungsvermögen mit der Vernetzung von Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft erlaubt uns, Ursache und Wirkung, ja vielfältige Kausalitäten erklären zu können und Ereignissen Bedeutung zuzumessen“; PETZOLD (1992) spricht von einer „wachsenden Sinnerfassungs- und Sinnverarbeitungskapazität“ (ebd., S. 489f).

Zur Entwicklung einer selbstbestimmten Handlungskompetenz kann es auch gehören, die absolute Abhängigkeit i.S. einer Sucht in eine gesunde „Kunst der Abhängigkeit“ zu transformieren. Dies bedeutet, die eigene Abhängigkeit nicht nur zu sehen, sondern auch zu bejahen und daraus sogar „etwas Gestaltbares zu machen“ (vgl. RIEDEL 1992).

Diese Kunst ermöglicht auch, eine Haltung der Souveränität einzunehmen und damit die falschen Alternativen wie z.B. Lust / Kontrolle oder Abhängigkeit / Autonomie zu überwinden (entsprechend dem salutogenetischen Modell). Rückfälliges Verhalten braucht dann nicht ausschließlich als Rückfall in die Abhängigkeit verstanden zu werden, sondern ermöglicht auch einen souveräneren Umgang damit, so dass man sich leichter entschließen kann, wieder mit dem Drogenkonsum aufzuhören.

Die Neubewertung der Werte, Grundannahmen und Haltungen zur Welt und damit besonders der Abschied von überzeichneten, grandios oder schlicht irrationalen Idealen (und heimlichen, unerfüllbaren Träumen) ist für den Betroffenen der schmerzhafteste Schritt auf dem Weg zur Genesung. Er gelingt dauerhaft nur, wenn an die Stelle der alten Träume eine neue, an die Realität des Patienten adaptierte Vision tritt, ein lohnenswertes und sinnerfülltes Ziel, das dem Leben eine hoffungsvolle Richtung gibt. Die Vision schafft sozusagen einen Bezugspunkt in der Zukunft, der das gegenwärtige Handeln und Fühlen formt, ihm Kraft und Zuversicht verleiht.

Durch das Bilanzieren und Neubewerten der Drogenvergangenheit kann der Patient sich für einen „Umbruch in der Biographie“ entscheiden (vgl. BAUDIS 1997, S. 119). Hier kann der Therapeut wertvolle Arbeit leisten: tiefere Wertvorstellungen wachrufen und neue Ansprüche an die Lebensbewältigung wecken. Der tragende Faktor ist hier weniger Belehrung und Erziehung, sondern vielmehr Werterfahrungen bzw. das Aktivieren positiver Schlüsselerlebnisse. Die Chance als Therapeut liegt darin, den Zusammenhang von Clean-Leben und „Umbruch der Biografie“ persönlich und nachvollziehbar zu vermitteln und doch so in kleine Schritte zu zerlegen, dass keine Überforderung herauskommt. Positive tragfähige Ziele zu finden, die nur in Drogenfreiheit erreichbar sind und die eine realistische und subjektiv wertvolle Zukunftsperspektive implizieren, gibt dem Patienten eine zentrale Voraussetzung in die Hand, ein weiteres Selbstmanagement zu entwickeln.

BAUDIS (1997) erarbeitete vier Strategien der Selbstkontextuierung und -gestaltung:

1. Überschaubare, persönliche Teilziele abstecken, die in kleinen Schritten erreicht werden können;
2. Sich selbst motivieren;
3. In jedem Teilziel einen Wert, eine gewisse Befriedigung und Anerkennung finden;
4. Den Zielehorizont transzendieren und die eigenen Wertvorstellungen weiterentwickeln. Daraus ergeben sich neue Teilziele, die Quelle erneuter Motivation sind. Usw.

(vgl. ebd., S. 116f).

“Früher habe ich ohne viel Gedanken einfach in den Tag hineingelebt. Erst die Alkoholkatastrophe und die Entziehung haben mich aufgeschreckt, aufgerufen, über mein Leben nachzudenken und die mir darin gestellten Aufgaben anzupacken“ - hier spricht ein Patient dem erlittenen Leid rückwirkend ein Sinn zu.

Über die Sucht erkennen viele erst Werte, vielleicht sogar Sinn:

Die Sucht bekommt Sinn, sie wird als Chance für einen Neubeginn begriffen und angenommen, so dass der Patient Verantwortung für seine Probleme und deren Lösung übernehmen kann.

