

Identitätsentwicklung in sozialen Netzwerken (Vortrag beim Fachtag der Caritas-Suchthilfe 9.5.2006 in Köln)

Wolfgang Scheiblich, Köln

(nach einem gemeinsam mit *Hilarion G. Petzold*, Düsseldorf, veröffentlichten Aufsatz „Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem – Förderung der „Regulationskompetenz“ und „Resilienz“ durch „komplexes Lernen“ in: Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W.: Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2006)

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Identitätsentwicklung in sozialen Netzwerken, in unseren Hilfenetzwerken und in denen der Klienten, ist eine zentrale Aufgabe und gleichzeitig eines der wichtigsten Ziele jeder Suchtbehandlung.

Wie diese Ziele durch Behandlungsmethoden in stützenden und schützenden institutionellen Rahmenbedingungen erreicht werden können und welche Faktoren in diesen therapeutischen und rehabilitativen Prozessen zum Tragen kommen, ist noch nicht hinreichend aufgeklärt. In der Regel werden klinische Heuristiken angewandt, für die noch keine „evidenzbasierten“ Wirkungsnachweise bestehen. Deshalb wird es umso wichtiger, dass solche Heuristiken auf moderne und gut fundierte Wissensstände aus den „klinischen Referenzwissenschaften“ Entwicklungspsychologie bzw. -psychobiologie und Neurobiologie zurückgreifen und diese für die Praxis zupassen. Hierzu einige Überlegungen und Konzepte.

Suchthilfe sollte den Begriff der Heilung und des Heilens und der Identitätsentwicklung immer kurativ, klinisch und evolutiv, agogisch als Heilen und Fördern“, als ein „Wiederherstellen und Entwickeln der Kompetenz zur Selbstregulation verstehen.

Ziel von Suchthilfe ist die

- Veränderung von dysfunktionalen Verhaltensweisen,
- Veränderung von Störungen mit Krankheitswert, die
- Entwicklung von *Fähigkeiten/Kompetenzen* und *Fertigkeiten/Performanzen*, die der
 - Bewältigung (*coping*) und
 - Gestaltung (*creating*) des weiteren Lebensweges und seiner
 - Absicherung durch das Erarbeiten von Ressourcen dienen soll

All diese Zielsetzungen, die die Identität fördern, können nur über das Anstoßen und Begleiten von Lernprozessen erreicht werden, und da es um komplexe Störungen, Verhaltensweisen, Lebenssituationen geht, ist ein komplexes Verständnis von Lernen, ist eine „komplexe Lerntheorie“ erforderlich. Es geht in ihr besonders um die Förderung der Regulationskompetenz von Menschen.

Regulationskompetenz und komplexes Lernen

*„Wenn ich **Lerne**, differenziere, korrigiere und integriere ich Wahrnehmungen, Erfahrungen und Wissen; Ich lerne, wenn ich die Komplexität dieser Prozesse erfasse, verarbeite und kreativ nutze.*

Eine Reihe von exemplarischen Aussagen soll das Lernen in der Netzwerkarbeit der Suchthilfe verdeutlichen:

Sie will

- Lernen in unterschiedlichen Lernarten und auf allen Ebenen ermöglichen, und zwar jeweils auf der
 - Ebene intellektueller Fähigkeiten, der
 - Ebene emotionaler Differenziertheit, der
 - Ebene der Willensqualitäten, der

- Ebene der interaktiven und kommunikativen Performanz

Die gesamte Person muss in die Prozesse des Lernens einbezogen werden, sie muss 'sich selbst zum Projekt' in der Bewältigung und Gestaltung von Weltkomplexität machen – denn „geistiges, kognitives, seelisches, emotionales, körperliches, somatomotorisches, den Willen betreffendes und soziales Lernen ist notwendig, wenn der Mensch seine Identität entwickeln will.

