

SUCHT & RELIGIÖSE SPIRITUALITÄT

ADDICTION & RELIGIOUS SPIRITUALITY

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts in Social Sciences (MA)

der Fachhochschule Campus Wien

Vorgelegt von:

Pia Nash (ehem. Nashandasse), BA

Personenkennzeichen

1410534043

Erstbegutachter:

FH-Prof. Dr. Heinz Wilfing

Zweitbegutachter:

FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Vorlauffer

Eingereicht am:

12.5.2016

Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Masterarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Des Weiteren versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: 12.05.2016

Unterschrift:

Kurzfassung

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit Drogensucht in Verbindung mit religiöser Spiritualität.

Ziel der Forschung ist, die Effizienz religiöser Spiritualität in Bezug zu Drogensucht zu erforschen. Dabei soll das bio-psycho-soziale Modell auf seine Vollständigkeit hin überprüft und eine eventuelle Erweiterung hinsichtlich einer religiös-spirituellen Komponente in Betracht gezogen werden. Anhand der Untersuchung im ExpertInnenbereich wird aufgezeigt, ob und wie religiöse Spiritualität als Thema in psychosozialen Behandlungen und Betreuungen vorhanden ist und inwiefern Fachkräfte, insbesondere Klinische SozialarbeiterInnen, ausreichend Kompetenz und Qualifikation aufweisen. Des Weiteren wird der Lehrplan hinsichtlich religiös-spiritueller Inhalte untersucht, um zu evaluieren, ob diese Themeninhalte ausreichend in der Ausbildung Klinischer SozialarbeiterInnen behandelt werden.

Eine zentrale Erkenntnis der Arbeit besteht darin, dass religiös-spiritueller Lehrinhalte in der Ausbildung zur/m Klinischen SozialarbeiterIn nicht enthalten sind und ein fehlendes Bewusstsein für die Relevanz dieser Komponente besteht. Auch wurde festgestellt, dass sich interviewte Abhängige, welche sich als nicht-religiös-spirituell einschätzten, trotzdem an eine „höhere Macht“ glauben.

Mithilfe von ExpertInneninterviews und biografischen Interviews nach Schütze Fritz (1983) wurden die Daten erhoben und nach der Feinstruktur- und Themenanalyse nach Froschauer & Lueger (2003) ausgewertet. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden zuerst ausführlich im Kapitel „Ergebnisdarstellung“ und anschließend im Rahmen einer Zusammenfassung dargestellt.

Abstract

The following thesis paper deals with drug addiction in relation to religious spirituality. The primary goal of the research is to detect possible effects of religious spirituality on drug abuse. Therefore the bio-psycho-social model will be evaluated and possibly extended with the component of religious spirituality. Based on a qualitative survey conducted with experts, this paper will show whether religious spirituality is an issue in psychosocial treatment and if yes, if employees such as clinical social workers are sufficiently qualified for related tasks treatments. Furthermore the curriculum of clinical social workers will be assessed in regards to topics that promote this idea.

A major finding of this paper deals with the lack of religious topics in the curriculum of clinical social workers. Therefore social workers lack awareness for this particular aspect. Moreover, results of interviews with drug addicts have shown that even non-religious-spiritual people believe in a 'higher power'. The data of this paper was collected with the help of expert interviews and biographic interviews (Schütze Fritz, 1983) and have been analyzed according to Froschauer & Lueger (2003). The results are presented in the chapter 'Ergebnisdarstellung' and in the conclusion accordingly.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung | 8 |
| 1.1 Problemstellung | 8 |
| 1.2 Ziele der Arbeit | 10 |
| 1.3 Aufbau der Arbeit | 10 |
| 2. Theoretische Grundlagen | 12 |
| 2.1 Klinische Soziale Arbeit | 12 |
| 2.1.1 Was ist Klinische Soziale Arbeit? | 12 |
| 2.1.2 Stärken Klinischer Sozialer Arbeit | 13 |
| 2.1.3 Klinische Soziale Arbeit in der Suchttherapie | 13 |
| 2.1.4 Soziogenetische Aspekte der Sucht | 14 |
| 2.1.5 Schlussfolgerung | 15 |
| 2.1.6 Klinische Psychotherapie | 15 |
| 2.2 Das bio-psycho-soziale Modell & Das Konzept des religiös-spirituellen (Wohl-)Befindens | 15 |
| 2.3 Salutogenese & Kohärenz | 17 |
| 2.4 Resilienz | 18 |
| 2.5 Risiko- und Schutzfaktoren | 19 |
| 2.5.1 Risikofaktoren | 19 |
| 2.5.2 Schutzfaktoren | 20 |
| 2.5.3 Erklärungsmodell der Suchtentstehung | 21 |
| 2.6 Das Konzept der Sozialen Unterstützung | 22 |
| 2.7 Die Fünf Säulen der Identität nach Hilarion G. Petzold | 23 |
| 2.7.1 Identität & Identitätsfindungsprozess | 23 |
| 2.7.2 Das Fünf-Säulen-Modell | 24 |
| 2.8 Religiöse Spiritualität | 25 |
| 2.8.1 Definition | 25 |
| 2.8.2 Religionsgeschichte | 26 |
| 2.8.3 Eine Einführung | 27 |
| 2.8.4 Suchtkrankheit, eine Sinnkrankheit? | 28 |
| 2.8.5 Religiöse Spiritualität und Gesundheit | 29 |
| 2.8.6 Religiös-spiritueller Coping | 30 |
| 2.8.7 Religiöse Spiritualität als Droge | 32 |
| 2.9 Religiöse Spiritualität und Klinische Soziale Arbeit | 33 |
| 2.9.1 Therapeutische Aspekte der religiösen Spiritualität | 36 |
| 2.9.2 Umgang in der Klinischen Sozialen Arbeit | 37 |

| | |
|---|------------|
| 3. Forschungsdesign & Forschungsfrage | 39 |
| 3.1 Zugang zum Feld | 40 |
| 3.2 Erhebungs- und Auswertungsmethoden | 40 |
| 3.2.1 Leitfadengestütztes ExpertInnen-Interview | 41 |
| 3.2.2 Biografisches-Interview nach Schütze Fritz | 41 |
| 3.2.3 Feinstrukturanalyse nach Froschauer & Lueger | 42 |
| 3.2.4 Themenanalyse nach Froschauer & Lueger | 42 |
| 4. Ergebnisdarstellung | 44 |
| 4.1 Ergebnisdarstellung der ExpertInnen Interviews | 44 |
| 4.1.1 Werthaltungen und -vorstellungen der ExpertInnen | 44 |
| 4.1.2 Religiöse Spiritualität in der Klinischen Sozialen Arbeit | 48 |
| 4.1.3 Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells | 51 |
| 4.1.4 Thematisierung religiöser Spiritualität in der Arbeit mit KlientInnen | 53 |
| 4.1.5 Kompetenz der ExpertInnen | 56 |
| 4.1.6 Qualifikation für Klinische SozialarbeiterInnen & Integration in den Lehrplan | 58 |
| 4.1.7 Zusammenhang zwischen religiöser Spiritualität und Suchtverhalten | 60 |
| 4.1.8 Ressourcen auf der religiös-spirituellen Ebene | 63 |
| 4.1.9 Religiöse Spiritualität und Gesundheit | 64 |
| 4.2 Ergebnisdarstellung der biografischen Interviews | 65 |
| 4.2.1 Einteilung der InterviewpartnerInnen | 65 |
| 4.2.2 Erfahrungen mit religiöser Spiritualität | 66 |
| 4.2.3 Vorgeschichte | 73 |
| 4.2.4 Krisen- & Prodromalzeit | 78 |
| 4.2.5 Belastungszeit | 84 |
| 4.2.6 Bearbeitungszeit | 92 |
| 4.2.7 Gegenwart und Zukunftszeit | 96 |
| 5. Conclusio | 101 |
| 5.1 ExpertInnen | 101 |
| 5.2 Betroffene | 103 |
| Quellenverzeichnis | 107 |
| Literaturquellen | 107 |
| Zeitschriften | 111 |
| Internetquellen | 113 |
| Veranstaltungen & Außerordentliches | 114 |

| | |
|-----------------------|-----|
| Datenverzeichnis | 115 |
| Abbildungsverzeichnis | 116 |
| Anhang | 117 |