„Solange ich ein Symptom bekämpfe, wird es schlimmer; wenn ich die Verantwortung dafür übernehme, was ich mir selbst damit antue, (...), wie ich meine Krankheit hervorbringe, wie ich mein ganzes Dasein gestalte. In dem Augenblick, in dem ich mit mir selbst in Berührung komme, beginnt das Wachstum, die Integration, die Sammlung“ (PERLS 1969, S. 79).



## 6. Schlussbemerkung

Im Rahmen dieser Arbeit ging es darum die Komplexität und Vielschichtigkeit des Themas aufzuzeigen. Ich hoffe, dass deutlich geworden ist, wie hilfreich und sinnvoll es für alle ist, die in der Suchtkrankenhilfe tätig sind, sich auf die Fragen nach Sinnhaftigkeit deutlicher einzustellen, damit sie den Betroffenen bei dessen Antwort auf Grundfragen menschlichen Seins begleiten und unterstützen können. Die Sinnfrage geht alle an – Patienten und Therapeuten.

Das Konzept der Salutogenese ist insofern hilfreich, als es die Suchtkrankenhilfe auffordert, ihre Theorien und Konzepte zu überprüfen. Es zwingt sie, die Frage zu beantworten, ob sie die Rolle gesundheitsfördernder und schützender Faktoren in der Praxis der Suchttherapie und in der Erforschung von Ätiologie ausreichend berücksichtigt. Gleichzeitig bietet es Anstoß zu den Fragen, welchen Stellenwert sie ressourcenaktivierenden Methoden einräumt, und inwieweit gesunde Anteile beim Patienten gestärkt und betont werden.

Die Ressourcenaktivierung ist in den meisten Therapieschulen seit langem therapeutisches Prinzip - gemeint ist damit z.B. die Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten – und kommt als Wirkfaktor für eine Verbesserung beim Patienten eine zentrale Stellung zu. Für die Therapiezieldiskussion ist das Konzept bedeutsam, da es darauf hinweist, nicht nur die Symptomreduktion zu beachten, sondern auch Verbesserungen in den gesunden Anteilen, in der Kompetenz des Patienten anzustreben.

Bei dem Thema "Werte" sind auch die kulturellen, politischen und religiösen Werte der Therapeuten angefragt. Als Therapeut muss ich mir immer wieder Klarheit verschaffen, inwieweit meine eigenen Normen und Werte mit denen der Patienten vereinbar sind bzw. kollidieren und was dies für die psychotherapeutische Arbeit bedeutet.

Wer mit (suchtkranken) Menschen arbeitet, stellt immer auch seine eigene Person zur Verfügung – im Sinne von BUBER „Ich werdend am Du“.

## Literaturverzeichnis

ANTONOVSKY, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: dgvt.

ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

BANDLER, R., J. GRINDER (1994). Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme. Paderborn: Junfermann.

BAUDIS, R. (Hrsg.) (1997). Nach Gesundheit in der Krankheit suchen – Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie. Rudersberg: Verl. Für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht.

BÖSCHEMEYER, U. (1996). Wertorientierte Existenzanalyse: Zeitschrift des Hamburger Instituts für Existenzanalyse und Logotherapie, Nummer 1, S. 3-9 und Nummer 2, S. 8.

BUBER, M. (1962). Werke, Bd. I Schriften zur Philosophie, Ich und Du, Heidelberg.

BUCHINGER, K. (1981). Die Bedeutung der Werte für die Entwicklung der Persönlichkeit. In: DEUTSCHER CARITASVERBAND e.V. (Hrsg.). Caritas `81. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes. Freiburg, S. 47-57.

DILTS, R. B.(1995). Identität, Glaubenssätze und Gesundheit. Höhere Ebenen der NLP-Veränderungsarbeit. Paderborn: Junfermann.

EID, V. (1986). Sucht und Verantwortung. In: Lebendige Seelsorge. Sucht und Abhängigkeit. Heft 4, S. 137-140.

FORST, U. (1985). Hinführung zur gläubigen Entscheidung. In: KSA (Hrsg.). Perspektiven einer Gefährdeten – Pastoral. Heft 1. Hamm: Hoheneck, S. 39-57.

FRANKL, V. E. (1972). Psychotherapie für den Laien. Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Freiburg: Herder.