Hilfreich zum Verständnis dieses Vorgangs sind die heutigen Erkenntnisse der Hirnforschung, die zeigen, dass **das Gehirn lernt**, und zwar das gesamte neuronale System und die mit ihm verbundenen somatischen Systeme. Es lernt in der Auseinandersetzung mit der erfahrenen Welt, hat es sich doch über die Evolution in dieser Auseinandersetzung mit all seinen Möglichkeiten und Grenzen ausgebildet und erst durch Lernen ausbilden können. Es ist dafür mit einer erheblichen Neuroplastizität ausgestattet – **über das gesamte Leben hin bis ins Alter**. Das heißt, dass Menschen bis ins Alter lernfähig bleiben und ihre **Sinnerfassungsfähigkeit, ihre Sinnverarbeitungsmöglichkeit und ihre Sinnschöpfungskapazität** erhalten, ja ausdehnen können, wenn die richtigen „auffordernden Situationen“ ihnen die entsprechende Handlungs- und Lernmöglichkeiten bieten, wenn solche Angebote zum Erproben von Performanzen vorhanden sind oder zur Verfügung gestellt werden und **wahrgenommen** werden können. Lernen auf diese Weise bringt einen Zuwachs von Neuronen in den stimulierten und aktivierten Hirnregionen – wiederum bis in hohe Alter. Die Anforderungen der Umwelt, in die der Mensch eingebettet ist, die quer durch alle Erfahrungsbereiche bereitgestellten Informationen kommen im „komplexen Lernen“ zum Tragen. Informationen von der ökologischen und sozialen Umwelt und aus allen Bereichen der somatischen Innenwelt als physiologischen Stimulierungen werden wahrgenommen, aufgenommen und verleiblicht, und das auf ganz konkrete Weise: *E i n e r s e i t s* erfolgt Verleiblichung auf der neurophysiologischen Ebene – mit der sich die Neurowissenschaften befassen - durch Auslösung spezifischer „Physiologien“, durch Aktivität von Substanzen, die die Genregulation beeinflussen oder die als Neurotransmitter und Neuromodulatoren fungieren, durch neue Transmitterkonfigurationen, neue Bahnungen, durch Zuwachs von Neuronen. *A n d e r e r s e i t s* erfolgt sie auf der personologischen Ebene – mit der sich Subjekttheorien und Persönlichkeitspsychologie befassen - durch Entwicklung neuer **Kompetenzen und Performanzen**, Wahrnehmungs-, Fühlens-, Wollens-, Denk- und Handlungsweisen, d. h. in komplexem Verhalten der „Person als ganzer“ durch Informationen als Sinn- und Bedeutungssysteme (es geht ja nicht nur um „bits“).

Dieses Modell bietet die Grundlage für psychotherapeutisch, soziotherapeutisch und agogisch angezielte, angeregte und begleitete Lernprozesse in Netzwerken, die ein wesentlicher Bestandteil der Identitätsarbeit sind.

Ein weiteres Kernkonzept für die Netzwerkarbeit ergibt sich direkt aus dem Lernmodell, nämlich das Konzept der **Regulationskompetenz**.

Unter „**Regulationskompetenz**“ verstehen wir die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der biochemischen Ebene über die Ebene emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ oder der Steuerung von interpersonalen Regulationsvorgängen. Programme für die Regulationskompetenzen werden *Narrative oder Schemata* oder *Muster* genannt.

Von Kindheit auf bis ins Alter gewährleisten die Regulationskompetenzen die Lebens- und Überlebensprozesse des Individuum durch die Bereitstellung einer Stabilität in den Interaktionen zwischen Organismus und Umwelt, Mensch und Mitmensch. Gleichzeitig ermöglichen sie durch eine ausreichende *Plastizität* die erforderlichen *Passungen* bzw. Anpassungsleistungen.

Diese Regulationsprozesse sind auch störfähig und störanfällig. Traumatische Belastungen bergen eine hohe Gefahr der Dysregulation, was sich bei Betrachtung der biographischen Hintergründe vieler Drogenabhängiger zeigt mit ihren Traumatisierungen in gewalttätigen Elternhäusern, aber auch mit traumatischen Erfahrungen im Rahmen der Drogenkarriere.

Der Drogenkonsum selbst – nicht zuletzt auch scheinbar „weicher“ Drogen bzw. von Designer-Drogen – kann für die neurobiologischen Regulationsprozesse erhebliche Folgen haben, denn sie greifen z. T. unmittelbar in das Transmittergeschehen an den Synapsen ein. Verelendung, Infektionen, Verletzungen und in der Folge Entzündungen – so häufig bei unsterilem Nadelgebrauch oder mangelnder Hygiene – führen zu dysregulierten Entzündungsprozessen, deren Risiken erst neuerlich bekannt geworden sind.

In Kindheit und Jugend ist von einer höheren Plastizität der Regulationssysteme auszugehen als im Erwachsenenalter d. h. aber auch von einem größeren und nachhaltigeren Schadensrisiko, so dass sehr junge Konsumenten auch besonders große Risiken haben. Prinzipiell bleibt die Plastizität der Regulationssysteme auch bei Störungen durch biographische Belastungen und Substanzmissbrauch erhalten, wenngleich beschädigt, und zwar bis ins hohe Alter. Damit sind auch Chancen für erfolgreiche Behandlungen gegeben, vor allem, wenn noch vorhandene funktionale Regulationskompetenzen in den verschiedenen Bereichen auch immer wieder praktiziert werden und durch Umweltantworten unterstützt und bekräftigt werden. Das ist auf der Straße, in der Verelendungsszene des Drogen- und Alkoholismusmilieus nicht der Fall. Diese Einsicht hat erhebliche Konsequenzen für Therapie und Betreuung und spricht dafür, dass für besonders heruntergekommene, verelendete Patienten „hochschwellige Einrichtungen“ unverzichtbar sind, dass Modelle, die betreutes Wohnen ermöglichen, die beschützende Netzwerke bereitstellen, für viele Hilfebedürftige absolut notwendig werden, um weiterem Kompetenz- und Performanzabbau entgegenzuwirken etwa durch das Bereitstellen von Performanzspielräumen oder durch Angebote zur Förderung neuer Kompetenzbildungen unter Nutzung des Potentials des Menschen zu „komplexem Lernen“, d. h. aber zu Veränderungsprozessen.