1. Einleitung

Religiöse Spiritualität ist immer noch ein Tabuthema, welches auch in der Klinischen Sozialen Arbeit keine Beachtung findet. Seit geraumer Zeit erhält es jedoch wieder mehr Einfluss in verschiedensten Bereichen und auch die Notwendigkeit hinsichtlich Problembearbeitung, Krisenbewältigung, Sinnstiftung uvm. wird zunehmend untersucht und bestätigt. Besonders im Gebiet der Drogensucht besteht eine Verbindung zwischen Rausch und religiös-spirituellen Erfahrungen. Die Wurzeln dessen entstanden bereits in den 1970er-Jahren zur Hippiezeit. Da aus diversen Forschungen hervorgeht, dass das Vorhandensein religiöser Spiritualität Auswirkungen auf psychischer und physischer Ebene hat, wird in der vorliegenden Forschung Sucht in Verbindung mit religiöser Spiritualität und deren Einfluss in biografischen Werdegängen untersucht.

Durch die Forschung lassen sich etwaige Rückschlüsse auf einschneidende Lebensereignisse, in Bezug auf religiöse Spiritualität und deren Ein- und Auswirkungen auf die Entstehung und die Aufrechterhaltung oder auch Reduktion und Bewältigung von Suchtverhalten der KlientInnen finden. Ebenso wird eruiert, inwieweit religiöse Spiritualität einen Einfluss auf das Suchtverhalten und insoweit auch auf sozialtherapeutische Wirkkraft hat und wie sich etwaige Auswirkungen gestalten. Anhand dessen kommt es zu Ergebnissen, welche darauf hinweisen, ob und wie religiöse Spiritualität bei drogenabhängigen KlientInnen wirkt und wie sie den Prozess der psychischen, physischen und sozialen Genesung unterstützt und vorantreibt.

Anhand der Resultate wird das bio-psycho-soziale Modell auf seine Vollständigkeit hin betrachtet. Es wird untersucht, ob eine Erweiterung, um eine religiös-spiritueller Komponente stattfinden sollte. Dies erfolgt als Beitrag zur Weiterentwicklung des klinisch-sozialarbeitswissenschaftlichen Theoriekonzepts, um ein ganzheitliches klinisch-soziales Betreuungskonzept zu optimieren. Des Weiteren wird aufgezeigt, inwiefern eine religiös-spiritueller Qualifikation für Fachpersonen im Drogenbereich, insbesondere für klinische SozialarbeiterInnen, sinnvoll erscheint, um in der psychosozialen Behandlung wirksam zu sein.

1.1 Problemstellung

Relevant ist dieses Thema, da religiöse Spiritualität, vor allem im deutschsprachigen Raum, nicht in Behandlungs- und Betreuungsmodellen integriert ist, es aber dennoch für viele KlientInnen einen wichtigen Lebensbereich darstellt. Durch Privatisierung der persönlichen religiösen Spiritualität wird kaum noch darüber gesprochen (vgl. Murken 2003: 1). Auch müssen Fachpersonen keine einschlägige Qualifikation in diesem Bereich nachweisen, wodurch unklar bleibt, ob diese dahingehend Kompetenzen aufweisen.

Die Vernachlässigung der religiösen Spiritualität in der Klinischen Sozialen Arbeit stellt ein bedauerliches Desideratum dar. Speziell im Gebiet der Suchterkrankungen kommt diesem Bereich eine besondere Bedeutung zu. Studien zeigen die Relevanz in Behandlungen und Betreuungen bei Abhängigkeitserkrankungen auf, wodurch die Notwendigkeit einer Neuorientierung seitens der Klinischen Sozialen Arbeit immer deutlicher wird (vgl. Unterrainer et al. 2013: o. S.).

Durch Behandlungsansätze, der Klinischen Sozialen Arbeit, wie das bio-psycho-soziale Modell, wird versucht, den erkrankten Menschen als Ganzheit zu betrachten. Dennoch fällt auf, dass individuelle Glaubensvorstellungen der KlientInnen wenig Berücksichtigung erhalten. Gründe hierfür sind unter anderem, dass Klinische SozialarbeiterInnen weit weniger religiös-spirituell als deren Klientel sind und sie oftmals die Annahme vertreten, dass ihre KlientInnen dieselbe Haltung haben. Einerseits herrscht eine große Unsicherheit im praktischen Umgang mit diesem Thema und andererseits werden sie vermehrt als Aberglaube, Irrationalität oder Psychopathologie abgetan (vgl. Allman et al. 1992, zit. n. Murken 2003: 2). Dies bewirkt eine Zurückhaltung der KlientInnen, was eine zunehmende Privatisierung und Tabuisierung zur Folge hat (vgl. Murken 2013: 2).

In jüngster Zeit durchgeführte Untersuchungen zeigen jedoch beispielsweise, dass das bio-psycho-soziale Modell und ebendiese drei Dimensionen nicht umfassend sind. Dabei wird eine Erweiterung hinsichtlich einer religiösen/spirituellen Dimension gefordert, „[...] da vermehrt der Hinweis erbracht wurde, dass Religiosität bzw. Spiritualität in Wechselwirkung mit den oben genannten Dimensionen steht.“ (Mueller et al. 2001; Koenig, King, et al. 2012; Unterrainer & Fink 2013, zit. n. Birnhuber 2014: 5)

Bereits Rauchfleisch (2004: 12) stellte eine distanzierte und gar ablehnende Haltung der Klinischen SozialarbeiterInnen gegenüber religiöser Spiritualität fest. Sowohl pathologische als auch salutogenetische Ursachen, welche dieser Dimension innewohnen, werden aufgrund der Haltung professioneller HelferInnen nicht entdeckt, geschweige denn thematisiert. Die Auslassung dessen birgt den Hinweis, dass dieser Bereich als irrelevant betrachtet wird. Dagegen hält das Wachstum an Angeboten z. B. in der Esoterik an, welche den immer größer werdenden Wunsch nach religiös-spiritueller Orientierung und Erdung postuliert. Durch die Weglassung seitens der Klinischen Sozialen Arbeit kommen wichtige Lebens- und Erlebensbereiche nicht zur Sprache (vgl. ebd.: 15f.).

Durch die immer mehr benötigte Hilfestellung in der Sinnsuche der KlientInnen und die dadurch entstehenden Anforderungen an die professionellen HelferInnen selbst braucht es eine Neuorientierung in diesem Bereich (vgl. Schulz: 4, 10, 30f.).

1.2 Ziele der Arbeit

Ziele der Forschung sind, die Wirkung religiöser Spiritualität zu erforschen und sie in Verbindung mit Drogensucht zu setzen. Des Weiteren wird die Vollständigkeit des bio-psycho-sozialen Modells in Frage gestellt, da in diesem keine religiös-spirituelle Komponente enthalten ist. Es gilt zu untersuchen, ob eine Erweiterung im Sinne der Ganzheitlichkeit anzustreben ist. Ebenso wird untersucht, ob und wie diese Thematik in psychosozialen Behandlungen und Betreuungen zur Anwendung kommt und ob sich Fachkräfte dahingehend als kompetent und qualifiziert wahrnehmen. Auch wird evaluiert, ob diese Themeninhalte ausreichend in der Ausbildung Klinischer SozialarbeiterInnen behandelt werden und inwiefern eine Schaffung von Sensibilität und Bewusstsein dessen in der Praxis stattfindet.

