

# 1 Einführung in die Thematik

## 1.1 Resilienz und Risiko als Themen der Suchthilfe

Das Denken in der Begrifflichkeit von Risiko und Resilienz hat sich in den letzten Jahren als grundlegend in Konzeptionen der Entwicklungspsychologie, insbesondere auch in denjenigen der Entwicklungspsychopathologie (vgl. etwa Oerter/v. Hagen/Röper/Noam (Hg.) 1999, oder auch Petzold 2003a; bzw. Petzold/Goffin/Oudhof 1993) etabliert. Dabei muss angesichts der Breite des Anwendungsbereiches jeweils im Einzelfall geklärt werden, was mit der verwendeten Terminologie inhaltlich gemeint ist. In der Regel wird die Begrifflichkeit im Rahmen einer an der Lebensspanne orientierten Psychologie der Entwicklung verwendet (Baltes 1978). Entsprechend gehen wir in einer ersten Annäherung davon aus, dass im Rahmen eines menschlichen Entwicklungsgeschehens durch das Individuum im zeitlichen Fortgang seines Lebensverlaufs unterschiedliche Erfahrungen und Einflüsse verarbeitet werden müssen, die entweder als Herausforderungen („critical life events“; vgl. Filipp 1990) oder als Stärkungen der eigenen Selbstkonstitution (Petzold 2002h) wahrgenommen werden können. Hier setzt die Rede von protektiven Faktoren und Risikofaktoren, welche die menschliche Entwicklung beeinflussen, an. Protektive Faktoren „sind als externale, entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen (Petzold 2000h), die als positive Impulse faktoriell den Verlauf des Lebens situativ mitbestimmen. Dagegen stehen die Risikofaktoren für die destruktiven, entwicklungshemmenden Einflüsse, welche in bestimmten Lebenslagen zum Schaden (etwa als Leiden erzeugende „Last“) des Betroffenen wirksam werden. Ebenso wie aus kumulierten Risikofaktoren eine dynamische Negativkarriere resultieren kann, vermögen sich protektive Faktoren als Kompetenzen und Performanzen einer künftiger Problemlösung zu organisieren. In diesem Falle sprechen wir von Resilienz (urspr. meint der Begriff in etwa die Elastizität eines Werkstoffes bei Ausseneinwirkung von Kräften).

Lebenskrisen gründen nicht selten in einem spezifischen Mangel an Kompetenz, herausfordernden Situationen erfolgreich (etwa im Blick auf die Stabilisierung des eigenen Selbst) oder zumindest adäquat (etwa im Blick auf die Erfordernisse der Umstände) zu begegnen. Kompetenzgewinn ist darum wesentlicher

Inhalt erfahrener (Lebens-)Hilfe. Der Rekurs auf vorhandene Kompetenz erscheint in der Folge als nahe liegender Schritt auf dem Weg des Aufbaus (neuer) kompetenter Strukturen. Resilienzorientierte Interventionen und Therapien versuchen daher, vorhandene Kompetenzstrukturen oder deren Fragmente zu orten und entsprechend zu aktivieren und zu ergänzen. Dabei handelt es sich aus physiologischer Sicht stets um ein komplexes neuronales Geschehen. Erworbene Strategien mit ausreichender Selbstwirksamkeit agieren als vernetzte Inhalte des Gedächtnisses in seinen leiblichen, emotionalen wie semantischen bzw. prozeduralen Aspekten. Gerade letztere scheinen eine bisher kaum ausreichend gewürdigte Bedeutung für das krisenbewältigende Handeln zu haben.