Ein weiterer Wirkfaktor von Netzwerken zur Entwicklung von Identität sind Erfahrungen von „**VITALER EVIDENZ**“.

„**Lernen** bedeutet u.a. die Bereitschaft, sich neuen, ungewöhnlichen, irritierenden, befremdlichen Erfahrungen auszusetzen, ja Selbstirritationen zuzulassen, um sich selber zu überraschen‘ (*Nietzsche*, Menschliches, Allzumenschliches), um sich selbst zu entdecken, um die eigenen Untiefen und Tiefen auszuloten und neue Wege des *Erlebens*, des *Erfahrens*, des *Erkennens* zu eröffnen und zu beschreiten und die Wege solchem Erleben, Erfahren und Erkennen selbst wieder in den Blick zu nehmen: sie stehen in Traditionen der Selbsterfahrung, in kulturell vorgezeichneten Mustern der Selbsterkenntnis. **Lernen** ist in hohem Maße veränderungswirksam, wenn sich in ihm

- **leibliches Erleben,**
- **emotionale Erfahrungen**
- **kognitive Einsicht**
- **in zwischenmenschlicher Bezogenheit zu**
- **Ereignissen von VITALER EVIDENZ verbinden, die ein anderes Wollen und Handeln ermöglicht**

Das Konzept der **Regulationskompetenz** muss also immer mit einer lerntheoretischen Konzeption (*Sieper, Petzold 2002*) verbunden gesehen werden, denn:

Die grundsätzliche und umfassende Lernfähigkeit der Menschen, die Veränderbarkeit von Genexpressionen und Genregulationen, die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns und Nervensystems und die damit gegebene Modifizierbarkeit von kognitiven Landkarten, emotionalen Stilen, Mustern der **Regulationskompetenz** sind die wesentlichsten, evolutionsbiologisch höchst sinnvollen Selektionsvorteile der Menschen. Diese Lernfähigkeit, die Ausbildung modulierbarer *Narrative* bzw. **Regulationskompetenzen** muss als das zentrale Programm, als das „Basisnarrativ“ des Menschen angesehen werden, von dem alle anderen Narrative bestimmt werden können. Diese Grundannahme gilt für jede Form von Therapie und sollte auch Grundlage der Drogentherapie sein.

Das hier dargestellte Modell der Regulationskompetenzen in *komplexen sozioökologischen Lernprozessen* liegt letztendlich allen psychotherapeutischen, sozio- und kreativitätstherapeutischen und milieuthérapeutischen Maßnahmen zu Grunde.

Aber das System der Regulationskompetenz ist anfällig:

Hyperstress kann nicht nur Gene, die neuronales Wachstum fördern, behindern, er kann auch zu Sensibilisierungen des limbischen Systems führen und zu einer erhöhten Alarmbereitschaft der Amygdala beitragen (z.B. bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, PTBS). Das „searching“ nach der Droge, um die Qualen des Entzugs zu vermeiden, das Beschaffen von Geld durch kriminelle Handlungen und Notprostitution Tag für Tag im Großstadtdschungel kann als eine solche *Hyperstresssituation* gewertet werden. Schmerzerfahrungen durch das Erleben und Erleiden von Gewalt, wie es die Abhängigen in ihren familialen Biographien und ihren Drogenkarrieren wieder und wieder erlebt haben, können die *Genregulation* des Schmerzgedächtnisses fehlkonditionieren, so dass eine übersteuerte Schmerzsensibilität, verbunden mit Angst vor dem Schmerz, die Folge ist, der die Abhängigen dann mit Drogen als Selbstmedikation begegnen. Die neurobiologische Entwicklungsforschung hat für die Ausbildung von Schmerzerkrankungen, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine Fülle von Forschungsergebnissen für diese Zusammenhänge erbracht, die in ähnlicher Weise für die Entstehung süchtigen Verhaltens gelten können.

Als weiterer Identitäts-stiftender Faktor gilt die Verfügbarkeit von Resilienzen:

Neurobiologische Vorgänge führen zu Einflüssen auf der **psychologischen** bzw. **mentalen Ebene** und wirken damit auch auf *Kompetenzen*, d.h. in kognitiven, emotionalen und volitionalen Prozessen und auf die Verhaltensfertigkeiten, z.B. im sozial-kommunikativen Geschehen. Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System, die zentrale Bedeutung für die Selbst- und Identitätsprozesse des Menschen haben, wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala*, wesentlich für die emotionale Intelligenz bzw. sinnliche Reflexivität, die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren, das alles ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im seelischen Geschehen und in der Ausformung und Weiterentwicklung der Identität: nämlich eine angemessene und positive kognitive Ereignisseinschätzung, angemessene bzw. positive emotionale Ereignisbewertung, angemessene und nachhaltige Willensunterstützung.

Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Souveränität, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit, positive Kontrollüberzeugungen können dann als internale Schutzfaktoren bzw. Resilienzqualitäten auf der **psychologischen Ebene** verstanden werden. Derartige Qualitäten aber fehlen in den Sozialisationen und in den aktuellen Lebensfeldern von Drogenabhängigen und Suchtkranken weitgehend, und die Drogentherapie mit ihren verschiedenen institutionellen Angeboten und behandlungsmethodischen Ansätzen steht vor der schwierigen Aufgabe, derartige Qualitäten aufzubauen und zu vermitteln. Sie sind insgesamt für den Abhängigen als *externale protektive Faktoren* oder als *Ressource* zu betrachten.

Externale protektive Faktoren und *Ressourcen* sind als Begrifflichkeiten nicht scharf abzugrenzen, weil sie weitgehend unabhängig voneinander in unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen entwickelt wurden, so dass vielfach Begriffe bzw. Konzepte funktional äquivalent sind, sich aber auch immer wieder Unterschiede finden. Es empfiehlt sich deshalb, die Diskurse nicht zu vermengen, sondern jeweils auf das entwicklungspsychologische oder resourcentheoretische Herkommen zu verweisen und die Funktionalität des Begriffes jeweils spezifisch zu fassen.

In jedem Fall müssen *externale* protektive Faktoren und Ressourcen immer auf zwei Ebenen betrachtet werden:

1. auf der Ebene "objektiver Verfügbarkeit" und
2. auf der Ebene der "subjektiven Wahrnehmung und Bewertung".

Für die Drogentherapie im Netzwerk heißt das, zu untersuchen, ob das System in hinlänglicher Quantität und Qualität externale Schutzfaktoren zur Verfügung stellt, und ob sie von den PatientInnen und KlientInnen auch als solche emotional und kognitiv bewertet und folglich auch genutzt werden. Es gilt also zu wissen bzw. zu untersuchen, weshalb sie als solche gewertet werden oder weshalb das nicht geschieht.

Müller und Petzold haben 2004 in der Integrativen Kindertherapie folgende "Resilienzfaktoren" herausgearbeitet:

1. Eine „vererbte“ Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
5. die Fähigkeit, sich an die Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Es spricht einiges dafür, dass bei Suchtkranken diese Faktoren in gleicher bzw., ähnlicher Weise zum Tragen kommen, ja dass viele in den Anfangszeiten ihrer Drogenkarriere die Belastungen des Szenelebens nur überstanden, weil sie gute Resilienzfaktoren hatten, diese aber letztlich in den beständigen Überlastungssituationen nicht mehr zur Wirkung kommen konnten. Diese Menschen haben ihre Resilienz verbraucht, verschlissen. Besonders der Faktor 5 kann sogar zu einer negativen Überanpassung führen: man überlebt im Hochrisiko-Milieu, nutzt seine Resilienz, aber zahlt auf Dauer einen hohen Preis, weil dann eben doch Schäden eintreten. Faktor 6 kommt nicht mehr zur Wirkung, weil keine guten Schutzpersonen da sind, sondern – wenn überhaupt – dann maligne Beschützer (Dealer, Zuhälter). Es kann und sollte versucht werden, beschädigte, „vernutzte“, verdorbene Resilienzfaktoren wieder zu restituieren, damit sie wieder eine unterstützende und bewahrende Funktion gewinnen können.

Identitätsentwicklung durch KOMPLEXE SOZIALISATION:

Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ – „PROBLEMAktualisierungen“, „POTENTIALaktualisierungen“, „Ressourcenaktivierungen“

Drogentherapie muss als ein „**komplexer Sozialisationsprozess**“ zu einem drogenfreien „life style“ gesehen werden, ähnlich komplex wie die Prozesse, die zu einer beschädigten Identität im Drogenmilieu geführt haben. Das erfordert ein komplexes *Behandlungsverfahren*. Die WEGE DER HEILUNG UND FÖRDERUNG, wie die Integrative Therapie sie entwickelt hat, sind ein Kernstück des methodischen Vorgehens, aber sie brauchen – wie jede Methode – einen institutionellen Rahmen, z. B. ein Verbundsystem oder ein Hilfenetzwerk.