Ein positiver Effekt dieser Forschung wäre, wenn eine zukünftige Integrierung der religiösen Spiritualität in die Ausbildung der Klinischen SozialarbeiterInnen und vermehrt in der Betreuung mit drogenabhängigen KlientInnen einfließt und diese an Relevanz gewinnen würde. Vor allem eine vermehrte Beachtung bei Coping und Krankheitsprozessen und beim Aufbau des Kohärenzgefühls wäre wünschenswert.

1.3 Aufbau der Arbeit

Nach Einleitung, Problemstellung und Zielen der Arbeit folgt eine theoretische Vertiefung rund um das Thema der Klinischen Sozialen Arbeit, deren Methoden und religiöser Spiritualität.

Das Kapitel „Klinische Soziale Arbeit“ widmet sich den Aufgaben der Klinischen Sozialen Arbeit und deren Bezug zur Suchttherapie. Danach wird das bio-psycho-soziale Modell vorgestellt und in Hinblick auf religiöse Spiritualität ergänzt. Des Weiteren werden das Konzept des religiös-spirituellen (Wohl-)Befindens, die Salutogenese & Kohärenz und die Resilienz näher betrachtet. Die Schutz- & Risikofaktoren und das Konzept der Sozialen Unterstützung werden ausgeführt. Als zentralem Dreh- und Angelpunkt wird der religiösen Spiritualität und deren Bezug zur Klinischen Sozialen Arbeit ein großer Teil der theoretischen Einführung gewidmet. In diesem wird auf die Definitionen und kurz auf die Religionsgeschichte eingegangen. Des Weiteren wird religiöse Spiritualität in Verbindung mit Gesundheit, Coping- und Drogen betrachtet und zuletzt werden die therapeutischen Aspekte dessen und der Umgang in der Klinischen Sozialen Arbeit damit beleuchtet.

Anschließend wird näher auf das Forschungsdesign, in welchem die Forschungsfrage, der Zugang zum Feld und die Erhebungs- und Auswertungsmethoden beschrieben werden, eingegangen. Der Hauptteil besteht aus der Ergebnispräsentation, welche aus den

Erhebungen hervorgehen. Es folgt eine Conclusio, in welcher Schlussfolgerungen für das Studium der Klinischen Sozialen Arbeit und deren Praxis als Klinische SozialarbeiterInnen mit drogenabhängigen Personen abgeleitet werden.

2. Theoretische Grundlagen

Im folgenden Kapitel werden theoretische Auseinandersetzungen und Vertiefungen, welche dieser Forschung zugrunde liegen, angestrebt. Dabei wird erläutert, was Klinische Soziale Arbeit ist und diese ausmacht. Des Weiteren wird das bio-psycho-soziale Modell erklärt und auf seine Vollständigkeit hin überprüft. Anschließend werden das Konzept des religiös-spirituellen (Wohl-)Befindens, die Salutogenese nach Aaron Antonovsky, das Kohärenzgefühl, die Resilienz und deren Notwendigkeit in der Arbeit mit drogenabhängigen KlientInnen näher betrachtet. Es folgen eine Erläuterung der Risiko- und Schutzfaktoren anhand des Erklärungsmodells der Suchtentstehung und eine kurze Darstellung des Konzepts der Sozialen Unterstützung.

Des Weiteren wird mit den fünf Säulen der Identität nach Hilarion G. Petzold fortgesetzt und es kommt zu einer anschließenden Auseinandersetzung mit religiöser Spiritualität und Klinischer Sozialer Arbeit, deren therapeutischen Aspekten und dem Umgang in der Praxis.

2.1 Klinische Soziale Arbeit

2.1.1 Was ist Klinische Soziale Arbeit?

Klinische Soziale Arbeit versteht sich als Gesundheitsförderung ausgerichtete personenzentrierte Hilfe, welche sich an *hard-to-reach* KlientInnen wendet. Das bio-psycho-soziale Paradigma (*person-in-environment*), bildet die Grundlage der störungsspezifisch abgestimmten Beratung, Behandlung und Prävention (vgl. Geißler-Pilz et al. 2005; Pauls 2011, zit. n. Wallroth 2013: 4; Hahn & Pauls 2008: 22). Zudem versteht sie sich als beratende und therapeutisch behandelnde Profession im Gesundheits- und Sozialwesen:

„Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis [...] liegt der Fokus Klinischer Sozialarbeit auf einer differenzierten psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext der Lebenswelt sowie auf einer sozialklinisch orientierten Beeinflussung der Mikro-, Meso- und Makrosysteme der KlientInnen.“ (Eccsw o. J.: o. S.)

Nach Pauls (2013: 12) stehen die psycho-soziale Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen im Mittelpunkt. Einen Schwerpunkt hierbei stellt die schwere Erreichbarkeit der KlientInnen und die damit verbundenen methodischen Herausforderungen dar, welchen die Medizin und auch die Psychotherapie nicht gerecht werden können (vgl. Labonté et al. 2010, zit. n. Wallroth 2013: 4). Sowohl die (sozial-)räumlichen Bedingungen als auch psychische Erkrankungen fallen unter die Rubrik *hard-to-reach*:

„Zum Grundbestand der Kenntnisse und Kompetenzen zur professionellen Unterstützung von Menschen in schwierigen Lebenslagen müssen hier Kenntnisse über die biopsychosozialen Komplexitäten psychischer Belastung durch chronische körperliche Krankheit sowie über geeignete Interventionsformen im Umgang mit den Betroffenen hinzutreten.“ (Wallroth 2013: 4f.)

Zudem wurde der Verband „European Centre for Clinical Social Work“ gegründet, welcher die „[...] Entwicklungen von Praxis, Wissenschaft und Forschung zur Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene bündelt und fördert.“ (Eccsw o. J.: o. S.)

2.1.2 Stärken Klinischer Sozialer Arbeit

Folgende drei Thesen lassen sich zu den Stärken der Klinischen Sozialen Arbeit aufstellen:

1. Durch grundständige sozialarbeiterische Ausrichtung und Alltagsnähe wird Bodenhaftung und Realitätsbezug geschaffen. Die Unterstützung für Menschen in schwierigen Lebenslagen erfordert eine praktische Hilfe für die Bewältigung dieser in Beruf, Familie und Sozialem (vgl. Wallroth 2013: 5).
2. Psychotherapie und psychologische Konzepte und Interventionen werden erst wirksam, wenn alltägliche Lebensbewältigung funktioniert (vgl. ebd.: 5).
3. „Je schwerer und chronischer die Störung, desto wichtiger sind Bodenhaftung und psychosozialer Alltagsbezug im Sinne Klinischer Sozialarbeit“ (ebd.: 5). Hohe Problembelastung und Chronifizierung sowie starke Einschränkungen der körperlichen, seelischen und sozialen Ressourcen benötigen eine konstruktive Hilfeleistung, welche in der Praxis von Klinischen SozialarbeiterInnen gelebt wird (vgl. ebd.: 5).

2.1.3 Klinische Soziale Arbeit in der Suchttherapie

Soziale Arbeit hat in der Suchttherapie schon seit jeher einen festen Platz. Von der Prävention zur niedrigschwelligen Beratung bis hin zur stationären Rehabilitation und Nachbetreuung ist sie überall vertreten (vgl. Hahn 2013: 3). Psychosoziale bzw. bio-psycho-soziale Suchtmodelle zeigen, „[...] dass die Sucht zu einem großen Teil ein gravierendes soziales Problem bzw. eine soziale Krankheit darstellt, und so verwundert es nicht, dass die Soziale Arbeit sich bereits seit Jahrzehnten in der Suchthilfe engagiert“ (Wallroth 2013: 5).