Bereits Rutter (Rutter 1990) betont die Bedeutung der vegetativen Stressregulation im Spannungsfeld von Vulnerabilität und Resilienz. Dabei steht die resiliente Reaktion im Zeichen einer akut wirksamen Stresssteuerung zum Zwecke erfolgreicher Handlungskoordination. Hier wird also eine prozesshafte Resilienz als jeweils neu zu organisierende Kompetenz im Umgang mit widrigen Ereignissen (adversity) zum Verstehen gebracht. Die Frage einer nachhaltigen Lernbarkeit von Resilienzkompetenz wird angesichts solcher Überlegungen vordringlich. Andere Verstehenszugänge sehen in der Resilienz eher „a personality characteristic“ (Wagnild/Young 1993) zum Zweck einer optimalen Stress- und Selbstregulation (Petzold/Orth/Sieper 2006). Hier scheint es sich also eher um einen Wesenszug des Menschen zu handeln, welcher für das erfolgreiche Bewältigen von widrigen Umständen geeignet ist.

Für die Themenwahl war für uns von Bedeutung, dass Suchterkrankungen in besonderer Weise mit einem Mangel an stressteuernder Kompetenz (Anokhin 1967; Petzold/Orth/Sieper 2006; Grawe 2004) und Performanz verbunden sind und therapeutisch sehr stark mit der Frage nach der sekundären Resilienzbildung korrelieren. Suchterkrankungen stehen bekanntlich in Relation zu spezifischer Stressregulation mittels gezielt aktivierter körpereigener Neuropeptide oder (bei der substanzinduzierten Sucht) durch Stimulation des mesolimbischen Belohnungssystems durch von aussen zugeführte Substanzen (Roberts/Koob 1997). Wir deuten das süchtige Verhalten in diesem Sinne als psychosoziale Abwehr von neuronal greifbaren Stressreaktionen, oft ausgelöst von massiven inneren und äusseren Konflikten und mit dem Fortschreiten der Sucht auch von evtl. drohenden Entzugssymptomen. Suchttherapie hat demnach eine problematische (weil destruktive/toxische) Strategie der Stress-/Selbstregulation durch eine für das Individuum, sein soziales Netz und den gesellschaftlichen Raum verträglichere zu ersetzen.

Die Frage nach dem Kompetenz- bzw. Performanzerwerb mit dem Ziel einer gelingenden Konfliktbewältigung im Kontext der eigenen Entwicklung stellt sich für den Süchtigen konkret angesichts möglicher Veränderungsprozesse im Horizont von Lebensumständen oder spezifischer Therapie. Echte Hilfsangebote sind aus dieser Sicht immer auch Angebote zum Erwerb von Kompetenz sowie entsprechender Performanz und in der Folge von möglicher Resilienz im Blick auf adverse Lebensereignisse und „Belastungsfaktoren“ (Petzold 1995a). Die von Petzold am selben Ort genannten Dimensionen einer resilienten Grundkompetenz sind nicht nur für Kinder, sondern allgemein, d. h. auch für suchtkranke Erwachsene, relevant:

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

Eine derartige dimensionale Beschreibung resilienter Lebenskompetenz muss im Kontext der allgemeinen Forderung nach ressourcenorientierter Therapie (Quinten/Klein/Roeb/Rösch 1994; Grawe 1992, 1998 und 2000; Petzold 1997p) auch und gerade im Suchtbereich gesehen werden. Mit dem Kriterium der Resilienz scheint sich nämlich eine indikative Messgröße anzubieten, welche über die entscheidende Ressourcenlage bei SuchtpatientInnen Aufschluss zu geben vermag. Unbesehen der Frage nach ihrer Lernbarkeit steht die Resilienz für die verfügbaren strukturellen Grundlagen eines erfolgreichen Copings (im Blick auf mögliche Rückfälle) und effektiven Creatings<sup>1</sup> (Petzold 1997p) im Umgang mit kritischen Si-

---

1 Dabei handelt es sich um Strategien kreativer Problemlösung, die eher Ressourcen generieren statt sie wie beim Coping zu verbrauchen.