Zwei Ansätze, nämlich der der „Psychologischen Therapie“ *Grawes* und der der „Integrativen Therapie“ *Petzolds* weisen ohnehin viele Gemeinsamkeiten auf. Beide Ansätze haben eine methodenintegrative Ausrichtung. Es muss im konkreten therapeutischen Kontext jeweils erprobt und entschieden werden, welche Wirkfaktorenkombinationen bzw. welche Kombination von Behandlungsheuristiken und -strategien optimale Effekte erzielen können. Um das herauszufinden, ist eine gute Zusammenarbeit mit dem Klienten oder Patienten als „Kodiagnostiker“ erforderlich. Es werden mit ihm gemeinsam Therapieziele erarbeitet und in der Behandlung umgesetzt, soweit dies eben möglich ist, um seinen „life style“ des Drogen- und Szene-Lebens in Prozessen der Neusozialisation zu verändern.

Drogenabhängige sind durch negative Sozialisationskarrieren in prekäre Lebenswelten, in die „Drogenszene“ mit ihrem „fixierenden *life style*“ geraten, dem sie nur schwer entkommen können, weil er sie in einer totalen und totalitären Weise ergreift. Es gibt nicht nur „totale Institutionen“ – es gibt „totale Szenen und Subkulturen“. Therapie muss deshalb von vielen Seiten her ansetzen, verschiedenste „**Wege**“ der Behandlung beschreiten. Sie muss vielfältige Sozialisationsstrajekte bearbeiten wie leibliche Ertüchtigung, Durcharbeiten und Verarbeiten seelischer Belastungen, Netzwerksanierung, Bildungs- und Berufsförderung und dabei neue Lebens- und Sozialwelten bereitzustellen suchen – etwa in Form von Netzwerken und

Verbundsystemen, damit in einem umfassenden Prozess neue Sozialisationseinflüsse zum Tragen kommen können.

1. WEG: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung – „Sich selbst verstehen lernen, das Leben verstehen“

Primäres Ziel ist die Stärkung der Bewusstheit und des reflexiven Bewusstseins des Betroffenen, das Anstoßen von *Verstehensprozessen*, die Wiederherstellung oder Verbesserung der „**kognitiven Regulationskompetenz**“. Dahinter steht die Theorie des „Bewussten und Unbewussten“. Anhand von lebenslaufbezogenen Instrumenten, wie z. B. Karrierediagrammen, Lebenslaufpanoramen und Lebensberichten, aufgrund von Beobachtungen der „**Phänomene**“, etwa der *Nonverbalität*, aber auch im Explorieren von Inhalten des Denkens und Fühlens, der Qualität von Willensprozessen 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 der lebensbestimmenden Geschehnisse erkennbar werden.

Bisher unklare, quälende, belastende Empfindungen, Gefühle und Symptome bekommen einen *Sinn* und führen einen Schritt weiter in Richtung vertieften kognitiven *Verstehens* des Lebens, der Anderen, der Welt, eines besseren *Verständnisses für sich selbst*. Bezogen auf Grundfähigkeiten des Menschen wird insbesondere die Regressionsfähigkeit und Exzentrizität angesprochen. Die Regression dient dazu, alte, belastende Szenen erneut zu durchleben, korrigierende emotionale Erfahrungen zu durchlaufen und das Geschehen schließlich bewusster, mit einem veränderten Maß an Exzentrizität, wahrzunehmen: Damit werden *kognitive* und *emotionale* „**Problemaktualisierungen**“ bzw. „**Potentialaktualisierungen**“ möglich, die Grundlage von Veränderung werden können oder zu dieser beitragen, indem *Umstellungen in Regulationsprozessen* erfolgen können. Hier kann der „zweite Weg“ notwendig werden.

2. WEG: Nachsozialisation, Grundvertrauen, emotionale Differenzierungsarbeit – „Zugehörig sein, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“

Im „zweiten Weg“ erfolgen die *Aktualisierungen* emotionaler und kognitiver Strukturen, die zu ihrer Mobilisierung, Verflüssigung führen und damit Reorganisationsmöglichkeiten bieten für neue Muster der *Regulation*, neue *Regulationskompetenzen* und *-performanzen*. Die Stärkung des Grundvertrauens ist der elementare Ansatzpunkt des zweiten Weges der Heilung und Förderung. Vertrauen soll entwickelt und bekräftigt werden. Regressives Arbeiten kann dabei eine bedeutende Rolle spielen, wenn Vertrauen schon in Kindertagen beschädigt wurde. Im Vergleich zum „ersten Weg“ wird deshalb noch tiefergehend mit Regression gearbeitet: Der Therapeut kann dabei für einen gewissen Zeitraum Aspekte elterlicher Rollen übernehmen, Qualitäten eines „väterlichen Freundes“, einer „mütterlichen Beraterin“ bereitstellen. Er wird nicht Vater oder Mutter, sondern wird versuchen, Qualitäten liebevollen Zugesandtheits erfahrbar zu machen, denn nur auf diesem Boden kann ein Mensch sich *zugehörig* fühlen, und genau das haben viele Menschen entbehrt. *Ferenczi* hat diese Erkenntnis zur Grundlage seiner Therapiekonzeption „Ohne Sympathie keine Heilung“ gemacht. Nur wenn man gut empathisiert worden ist, kann man auch eine stimmige *Selbstepathie* entwickeln, nur wenn man geliebt wurde, Liebe gespürt hat, gelingt eine *Selbstliebe* jenseits von Egozentrik und Egoismus, sondern verstanden als eine „Sorge um sich“, zu der *Sokrates* rät, ein freundschaftliches Verhältnis zu sich selbst, das z. B. Suchtkranke in ihren selbstdestruktiven Lebensstilen verloren haben. Die Therapie soll dazu beitragen, wieder zu einem *liebevollen Umgang mit sich selbst* zu finden. Auch die Fähigkeit, Zuwendung und Liebe zu geben, hat auf dem Boden erfahrener Liebe einen guten Grund.