Besonderen Fokus legt die Klinische Soziale Arbeit auf sogenannte *hard-to-reach* KlientInnen:

In der Suchthilfe stellen diese „[...] chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitserkrankte, obdachlose suchtmittelabhängige Menschen, Angehörige

der offenen Drogenszene, Menschen, die aufgrund eingetretener psychischer und physischer Schädigungen keinen Zugang (mehr) zum Arbeitsmarkt haben, sowie Betroffene, die eine langfristige Begleitung und Betreuung benötigen“, dar (Hahn 2013: 3).

Auch die Interventionsformen haben eine große Reichweite: Streetwork, ambulante Beratung, stationäre soziotherapeutische Betreuung, Beschäftigungsinitiativen und berufliche Rehabilitationseinrichtungen sind ein Teil der Suchttherapie. Somit kann sich die Klinische Soziale Arbeit als eigenständige, wissenschaftlich fundierte Profession neben der Psychotherapie und Medizin positionieren. Sowohl soziale Kontextfaktoren und biografische Entwicklungen und Aspekte als auch sozioökonomische Rahmenbedingungen werden berücksichtigt und in die Interventionsplanung mit einbezogen (vgl. ebd.: 3). Des Weiteren benötigt die Klinische Soziale Arbeit die Integration von Wissen über die unterschiedlichen Paradigmen wie z. B.: person-in-environment, Lebensweltorientierung, Salutogenese, Resilienz, Ressourcenorientierung, lebenslaufbezogener Ansatz, Netzwerktherapie, soziale Unterstützung u. v. m. (vgl. Deloie 2013: 8).

2.1.4 Soziogenetische Aspekte der Sucht

Im ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wird Sucht als Abhängigkeitssyndrom bezeichnet.

Des Weiteren wird sie beschrieben als eine „[...] Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise bestehen ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen“ (DIMDI 2012, zit. n. Deloie 2013: 7).

Der Substanzgebrauch erhält, im Gegensatz zu anderen Aktivitäten und Verpflichtungen, Vorrang. Dabei kommt es zu einer Toleranzerhöhung und es können körperliche Entzugssyndrome auftreten (vgl. ebd.: 7). „Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen, auf eine Substanzgruppe, oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch, unterschiedlicher Substanzen“ (ebd.: 7).

Für die Klinische Soziale Arbeit sind besonders jene Suchtdefinitionen von Wichtigkeit, welche das bio-psycho-soziale Modell integrieren und die sozialen Folgeschäden und soziale und gesellschaftliche Genese betonen (vgl. ebd.: 7).

„In sozialwissenschaftlichen Erklärungsmodellen wird im Hinblick auf die Genese der Sucht, was den Einfluss sozialer bzw. kultureller Faktoren betrifft, zwischen spezifischen und unspezifischen Faktoren unterschieden, und es erfolgt eine Betrachtung auf drei Ebenen [...]“: der makrosozialen, der mesosozialen und der mikrosozialen (ebd.: 7).

2.1.5 Schlussfolgerung

Petzold und Kollegen (2007), Sieper und Petzold (2011) sowie Pauls (2011) gehen davon aus, dass „[...] soziale Psychotherapie in der Arbeit mit von Exklusion und Marginalisierung betroffenen Suchtkranken [...] nur innerhalb eines Sozio/Sozialtherapeutischen Gesamtkonzepts [...]“ erfolgen kann (Petzold et al. 2007, Sieper und Petzold 2011, Pauls 2011, zit. n. Deloie 2013: 10). Für die Suchtkrankenhilfe bedeutet das, dass sie nur mit sozialarbeiterischem Know-how funktionieren kann.

2.1.6 Klinische Psychotherapie

Das Verhältnis zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie sorgt schon lange für Diskussion. Seit den 1970er- Jahren werden vermehrt ein Zusammenhang und eine Zusammengehörigkeit beschrieben, in welcher eine starre Abgrenzung keinen Platz mehr findet. Therapeutische Methoden können in der Sozialen Arbeit sinnvoll eingesetzt werden, ebenso wie soziale Problemstellungen in der Psychotherapie Beachtung finden müssen (vgl. Wilfing 2014: 211f.). In der Sozialen Arbeit kommen häufig psychotherapeutische Methoden zur Anwendung, wodurch sichtbar wird, dass die Psychotherapie Soziale Arbeit durchaus befruchtet (vgl. Ohling 2015: 76f.).

Klinische Soziale Arbeit stellt eine Schnittstelle zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie dar. In der Klinischen ist die Anwendung einer sozialen oder sozialarbeiterischen Psychotherapie unumgänglich. In ihr werden die therapeutische und sozialarbeiterische Komponente integriert (vgl. Deloie 2011: 18, 68).

„Psychotherapie und klinische Soziale Arbeit werden einander näher kommen, sich zunehmend überschneiden und letztlich in einem innovativen Therapieentwurf zusammenwachsen“ (Wilfing 2014: 215).

2.2 Das bio-psycho-soziale Modell

In den 1970er- Jahren entwickelte George Libman Engel (1977, 1980) das bio-psycho-soziale Modell. Bei diesem werden sowohl klassisch somatische als auch psychosoziale Faktoren zur Erklärung von Krankheit und Gesundheit miteinbezogen. Nach Engel stehen alle drei Dimensionen in sich kontinuierlich ändernder Wechselbeziehung, aus welcher sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen (vgl. Jungnitsch 1999: 31, zit. n. Pauls 2013: 98). Sowohl biologische und psychische als auch soziale Faktoren kommen bei der Entstehung von Gesundheit und Krankheit kausal in Betracht. Der Mensch wird hier als System mit vielen Subsystemen betrachtet. Wichtig sind „[...] die Kommunikationswege der einzelnen Subsysteme innerhalb ihres eigenen Systembereichs und zwischen den einzelnen Systemebenen“ (Pauls 2013: 98f.).

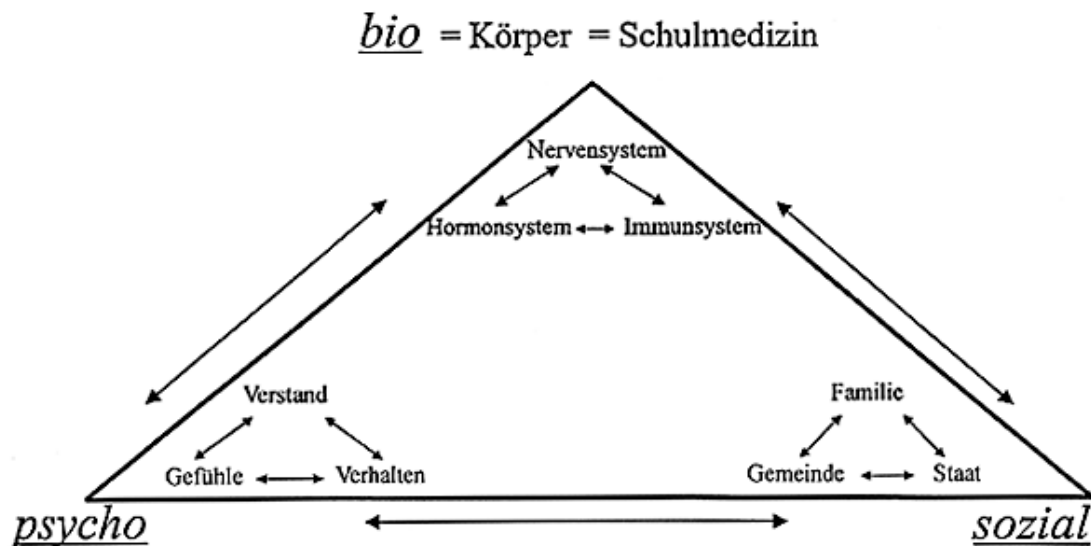


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell (vgl. Frederich 2001: o. S.).