FRANKL, V. E. (1977). Das Leiden am Sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. Freiburg: Herder.

FRANKL, V.E. (1982). Der Wille zum Sinn. Bern: Hans Huber Verlag.

FRANKE, A. & WELBRINK, A. (2000). Zwischen Genuss und Sucht – Das Salutogenese-modell in der Suchtforschung. In Wydle, H., P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empire und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. München: Juventa.

- HASS, W., PETZOLD, H. (1999). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie. In: PETZOLD, MÄRTENS (1999a), S. 193-272.
- HÖHLER, G. (1979). Die Anspruchsgesellschaft. Über die Inflation sozialer Werte. Düsseldorf, Wien: Goldmann.
- KLAGES, H. (1985). Wertorientierungen im Wandel. Frankfurt, New York: Campus.
- KOKON – Verein für ambulante Drogentherapie e.V. – Behandlungskonzept.
- LUKAS, E. (1985). Die suchtpreventiven Möglichkeiten der Logotherapie. In: KSA (Hrsg.). Sinnfindung als Aufgabe in der Suchtprävention. Hamm: Hoheneck, S. 15-34.
- LUKAS, E. (1986). Von der Trotzmacht des Geistes. Menschenbild und Methoden der Logotherapie. Freiburg im Breisgau: Herder.
- LUKAS, E. (1989). Psychologische Vorsorge. Krisenprävention und Innenweltverschmutzung aus logotherapeutischer Sicht. Freiburg: Herder.
- LUKAS, E. (1994). Psychotherapie in Würde. Sinnorientierte Lebenshilfe nach Viktor E. Frankl. München: Quintessenz.
- MIETH, D. (1989). Sucht und Suchtgefährdung aus der Sicht des Theologen. In: Arzt und Christ. 4/1989, S. 214-223.
- PERLS, F. (1969). In: KFH (Hrsg.). 1978. Person. Gruppe. Gesellschaft. Beiträge zur Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Hildesheim: Bernward Verlag.
- PETZOLD, H. (1986). Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung in der Integrativen Therapie. Integrative Therapie 4, s. 321-341).
- PETZOLD, H. (1989). Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie. In: Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration. I/1989.
- PETZOLD, H. (1992). Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H. (1993). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine Schulübergreifende Psychotherapie. Bd. 2. Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H. (1993a). Goffin, J., Oudhoff, J.: Protektive Faktoren und Prozesse. In: Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg.): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H., J. SIEPER (Hrsg.) (1993b). Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien Band 1. Paderborn: Junfermann.

- PETZOLD, H. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H., THOMAS, G. (Hrsg.). Integrative Suchttherapie und Supervision. Sonderausgabe Gestalt und Integration 1/1995.
- PETZOLD, H. (2000). Sinnfindung über die Lebensspanne: collagierte Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, polylogischem Sinn. Aus dem Postgradualprogramm „Integrative Therapie und Supervision“.
- PETZOLD, H., WOLF, H., LANDGREBE, B., JOSIC, Z. (Hrsg.) (2002): Das Trauma überwinden, Integrative Modelle der Traumatherapie, Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.
- RAHM, D., OTTE, H., BOSSE, S., RUHE-HOLLENBACH, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis.
- RIEDEL, I. (1992): Die Kunst der Abhängigkeit, in: Buchheim, P. et al. (Hrsg.): Psychotherapie im Wandel / Abhängigkeit, Heidelberg.
- SCHEIBLICH, W. (1995): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Lambertus: Freiburg.
- SCHIFFER, E. (2001). Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim: Beltz
- SCHULZ VON THUN, F. (1996): Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- SKM e.V. Köln (2002). Gesamtkonzeption für den Fachbereich Drogen- und Aids-Hilfe.
- UHL, S./ REICH, B. In: Thema Jugend. Mit und ohne Stiefel. Zeitschrift für Jugendschutz und Erziehung, Nr.1/2001.
- WESSELN, H. (1982). Was ist der Mensch? Erziehung zum Verzicht. In: BALKENOHL, M. und H. WESSELN (Hrsg.): Erziehung in Verantwortung. Grundlagen, Aufgaben, Erfordernisse. Hamm: Hoheneck, S. 37-51.
- YALOM, I. (2000): Existentielle Psychotherapie (Aus d. Amerikan. übers. von Martina Gremmler-Fuhr u. Reinhard Fuhr), -3. Aufl.- Köln: Ed. Humanist. Psychologie.