Entwicklungspsychologisch „frühe“ Prozesse und Ereignisse – positive wie negative –, die ihren Niederschlag in den Archiven des Leibes als Gedächtnisinhalte gefunden haben und deshalb noch in der Gegenwart *nachwirken*, können *näherungsweise* aktualisiert werden. Das „archaische Ich“ und damit verbundenes Erleben von Konfluenz, Zugehörigkeit, Abhängigkeit, Sich-Anvertrauen, Zuwendung, Trost als erlebte Zustände und Prozesse von Leib-

lichkeit können erneut durchlebt und mit anderen, neuen Erfahrungen angereichert werden. In anschließenden Prozessen der reflektierenden Distanzierung können allmähliche Ablösungen und Wachstumsprozesse in Richtung eines reiferen, reflexiven Ichs erfolgen. Dabei werden archaische Qualitäten der Emotionalität in „emotionaler Differenzierungsarbeit“ nuanciert, um die *emotionale Regulationskompetenz* zu verbessern. Der Patient wird, wo das indiziert ist, im Rahmen der aufgetragenen Übertragungsprozesse „nachbeelert“, indem er in der therapeutischen Beziehung „elterliche Qualitäten“ erleben kann. Verschüttetes Grundvertrauen wird aktualisiert, Vertrauensqualitäten werden neu erfahren. Es finden Regression in „Kinderländer“ statt, indem Kindheitserinnerungen aufgerufen werden, auch - und das ist wesentlich – Erinnerungen an das eigene Wesen, die eigene Persönlichkeit in verschiedenen Alterstufen, die natürlich auch archiviert sind. Es geht hier also keineswegs um die Aktualisierung *eines* sogenannten „inneren Kindes“ (wenn schon, müssten es mehrere „innere Kinder“ in unterschiedlichen Alterstufen sein), sondern um „Erinnerungen von mir selbst, an mich selbst, über mich selbst“.

Die Defizite der frühen Kindheit können in den Prozessen des „parenting oder reparenting“ nicht vollständig aufgefüllt oder substituiert werden, jedoch ist es für den Patienten möglich, „*exemplarische* korrigierende emotionale Erfahrungen“ zu machen. Es findet ein „Nachnähren“ durch Erleben positiver Beziehungsqualitäten in der therapeutischen Beziehung statt; im Gedächtnis verankerte Atmosphären der Angst, der Aggression oder des Hasses gegenüber den realen Erwachsenen können abgeschwächt, Fixierungen gelöst, Einseitigkeiten können durch solche korrigierenden Erfahrungen oder auch durch alternative Erfahrungen verändert werden. Insgesamt wird der Umgang, das Umgehenkönnen mit Gefühlen bzw. Affekten, Stimmungen gefördert, so dass die Prozesse der *Regulationskompetenz* in diesem Bereich deutlich verbessert werden können.

3. WEG: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsgestaltung und -entfaltung: „Neugierde auf sich selbst“, „sich selbst zum Projekt machen“ – Lebenskunst

Die Aktivierung und Förderung des kreativen Potentials spielt in diesem Weg die zentrale Rolle. Gesucht wird nach neuen Ausdrucksmöglichkeiten; brachliegende Fähigkeiten werden reaktiviert. Der Patient soll lernen, sich selbst vielfältig darzustellen und dadurch sein Selbst neu zu erfahren. Zu eng gezogene *Regulationsmuster* sollen flexibilisiert werden. In solchen Prozessen der *Selbstgestaltung* sollte es gelingen, dass ein Mensch „**neugierig auf sich selbst**“ wird, erkennt, welch großes *Potential* - wie elend es ihm auch geht und wie niedergeschlagen er sich auch fühlt – in ihm schlummert. Es wird therapeutisch angestrebt, dass er sich entscheidet, „**sich selbst zum Projekt zu machen**“ und einen Weg zu einer positiven Gestaltung des eigenen Lebens zu finden. Ein erhöhtes Maß an *Exzentrizität* ist dafür Voraussetzung, aber auch neugierige Experimentierfreude und Wagemut „jenseits des Riskanten“. Das Experimentieren mit Drogen hat vielfach die Entdeckerimpulse, die Menschen dem Leben gegenüber haben, verdeckt, die Kreativität, Phantasien und Träume, über die jedes Kind verfügt, mit den „chemischen Träumen“ beschädigt, so dass keine Kraft und kein Impetus für die Gestaltung des eigenen Lebens mehr da ist. *Foucaults* (1998) Frage: „... und das Leben des Menschen, könnte es nicht ein Kunstwerk sein?“ ist in der Tristesse der Abbruchhäuser und auf dem Straßenstrich verloren gegangen.