Wie bereits erwähnt, haben Untersuchungen gezeigt, dass das bio-psycho-soziale Modell unvollständig ist und eine Erweiterung hinsichtlich einer religiös-spirituellen Dimension benötigt. Da Religiosität/Spiritualität in Wechselwirkung mit der biologischen, sozialen und psychologischen Dimension stehen, muss diese vermehrt Beachtung erfahren. Demnach braucht es einen Ausbau des Modells, um eine tatsächlich ganzheitliche Betrachtungs- und Behandlungsweise bieten zu können (vgl. Mueller et al. 2001; Koenig et al. 2012; Unterrainer & Fink 2013, zit. n. Birnhuber 2014: 5).

„So wurde die Forderung nach der expliziten Berücksichtigung einer spirituellen Komponente laut, die als vierte Dimension in den bio-psycho-sozialen Ansatz integriert werden kann“ (Pargament 2007, Miller & Thoresen 1999, Zwingmann 2005, Klein & Albani 2007, Möller & Reimann 2003, zit. n. Unterrainer et al. 2009).

Das Konzept des religiös-spirituelles (Wohl-)Befindens

Das Konzept des religiös-spirituellen (Wohl-)Befindens wurde anhand eines Bio-Psycho-Sozio-Spirituellen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit entwickelt.

Das sogenannte RSB, das religiös-spirituelle Wohlbefinden, ist die Fähigkeit, „[...] *Sinn und Bedeutung der eigenen Existenz durch ein Gefühl der Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und einer höheren Macht zu erfahren*“ (Unterrainer et al. 2010: 82–93).

Es hat zum Ziel, religiös-spirituelle Inhalte in Betreuungen und Gesprächen zu integrieren und das BPS- Modell zu erweitern (vgl. Unterrainer 2005, zit. n. Kampfhammer 2014: 17). Jüngere Forschungen haben die Absicht, religiös-spirituelle Komponenten vermehrt in die Praxis einzuführen und in dem BPS- Modell nach Engel zu integrieren:

„Nach mehr als einem Viertel-Jahrhundert, scheint das ursprüngliche Modell von Engel (1979) zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit nicht mehr ausreichend zu sein. Es sollte um eine spirituelle Komponente erweitert werden, da Spiritualität, als komplexe Komponente, eine wichtige Rolle im Copingprozess bei Erkrankungen sowie das Ansprechen einer Therapie spielt. Ziel des Konzeptes des religiös-spirituellen Befindens ist die Integration religiös-spirituelle Inhalte bzw. die Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit“ (ebd.: 21).

2.3 Salutogenese & Kohärenz

Aaron Antonovsky (1923-1994) steht in besonderer Verbindung mit der Salutogenese (lat.: Gesundheit, Heil; griech.: Entstehung, Entwicklung). Er ist in den 1970er- Jahren der Frage nachgegangen, wie Entstehung und Erhaltung von Gesundheit zustande kommen. Der komplementäre Begriff ist die Pathogenese (griech.: Schmerz, Leid), welche die Lehre der Entstehung von Krankheit bezeichnet (vgl. Stiftung für Salutogenese GmbH 2003: o. S.).

Dieser geht davon aus, dass der Mensch dauerhaft den Kräften der Entropie ausgesetzt ist und deshalb Krankheit und Abweichungen von Gesundheit normal sind. Somit stehen Gesundheit und Krankheit in einem Kontinuum, welche er als *komplementäre Beziehung* bezeichnet (vgl. Pauls 2013: 102ff.). „Gesundheit ist ein anfälliger, labiler und aktiver Prozess, der sich in dynamischer Weise selbst reguliert [...]“, dessen Kampf permanent anhält und nie ganz erfolgt (Bengel et al. 1998: 26, zit. n. Pauls 2013: 105).

Ein weiteres wichtiges Konzept Antonovskys besteht aus dem Kohärenzgefühl (vgl. Pauls 2013: 105). Mit diesem ist jenes Ausmaß gemeint, welches ein grundlegendes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens ausdrückt. Dadurch werden Personen befähigt, der Situation und Belastung entsprechend zu reagieren.

Drei Komponenten sind hierbei von Relevanz:

1. Gefühl von Verstehbarkeit: die persönliche Lebenssituation in der Begegnung mit anstehenden Problemen wird als geordnet und vorhersehbar wahrgenommen.
2. Gefühl der Beherrschbarkeit und Handhabbarkeit: inwiefern sind Anforderungen und Belastungen schaffbar und ausreichend persönliche Ressourcen vorhanden.
3. Gefühl von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit: die Überzeugung, dass alle Geschehnisse einen Sinn haben, wodurch diese leichter akzeptiert werden (vgl. ebd.: 105f.).

Auffallend ist, dass besonders bei drogenabhängigen Personen das beschriebene Kohärenzgefühl entweder nur wenig oder gar nicht ausgeprägt ist (vgl. I1: Z145–149 & 150–152, I8: Z525–520 & 531–538, I6: Z330–334). Dies stellt für professionelle HelferInnen immer wieder Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen dar (vgl. I3: Z198–203). Da sich Personen mit einer Suchterkrankung unentwegt auf dem Gesundheits- und Krankheitskontinuum bewegen und ein problematischer Drogenkonsum eine Selbstzerstörung darstellt, ist es besonders wichtig, Orientierung, Sinnstiftung und Hoffnung zu erarbeiten, welche durch religiöse Spiritualität erworben werden könnten (vgl. I1: Z149–150).

Religiöse Spiritualität kann in der Kohärenz als allgemeine Widerstandressource gelten, welche positiv beeinflusst (vgl. Grom 2007, zit. n. Eisner 2013: 6). Dies konnten bereits Unterrainer et al. (2010) auf empirischem Wege bestätigen. Auch wurde erkannt, dass das Kohärenzgefühl durch Achtsamkeitsmeditation gesteigert werden kann (vgl. Weissbecker et al. 2002, zit. n. Eisner 2013: 6).

2.4 Resilienz

Resilienz wird als „[...] eine Form von tiefer komplexer Zustandsbeschreibung einer Person in aktueller und historischer Verortung verstanden [...].“ Mit diesem Begriff werden „[...] grundlegende Aussagen zu den Faktoren gemacht [...], die dem Einzelnen das Überleben in einer konflikthaftern Welt ermöglichen“ (Klein 2007: 3). Sie bezieht sich somit auf Handlungs- und Orientierungsmuster, welche Personen in Konfrontation und Bewältigung von widrigen Lebensumständen herausbilden. Des Weiteren können der Resilienz weitere Begrifflichkeiten wie: „Salutogenese“, „Empowerment“, „Ressourcen“ und „Copingstrategien“

hinzugefügt werden, solange es um die Wirksamkeit von Unterstützung geht (vgl. Hildenbrand 2007: 3f.).

2.5 Risiko- und Schutzfaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren einer Zielgruppe und das Wissen um diese stellen eine relevante Voraussetzung dar, „[...] um theoriegeleitete und evidenzbasierte suchtpreventive Massnahmen [sic!] zu planen“ (Sucht Schweiz 2013: 1). Im Idealfall wird dadurch eine Verbindung zwischen Ursachenforschung (Ätiologie), Interventionstheorie und praktischer Intervention hergestellt.