tuationen und Lebenslagen. Ihre Gewichtung in therapeutischen Konzepten und deren Operationalisierung in Behandlungs- und Förderplanung gibt also Einblick in die für die Überwindung der Suchtproblematik wesentliche Ressourcenstärkung des therapeutischen Handelns. Dass wir uns dabei auf die konzeptionelle Grundlegung und deren erste Umsetzung in der Planung eines Prozesses beschränken – ohne auf die eigentlichen therapeutischen Interventionen näher einzugehen – hat mit dem beschränkten Umfang dieser Arbeit zu tun. Es ist uns bewusst, dass wir damit lediglich zu einer tendenziellen Beurteilung gelangen können, da Konzepte und Planung jeweils erst auf der Ebene der Interventionen beim Klienten wirksam werden. Dennoch erscheint uns der Ansatz bei einer konzeptionellen und planerischen Ausrichtung am Resilienzkonzept als sachgemässer Zugang im Blick auf die Frage nach der Ressourcenorientierung stationärer Einrichtungen im illegalen Suchtbereich.

## 1.2 Konzeptionelle Fragestellung

Illegale Drogen stellen in den westlichen Industrienationen seit den sechziger Jahren ein sozialpolitisches Problem mit wachsender Bedeutung dar<sup>2</sup> (Fahrenkrug/Rehm/Müller/Klingemann/Linder 1995). Längst hat der Drogenkonsum die marginalisierten Kreise einer Jugendkultur verlassen und ist zu einem transversalen Phänomen der gegenwärtigen Stress- und Freizeitgesellschaft geworden. Erfolgreiche Personen des öffentlichen Lebens bilden mit ihrem Drogenkonsum nur die Spitze des Eisberges, der sich in einer wachsenden Risiko-Population (die in ihrer inhaltlichen Konsistenz und äusseren Kontur soziologisch und psychologisch noch wenig erforscht ist!) bildet.

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

---

2 Dazu der Überblick der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): Für die aktuellen Zahlen verweisen wir auf die Online-Publikationen des SFA ([www.sfa-is-pa.ch](http://www.sfa-is-pa.ch)) und auf die regelmässig erscheinenden Berichte zu den einzelnen Suchtmitteln (z. B. Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz (HBSC), Forschungsbericht Nr. 39. Lausanne, SFA, 2003).

Sämtliche Massnahmen der Suchthilfe stehen in Europa kulturbedingt zunehmend im Zeichen von Selbstmanagement, Förderung von Regulationskompetenz bzw. -performanz (Petzold/Orth/Sieper 2006; Scheiblich/Petzold 2006) sowie Ressourcenaktivierung auf Seiten der Betroffenen (dies z. T. im Gegensatz zu anderen, etwa asiatischen Kulturkreisen!). Zwangsmassnahmen sind weitgehend den akzeptierenden und sozial integrativen Programmen gewichen. Pragmatismus statt Abstinenz-Ideologien prägen das Bild der politischen und fachlichen Landschaft im Suchtbereich. Süchtige sehen sich in der Folge einem vielfältigen Angebot auf sozialer, psychosozialer und medizinischer Ebene gegenüber. Die sozialarbeiterische Suchthilfe (etwa im Zeichen von Case-Management) hat die Aufgabe, die Betroffenen effektiv durch dieses Netzwerk von Hilfsagenturen zu führen.

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

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung geht es um die konzeptionelle und strategische Ausrichtungen derartiger Institutionen im Blick auf ressourcenorientierte Behandlungselemente. Der Begriff Ressource bezeichnet dabei ganz allgemein eine situativ durch das Individuum (oder durch eine Gruppe) aktivierbare innere oder äussere Kraft bzw. eine Fähigkeit oder Fertigkeit (Kompetenz und Performanz) zur Daseinsbewältigung im Sinne der Zielerreichung (Blickhan 2001). Insbesondere handelt es sich dabei um die biopsychosoziale Möglichkeit des ein-