Die Angebote des dritten Weges für sich und mit Anderen sollen neue Erfahrungen erschließen, eine neue „*Freude am Lebendigen*“ vermitteln und einen neuen Willensentschluss entwickeln, sich für Neugestaltungen im Leben zu entscheiden und sie in Angriff zu nehmen.

Die Fähigkeit der reflexiven Selbstbetrachtung muss oftmals zunächst gezielt wieder aufgebaut und gefördert werden bei Menschen, die „versumpft“ sind, in „Filmen“ leben, den „Realitätssinn“ verloren haben. Aus der Erfahrung, sich selbst anders zu sehen, anders vorzustellen, darstellen zu können, kann auf diesem 3. Weg ein neues, gesteigertes Selbstvertrauen erwachsen und damit der Mut, Alternatives, bisher Unbekanntes auszuprobieren. Es wird systematisch darauf hingearbeitet, das „Alltagsleben als Lern-, Experimentier- und Übungsfeld zu benutzen“ oder einen neuen „Weg der Übung“ zu beschreiten. Vor allen Dingen ist aber die Kunst zu erlernen, Freunde zu erwerben und zu behalten, Freundschaften zu pfle-

gen, was bedeutet, sich in Nahbeziehungen adäquat *regulieren* zu können, um seine Freunde nicht übermäßig zu belasten oder die Ausgewogenheit von „Geben und Nehmen“ nicht aus dem Lot zu bringen.

4. WEG: Solidaritätserfahrung, Gewinn von *Überschau* – „Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen“

Auch im Bereich des Sozialen, auf den man sich im „vierten Weg der Heilung und Förderung“ zentriert, indem man mit dem sozialen und ökologischen Umfeld des Einzelnen und seinen Bezugsgruppen arbeitet, geht es um *Regulationskompetenz* – nämlich um soziale -, denn ein gesunder und gesicherter Mensch „fährt nicht allein auf der Lebensstraße“, sondern fährt im „Konvoi“ seines sozialen Netzwerkes, in dessen Gefüge er sich selbst steuern muss. Gesundheit wird in Erfahrungen von Solidarität, Mitmenschlichkeit, und Mitgefühl gesucht. Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistung soll erfahren, aber auch selbst praktiziert werden. Der gemeinschaftliche Blick auf die Lebensgeschichte und auf Lebensereignisse beschert dabei eine breitere und weitere „Sicht der Dinge und des Lebens“, bietet in der Regel eine größere „Überschau“. Der Patient soll die Kompetenz erwerben, die Gruppe und damit sich selbst aus einer neuen, einer *Metaperspektive*, erfassen zu können, um die Gruppe und ihre Potentiale zu nutzen, Solidarität zu erhalten, zugleich aber auch dazu beizutragen, Solidarität zu geben. Denn „*Gruppentherapie ist da, wo ein Mensch zum therapeutischen Agens des anderen wird*“ (Moreno 1932). Es soll eine Bewusstheit für Beziehungsnetzwerke entstehen. Der Patient wird zu einem erweiterten Rollen- und Identitätsbewusstsein befähigt, er kann seine eigenen Entfremdungen, seine befremdenden Rollenzuweisungen und Identitätsattributionen besser nachvollziehen, um dadurch Rollendistanz und alternative Möglichkeiten der Identitätsarbeit zu gewinnen. Aus den Erkenntnissen solcher *Überschau* heraus ergibt sich die Option der Loslösung: von der Droge und aus dem Drogenmilieu hin zu Veränderungen durch neuen Formen der Lebensführung. Drogentherapie ist die Veränderung eines dysfunktionalen Lebensstils hin zu einem neuen, gesunden Lebensstil, der eine zufriedenstellende, soziale Partizipation ermöglicht.

Im Rahmen dieser „vier Wege“ müssen mit den PatientInnen und KlientInnen jeweils spezifische **Strategien** für die Überwindung der Drogenabhängigkeit erarbeitet werden, für die ein institutioneller Rahmen bereitsteht und Stütze bietet.