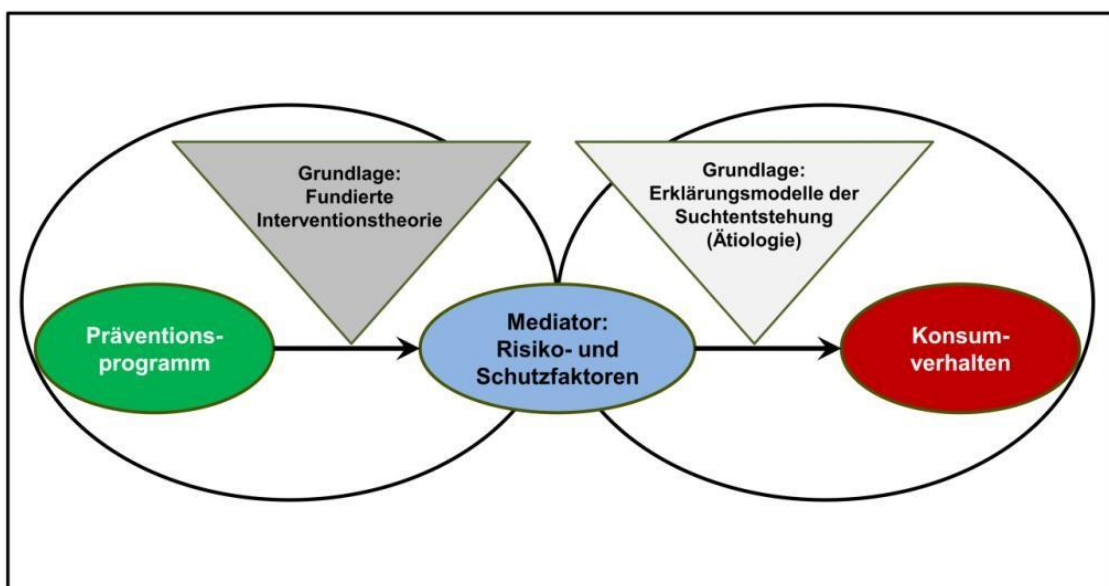


Abbildung 2: Risiko- und Schutzfaktoren als *Mediator* zwischen Ätiologie und Intervention (vgl. Sucht Schweiz 2013: 1).

2.5.1 Risikofaktoren

Unter Risikofaktoren für eine Suchtentstehung werden Eigenschaften verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, Problemverhalten zu zeigen. Umso stärker, ausgeprägter und zahlreicher die Risikofaktoren sind, desto höher ist die Selbst- und Fremdgefährdung (vgl. Sucht Schweiz 2013: 2).

Mögliche Risikofaktoren sind:

- mangelnde soziale Kontrolle,
- genetische Risikofaktoren,
- Missbrauchs- und Gewalterfahrungen,
- fehlende soziale Kontakte und Beziehungen
- etc. (vgl. ebd.: 2).

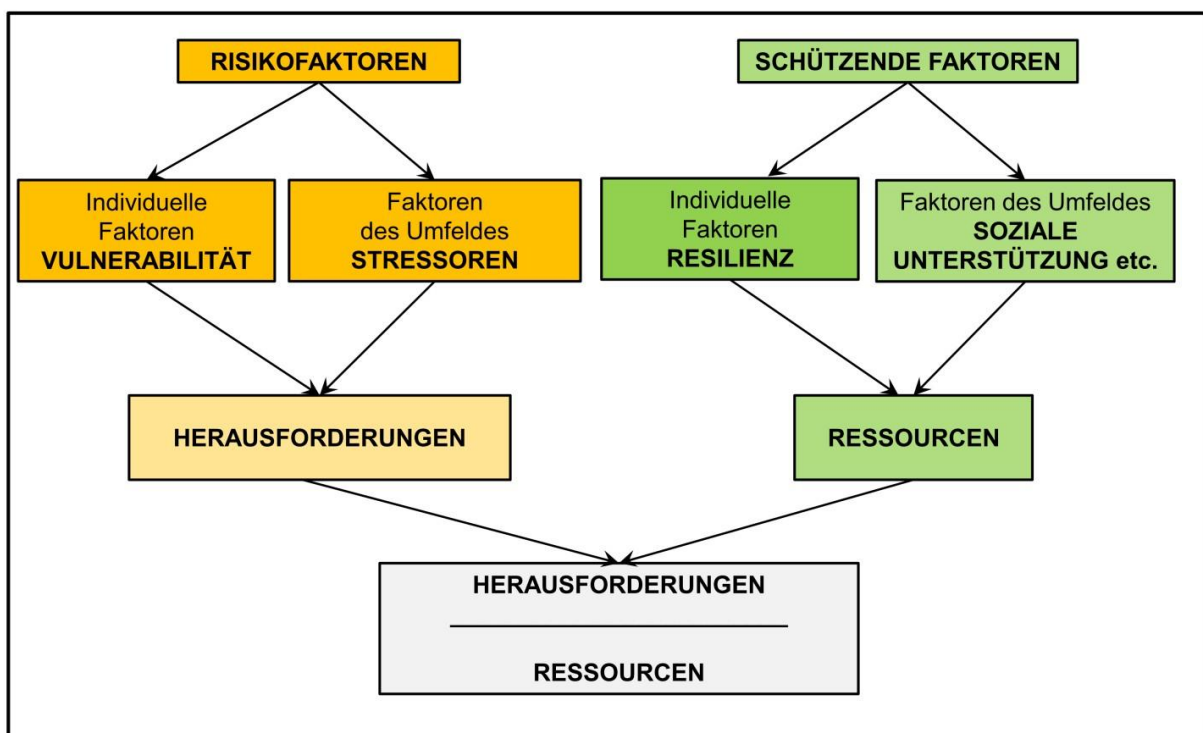
2.5.2 Schutzfaktoren

Schutzfaktoren sind jene Einflüsse, welche zur Verbesserung und zum Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität beitragen. Sie mindern die Wirkung von Risikofaktoren (Puffereffekt) und fördern auch in Abwesenheit derselben das körperliche und seelische Gleichgewicht. Dabei können jedoch nicht alle Risiko- und Schutzfaktoren in gleichem Maße beeinflusst werden. Persönlichkeitseigenschaften sind beispielsweise nur schwer veränderbar (vgl. Sucht Schweiz 2013: 2f.).

Mögliche Schutzfaktoren sind:

- Teilhabe und Integration in Gesellschaft,
- stabile, konstante soziale Kontakte und Beziehungen,
- kognitive Kompetenz,
- soziale und emotionale Kompetenz
- etc. (vgl. ebd.: 2f.).

Anhand dieser Beispiele wird ersichtlich, dass Risiko- und Schutzfaktoren sowohl auf der Ebene des Individuums als auch der Ebene der Umwelt zugeordnet werden können: „Das Risiko, Suchtprobleme zu entwickeln, wird durch das Verhältnis zwischen individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen im Vergleich zu den individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen beeinflusst“ (ebd.: 3).



2.5.3 Erklärungsmodell der Suchtentstehung

Die Frage, warum eine Person nie Suchtmittel nimmt, während eine andere dies tut, kann bis heute nicht vollständig beantwortet werden. Feststeht, dass es umfassende Modelle benötigt, um sich der Antwort zu nähern. Hierbei spielt der bio-psycho-soziale Erklärungsansatz eine wichtige Rolle. Bei der Analyse der Suchtentstehung bezieht er sowohl psychologische als auch soziale und biologische Entstehungsbedingungen mit ein:

„Gesundheitliche Problemlagen lassen sich demnach physiologisch, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander interagieren und ineinander verwoben sind. Bio-psycho-soziale Modelle basieren auf spezifischen Theorien, die auf einzelne Systeme fokussieren. Die Identifikation und Beeinflussung dieser Systemkomponenten sind grosse [sic!] Herausforderungen für die Suchtprävention“ (Sucht Schweiz: 3f.).

Anhand der nachfolgenden Grafik lässt sich erkennen, dass das Sucht-Trias-Modell den bio-psycho-sozialen Ansatz widerspiegelt. Im Dreieck werden potenzielle Ursachen von Sucht (Umwelt, Individuum, Substanz) konkretisiert. Dadurch kommt es zur Berücksichtigung von Bedingungsfaktoren, deren Ursachen in der Person, der sozialen Umwelt und in der Substanz vorkommen können (vgl. ebd.: 3f.).