zelen Menschen, eine akute Bedrohung der subjektiven lebensweltlichen Integrität abzuwehren oder eine destruktive Kompensation negativer Identität durch einen konstruktiven bzw. eine positive Entwicklung begünstigenden Umgang (Coping) (Petzold/Orth 2005) mit den Parametern der jeweiligen Lebenswelt zu ersetzen. Dieses Verständnis muss aus unserer Sicht jedoch gerade im Falle von suchtgeprägten Lebensverläufen um die geistige (noetische) Dimension der existentiellen Stellungnahme im Geschehen der sinnorientierten Selbstdistanzierung wie sie etwa die Logotherapie und Existenzanalyse und mittlerweile auch andere (Petzold/Orth ebd.) zur Diskussion stellen, erweitert werden. Diese wie alle übrigen Umschreibungen menschlicher Verhaltensregulation weist letztlich über die jeweiligen theoretischen Systeme hinaus auf ein neuronales Substrat, das in seiner Komplexität in der aktuellen Suchtforschung debattiert wird (Schmidt/Rist 2006; Böning 2002a, 2002b). In der Folge können sich auch die therapeutischen Konzepte, die sich zunehmend auf ein Ressourcenmodell menschlicher Restabilisierung in psychosozialen Belastungssituationen stützen, derartigen Einsichten in neurobiologische Zusammenhänge nicht verschliessen.

Für die Erziehungswissenschaften im Allgemeinen und dementsprechend für die sozialpädagogische bzw. sozialtherapeutische Tätigkeit gilt die Vermutung: Der verstärkte Einbezug von entwicklungsfördernden, kompetenzstärkenden Faktoren ermöglicht eine heilsame Kompensation überkommener biografischer Defizite und Risiken. Arbeiten wie diejenigen von Fingerle oder Petzold/Müller erläutern diesbezüglich die (heil-)pädagogische sowie die therapeutische Dimension eines Risiko-Resilienz-Modells (Fingerle 1999a, 1999b; Petzold/Müller 2004. Vgl. auch die ausführliche Diplomarbeit von Volkert/Leesch 2002). Freilich hat sich jeder pädagogische und therapeutische Prozess auch mit den ihm innewohnenden eigenen Risiken ebenso wie mit den biografisch stützenden und interventorisches zu verstärkenden Faktoren der Klienten kritisch auseinander zu setzen. Nur so können Therapieschäden verhindert (Märtens/Petzold 2002) und der Einsatz der Mittel optimiert werden. Dies gilt in besonderem Masse für die Drogentherapie. Im Blick auf die von der Forschung erkannten protektiven Faktoren der menschlichen Entwicklung (mögliche Resilienzen) stellt sich prima vista die Frage nach der jeweiligen Operationalisierbarkeit bzw. nach dem Operationalisierungs- und Implementierungsgrad in den entsprechenden Betreuungs- und Therapiesettings. Dem gilt unser Interesse! Ob resilienzbezogenes therapeutisches Arbeiten mit Drogenabhängigen im stationären Setting konzeptionell greifbar und überprüfbar sei, soll in diese Untersuchung zeigen. Dabei gilt es vorgängig zu klären, was unter den Begriffen Resilienz und Risiko zu verstehen ist und welche Bedeutung ihnen in der