Ich fasse zusammen:

Identität von Menschen wird in Prozessen **komplexer Sozialisation**“ ausgebildet.

»Die „**Identitätsarbeit**“ des Menschen ist grundlegend für seine Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeitsentwicklung, aber nicht anders zielführend denkbar als im Rahmen kollektiver Arbeit an *identitätssichernden Kontexten*, als in Projekten „kollektiver Identitätsarbeit“. In dieser „doppelten Identitätsarbeit“ – der individuellen und kollektiven macht der Mensch „*sich selbst zum Projekt*“ der „Selbstverwirklichung mit seinem relevanten sozialen Netzwerk“ und sieht zugleich dieses Netzwerk und sein „*Gemeinwesen als Projekt*“, für dessen gutes Gelingen er sich engagiert, wenn er nämlich erkannt hat, dass seine persönliche Identität sich in seinem sozialen Kontext realisiert und er für seine Identitätsprozesse auf die Unterstützung und Hilfe seiner Mitmenschen angewiesen ist, er deshalb zu ihren Identitätsprozessen und zum Wohl des Gemeinwesens beitragen muss, zu dessen Sicherheit, Gerechtigkeit und Lebensfähigkeit.

Diese Position ist als theoretische Leitlinie zu sehen für die Einrichtungen von **Verbundsystemen** als „**Systemen koordinierter, identitätssichernder Sozialisationsagenturen**“, denn sie bieten für eine individuelle Lebensstrecke einen *Raum für „Nach- und Neusozialisation im Konvoi“*, für geschützte und gestützte „**Identitätsarbeit**“, d.h. eine das Leben begleitende Stützung, Stärkung, Korrektur und Orientierungshilfe. Auf diese Weise finden neue Identitätsprozesse und Lebensstilveränderung multilateral statt, wobei der „Verbund“ von Einrichtungen optimale Möglichkeiten bietet.

Damit sind der Verbund und sein Netz Identität-stiftend und Ressourcen-fördernd. Drogen-abhängige können konkret die Erfahrung der anthropologischen Aussagen machen, dass sie „Menschen unter Mitmenschen“ sind, dass sie als Mensch ein „soziales Wesen“ sind und deshalb auf die anderen angewiesen, dass sie „Ko-existierende“ sind und den Mitmenschen brauchen, um Mensch zu sein (*Marcel, Merleau-Ponty*), dass sie die Anderen, das Du und das WIR brauchen (*Levinas, Buber*), und dass Identität immer eine soziale ist (*Mead, Erikson*).

Literatur:

- Bauer, J., Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Eichborn-verlag. Frankfurt 2002
- Chwallek, B. (2004): Berufliche Integration, in Bürkle, S (Hrsg.) 2004, Nachsorge in der Suchtkrankenhilfe
- Dürckheim, K. v., Der Alltag als Übung, Huber, Bern 1964, 1972.
- Fend, H. Sozialisierung und Erziehung, Beltz, Weinheim 1970, 1971.
- Goffman, E., The presentation of self in every day life, New York 1959; dtsh. Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag, Piper, München 1969.
- Goffman, E., Stigma. Notes on the management of spoiled identity, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1963.
- Goffman, E., Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität, Suhrkamp, Frankfurt 1967.
- Grawe, K., Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag 2004
- Gunkel, S., Kruse, G. 2004: Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Hannover: Han-noversche Ärzte-Verlags Union.
- Lorenz, F. 2004. Salutogenese. München: Reinhardt.
- Lotze, J., Stasch, R. Mohr, O., Vollmer, S., Rabe, M.-L., Meyer, A., Petzold, H. G. (1974): Konzeption des ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon, in: Petzold 1974b, 450-457.
- Müller, M., Petzold, H.G. (2003): Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung – Modalitäten der Relationalität in der Supervision. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 08/2003
- Petzold, H.G., 1980c. Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, in: *Petzold, Vormann* (1980) 208-228.
- Petzold, H.G., 1988n. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G., 1993c. Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G.. 1994j: Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., 1997p. Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J., 1991. Protektive Faktoren - eine positive Betrachtungsweise in der klinischen Entwicklungspsychologie, Faculty of Human Movement Sciences, Dep. Movement Education, Clinical Movement Therapy. Erw. als: Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Hentschel, U., 1991. Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtför-*

- schung 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H.G., Müller, L., 2002c. Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 2), Integrative Therapie 2, 2002, 109-134.
- Petzold, H.G., Sieper, J. 1972b. Ausbildungsrichtlinien des Fritz Perls Instituts, Basel, Würzburg, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Sieper, J., 1993a. Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1996, 173-266.*
- Petzold, H.G., Vormann, G. 1980 (Hrsg.): Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.*
- Scheiblich, W. 2000. Was wirkt bei der Überwindung von Abhängigkeit? In Nikolai, W.. Jenseits von Therapie*
- Scheiblich, W. (Hrsg.)1994. Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*