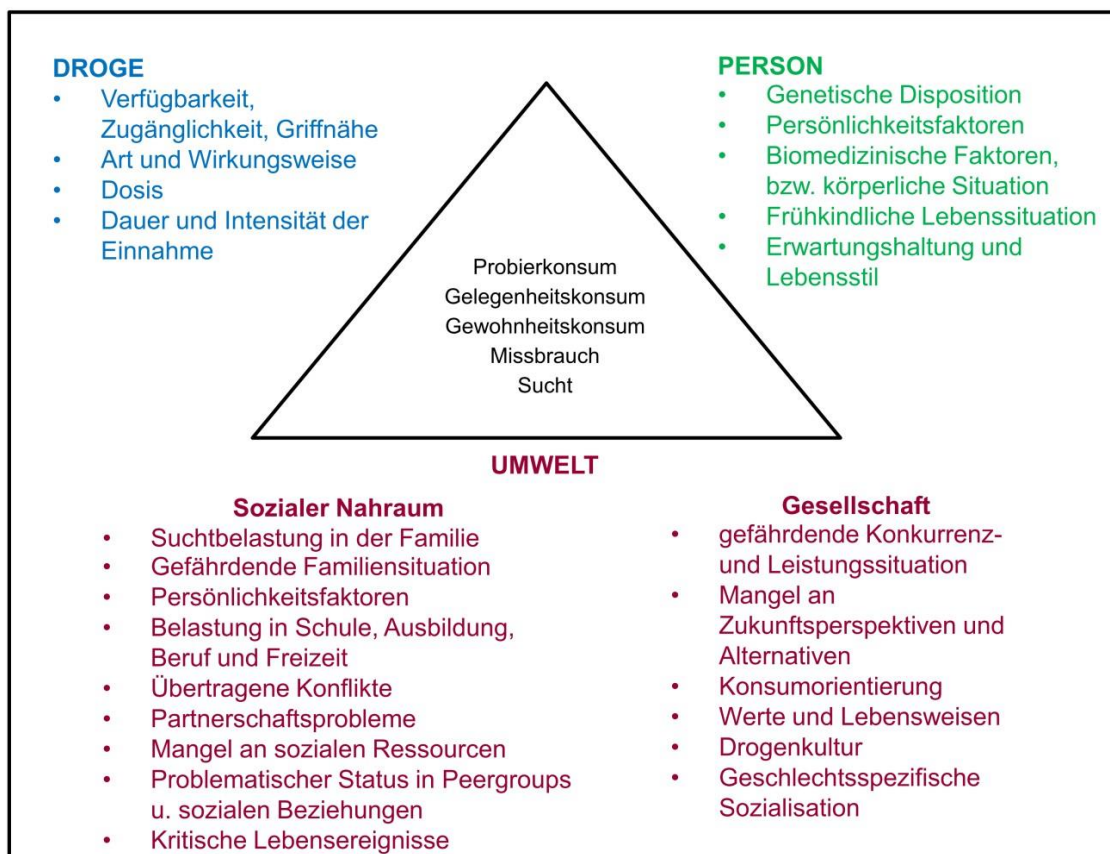


Abbildung 4: Modell der Sucht-Trias (vgl. Sting & Blum 2003 in: Sucht Schweiz 2013: 4).

Auch hier wird der religiös-spirituellen Dimension wenig Gewicht zugeschrieben. Wie bereits mehrfach erwähnt, steht religiöse Spiritualität in Wechselwirkung mit drei weiteren Dimensionen (vgl. Mueller et al. 2001; Koenig et al. 2012; Unterrainer & Fink 2013, zit. n. Birnhuber 2014: 5). Daher benötigt es deren Integration. Orientierungslosigkeit, Mangel an Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit werden in dem Modell der Sucht-Trias nicht mitbedacht, diese haben jedoch eine wesentliche Funktion und sind Teil einer religiösen Spiritualität. Ob es der Erweiterung von Ressourcen oder Copingstrategien oder aber der Problembearbeitung dient, in jedem Fall stellt sie eine wichtige Dimension dar, welche mehr Aufmerksamkeit, Schulung und Sensibilität bedarf.

2.6 Das Konzept der sozialen Unterstützung

Nach Casel (1974) und Cobb (1976) wird das Konzept der sozialen Unterstützung als Wahrnehmung emotionaler Unterstützung durch das Individuum verstanden. Des Weiteren ergänzt Caplan (1974) die Sicht, dass Personen auch in der Nutzung der Ressourcen zur Stressbewältigung unterstützt werden. Auch zeigt er, dass in unterschiedlichsten Situationen und Zusammenhängen eine Vielfalt sozialer Unterstützung vorhanden ist: durch professionelle Institutionen, NachbarInnen, Selbsthilfegruppen und informelle Unterstützung durch Fremde.

„Soziale Unterstützung (social support) ist eine zentrale Bedingung der Sicherung von Gesundheit, der Verbesserung von Wohlbefinden und der Förderung von Lebensführung und Lebensbewältigung in allen Lebensbereichen“ (Weinhold & Nestmann 2012: 54).

Da soziale Unterstützung in sozialen Beziehungen erbracht und erhalten wird, sind deren Ausmaß, Qualität und Quantität von Relevanz (vgl. Dehmel & Ortmann 2006: 6).

Der Klinischen Sozialen Arbeit kommt mit dem Konzept des Social Supports eine Schlüsselfunktion hinsichtlich einer Inklusion zu. Glaubensgemeinschaften haben sinnstiftende und ressourcenaktivierende Funktionen und es obliegt den Klinischen SozialarbeiterInnen, diese nutzen (vgl. Gollnow 2010: 11f.).

2.7 Die Fünf Säulen der Identität nach Hilarion G. Petzold

2.7.1 Identität & Identitätsfindungsprozess

Unter Identität (lat.: Wesenseinheit) wird die Einzigartigkeit und Unverwechselbarkeit eines Menschen verstanden. Folgende Abbildung zeigt, wie Identität die eigene Persönlichkeitsstruktur bezeichnet:

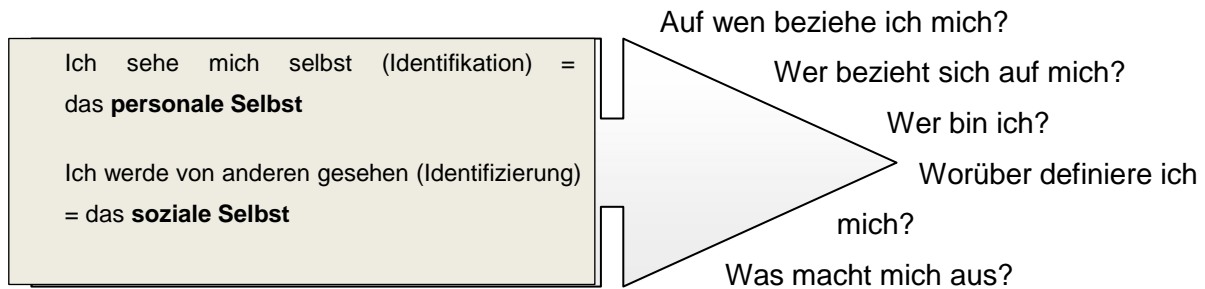


Abbildung 5: Identität und Persönlichkeitsstruktur (vgl.

Daju o. J.: o. S.).

Identität unterliegt ständiger Entwicklung und Veränderung und ist somit ein lebenslanger Prozess. Sie zeigt sich in Mimik, Gestik, Sprache, körperlichen Stärken und Schwächen, im Auftreten, Selbstbild, Selbstgefühl, Glauben an sich etc. Es besteht eine Wechselwirkung zwischen Identitätsentwicklung und -krise und dies steht in Zusammenhang mit dem Individuum und der Umwelt (vgl. Daju 2011: 1f, Forschungsnetzwerk o. J.: 1). Der Identitätsprozess vollzieht sich in verschiedenen Kontexten und spezifischen Bereichen und hängt somit nicht nur von Situationen ab, sondern ist ein zeitlich andauerndes Konzept, welches sich lebenslang in Entwicklung und Veränderung befindet. Diese Bereiche werden von Petzold in fünf Säulen geteilt, welche die Identität eines Menschen stützen, tragen oder bauen sollen oder auch nicht (vgl. Daju 2011: 2).