stationären Drogenarbeit und im ganzen Netzwerk der Hilfsangebote zukommen kann. Wir werden uns also neben dem Versuch, resilienzbezogenes therapeutisches Arbeiten konzeptionalisiert und operationalisiert zu fassen auch mit strukturellen Grundfragen der (sozial-)therapeutischen Suchtarbeit auseinander zu setzen haben. Dabei spielen neben therapeutischen Überlegungen stets auch ethische Aspekte eine wichtige Rolle. Sucht und ihre soziale Dynamik sind ja immer auch Ausdruck von Werthaltungen und ihren Auswirkungen auf das, was in einer Gesellschaft erlaubt, erwünscht, unerwünscht oder gar verboten erscheint. Mit der Frage nach der konzeptualisierten und operationalisierten Ressourcenorientierung der stationären Drogentherapie unter den Stichworten Resilienz und Risiko thematisiert diese Arbeit also notwendigerweise auch diejenige nach den gesellschaftlichen Werthaltungen im Blick auf die Beurteilung einzelner Individuen, deren Selbststeuerung offensichtliche dysfunktionale Züge aufweist, so dass institutionalisierte soziale Hilfe angezeigt erscheint. Dabei geht es schliesslich auch darum, was als therapeutisch wünschenswertes Behandlungsziel unter den gegebenen Umständen in Frage kommt. Man darf nicht vergessen, dass Sucht als solche in der Schweiz nach wie vor keine Invalidisierung mit entsprechenden rechtlichen Ansprüchen bedeutet<sup>3</sup>. Dazu sind vielmehr bleibende Folgeschäden des Suchtverhaltens oder dasselbe begünstigende, begleitende oder fördernde psychische Beeinträchtigungen erforderlich. Sucht als gleichsam selbstverschuldetes (nur so kann die Nichtanerkennung der Sucht als Invalidisierungsgrund interpretiert werden!) soziales Fehlverhalten macht daher immer auch eine soziale Rehabilitation, d.h. die Wiederherstellung der gesellschaftlichen Akzeptanz der Person und ihrer Ansprüche notwendig. Freilich darf Suchttherapie auch nicht kurzschlüssig auf diese eine Prozessebene reduziert werden. Auch die prozessuale psychotherapeutische Arbeit an den subjektiven und objektiven Leidensaspekten des einzelnen ist unverzichtbar. Nicht selten stehen wir dabei schliesslich vor der ethischen Frage nach dem Anspruch (im therapeutischen Sinne) ressourcenarmer Individuen auf gemeinschaftliche Unterstützung und Hilfe – evtl. gar gegen ihren erklärten Willen (etwa dort, wo ein fürsorgerischer Freiheitsentzug geboten scheint). All diese Problemaspekte der Suchthilfe seien hier genannt, um den Raum des Kontinuums, in welchem sich unsere Fragestellung bewegt, dimensional zu umreissen.

Die empirisch zu beantwortende Frage nach der Qualität und Intensität einer konzeptionellen Ressourcenorientierung macht als solche nur Sinn, wenn sie in

---

3 Vgl. dazu die Anerkennungspraxis der Schweizer Invalidenversicherung für Drogenabhängige in stationären Einrichtungen bzgl. der Bemessung der Betriebsbeiträge seit 1997.

einem Kontext von gesellschaftlichen Prozessen verstanden wird, der sich als komplex und relativ instabil (oder dynamisch) beschreiben lässt. Es ist nämlich erst die synergetische Wirklichkeit von gesellschaftlichen und intrapsychischen Kräften, welche erst die Frage nach der Ressourcenorientierung in der therapeutischen Arbeit in angemessener Weise zum Verstehen bringen kann. Suchttherapie und insbesondere die Therapie illegaler Süchte ist in dieser Perspektive ein multiverales Geschehen, das die transversalen Achsen der postmodernen bzw. spätmodernen Gesellschaft (mit ihren Subkulturen) ebenso ernst zu nehmen hat wie die personalen Dimensionen derjenigen Individuen, welche sie zu stützen versucht. Ressourcenorientierung kann damit aber nicht nur im Blick auf das Individuum gemeint sein, sondern schliesst immer auch das jeweilige soziale Feld mit ein und darüber hinaus die vektorielle und zeitliche Verknüpfung der verschiedenen sozialen Felder, welchen der Mensch angehört. Es handelt sich bei der Frage nach der Resilienz im suchttherapeutischen Geschehen also nicht nur um das Orten von individuellen Traits (Allport 1937; Jacelon 1997; Wagnild/Young 1993) im persönlichkeitspsychologischen Sinne, sondern um die Nutzung von dem Leben dienlichen Kräften, die in gesellschaftlichen Strömungen und an Übergängen zwischen sozialen Welten bzw. den jeweiligen sozialen Repräsentationen (Moscovici 2001) ebenso wirksam sind wie in intrapsychischen Motivations- und Entscheidungsprozessen. Die konkrete seelische Ressource, wie immer dieser Begriff im Einzelfall gefüllt sein mag, ist prinzipiell nicht trennbar von dem sozialen Potenzial einer Lebenswelt und ihren Regulativen! Die fortschreitende mediale Durchdringung sämtlicher Erfahrungsebenen menschlichen Seins hat zur Notwendigkeit einer integrativen Sicht von menschlichen Lebensprozessen geführt, wie sie sich u. a. in Petzolds Ansatz der Integrativen Therapie (Petzold 2003a) niederschlägt. Die dabei zum Zuge kommende Begrifflichkeit wird interkategorial zu klären sein und daher zwangsläufig mehrdeutigen Charakter aufweisen.

Eine wesentliche Hypothese im Blick auf die zentrale Fragestellung nach der konzeptionellen und operationalisierten Form der Ressourcenorientierung im Zeichen der Resilienz ist die, dass sich eine entsprechende Sicht menschlicher Entwicklung innerhalb einer Institution in mehr oder weniger standardisierten Prozessen (wie etwa einer systematischen Förderplanung) und in den notwendigen strukturellen Grundlagen derselben niederschlagen wird. Nur wenn dies der Fall ist, kann mit einiger Gewissheit davon ausgegangen werden, dass auch therapeutisch-interventorische Operationalisierungen mit einer ausreichenden Nachhaltigkeit zum Tragen kommen. Diese können nur auf einer institutionell-strukturellen Basis die notwendige Förderung und ganzheitliche Berücksichtigung auf

allen Ebenen der Prozesse erfahren. Die Auswirkungen der Resilienzforschung in der Jugendhilfe zeigen die Bedeutung der Bindungsfähigkeit von Jugendlichen für die heilpädagogische Arbeit (Steeb 2005). Es ist daher anzunehmen, dass auch in der stationären Drogentherapie die Resilienzorientierung einen Schwerpunkt in der Beziehungsgestaltung im Rahmen des therapeutischen Geschehens nach sich zieht. Eine weitere Hypothese geht darum dahin, dass resilienzbezogene institutionelle Vorgaben tendenziell beziehungsintensive Prozesse fördern. Es wird also zu prüfen sein, ob Institutionen mit entsprechender Ausrichtung mit einer hohen Beziehungsintensität korrelieren. Um letztere zu erheben, eignen sich z.B. teilstrukturierte Interviews mit Klienten und Betreuerinnen. Die Daten bezüglich der konzeptionellen und planerisch operationalisierten Resilienz in den Institutionen sollen dagegen mittels eines Fragebogens gesammelt werden.

Um ein schärferes Bild der konzeptionellen Ressourcenorientierung in Institutionen der stationären Drogenhilfe zu erlangen, werden wir auch die entsprechende Berücksichtigung der Risikofaktoren im Auge behalten müssen. Die Frage wird also die nach der Ressourcenorientierung im Zeichen von Resilienz und Risiko sein. Inwieweit dabei biografische Risikofaktoren, die in vielen Fällen zu Negativkarrieren kumuliert sind, gezielt erfasst und in der Behandlungs- bzw. Förderplanung berücksichtigt werden, wird der zentralen Frage nach der Resilienzbezogenheit der therapeutischen Konzepte noch schärferen Kontrast verleihen.

### **1.3 Grenzen einer konzeptionellen Studie**

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



<http://www.springer.com/978-3-531-19362-5>

Resilienz und Risiko

Ressourcenaktivierung und Ressourcenförderung in der  
stationären Suchttherapie

Mahler, R.

2012, VIII, 208 S. 31 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-531-19362-5