2.7.2 Das Fünf-Säulen-Modell

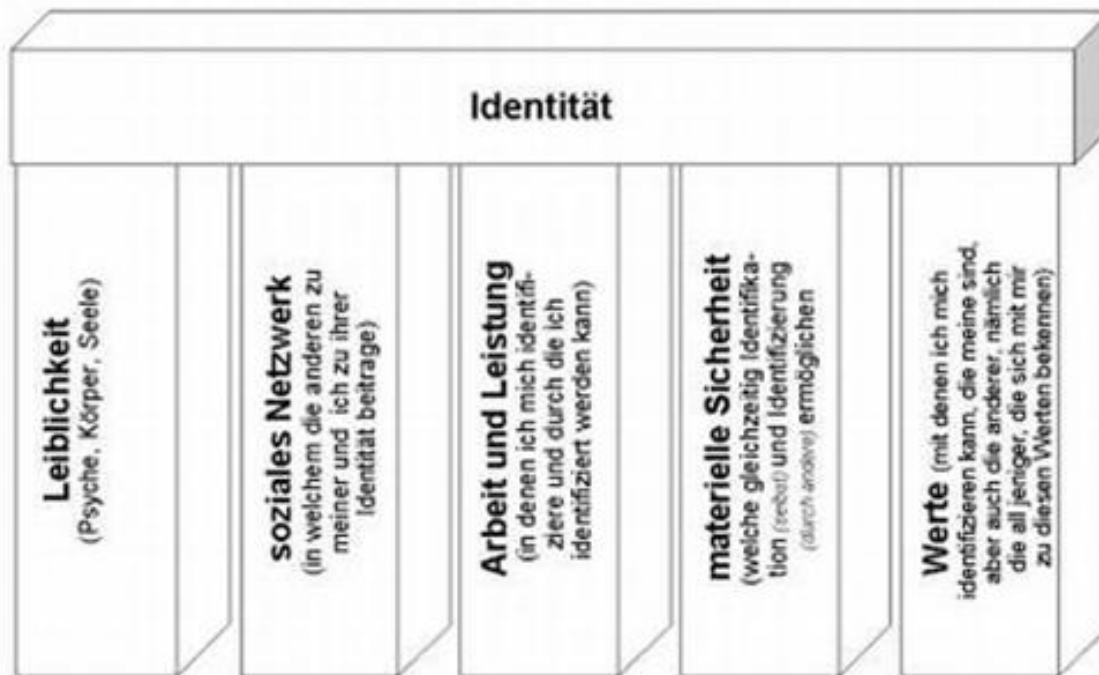


Abbildung 6: Die fünf Säulen der Identität nach H. G. Petzold (vgl. Steiger 2016: o. S.).

- **1. Säule – Leib/Leiblichkeit:** Die erste Säule umfasst alles was mit Körper und Seele zu tun hat beispielsweise: Gesundheit, Selbstwertgefühl, Wohlbefinden, Psyche, Belastungsfähigkeit, Glaubenssysteme etc.
- **2. Säule – soziales Netzwerk/soziale Bezüge:** Damit sind soziale Bindungen, Netzwerke und Beziehungen gemeint. Diese bestimmen nachhaltig die Persönlichkeit und Identität einer Person und prägen diese.
- **3. Säule – Arbeit und Leistung:** Bei dieser Säule geht es um das *Tätig-sein* und die Identifizierung durch die Tätigkeit.
- **4. Säule – Materielle Sicherheit:** Einkommen, Geld, Nahrung, Besitztümer, der ökologische Raum etc. beeinflussen das eigene Identitätserleben. Vor allem eine fehlende materielle Sicherheit weist einen hohen Belastungsfaktor auf.
- **5. Säule – Werte und Normen:** Moral, Ethik, Religion, Spiritualität, Glauben, Sinnfragen, Traditionen – der fünfte und somit letzte Bereich ist der Teil, welcher die Persönlichkeit und Identität trägt (vgl. Daju 2011: 2ff, Forschungsnetzwerk o. J.: 1f.).

Brechen eine oder mehrere Säulen weg oder kommt es zu einer starken Veränderung durch z. B. Tod, Krankheit, Scheidung u. v. m. tritt die bereits erwähnte Identitätskrise ein und eine vollständige Stabilisierung ist nicht mehr möglich (vgl. Daju 2011: 4).

An dieser Stelle wird deutlich sichtbar, dass die fünfte Säule denselben Wert wie die anderen erhält und ebenso an der Stabilität einer Person beteiligt ist. Ist diese Säule kaum oder gar

nicht ausgebildet, erhöhen sich die Risikofaktoren einer bereits im Gesundheitsbereich (physisch und psychisch) beeinträchtigten Person, wie sie Suchtkranke darstellen, enorm.

2.8 Religiöse Spiritualität

2.8.1 Definition

Sowohl „Religion“ als auch „Spiritualität“ werden häufig synonym verwendet und/oder es bestehen Überlappungen, wodurch eine Differenzierung der beiden Begriffe oft nicht möglich ist (vgl. Kennedy 2004, Hood et al. 2009, zit. n. Kampfhammer 2014: 16). Dennoch wird an dieser Stelle der Versuch einer Differenzierung unternommen.

Religion und Religiosität

Die einfachste Definition lieferte bereits Dollahite (1998: 5, zit. n. Kampfhammer 2014: 15): „[...] a covenant community with teachings and narratives that enhance the search for the sacred and encourage morality.“

Religion beinhaltet spirituelle Glaubenshaltung und -praktiken, welche zur Verehrung einer oder mehrerer Gottheiten dienen. Gebet, Meditation, Teilnahme an öffentlichen Ritualen u. v. m. sind Bestandteile davon (vgl. Unterrainer et al. 2013: o. S.). Des Weiteren sind „[...] allgemeine Merkmale einer organisierten Religion [...] der Glaube, dass bestimmte moralische Lehren eine göttliche Autorität besitzen bzw. werden bestimmte Personen, Plätze, Texte oder Objekte als ‚heilig‘ oder ‚göttlich‘ benannt und verehrt.“ (ebd.: o. S.)

Merkmal der Religion ist die „Religiosität“, welche das Ausmaß bezeichnet, in welchem sich ein Individuum einem bestimmten Glaubenssystem verbunden fühlt (vgl. ebd.: o. S.). Ebenso stellt sie die individuelle Ausformung des Religiösen dar (vgl. Barnett & Shale 2012, zit. n. Eisner 2013: 5).

Spiritualität

„Was nun die Spiritualität betrifft, so kann nun darunter eine Form der Glaubenshaltung verstanden werden, die über den Glauben im Sinne einer bestimmten religiösen Gemeinschaft hinausgeht [...] und beschreibt mehr eine non-traditionelle nicht an Konfessionen gebundene Form der Glaubenshaltung“ (Unterrainer et al. 2013: o. S.).

Für Koenig et al. (2001, zit. n. Wiesauer 2013: 5f.) stellt die Spiritualität die persönliche Suche nach Antworten auf Fragen zum Sinn des Lebens dar. Auch Zwingmann (2004, zit. n. Eisner 2013: 5) nimmt diese Betrachtungsweise ein, in welcher er ergänzt, dass der Sinn

auch in Verbundenheit mit den Mitmenschen oder der Natur gefunden werden kann und somit nicht institutionsbezogen ist.

Ebenso sehen Büssing und Ostermann (2004, zit. n. Kusche 2013: 8) Spiritualität *„[...] als eine im Allgemeinen nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung, bei der sich der Suchende seines „göttlichen“, die empirisch fassbare Wirklichkeit transzendierenden Ursprungs bewusst ist und eine Verbundenheit mit anderen Menschen, mit der Natur, mit dem Göttlichen spürt.“*

Laut Murken (1997, zit. n. Kusche 2013: 8) ist sie dadurch einer *individuellen Religiosität* gleichzusetzen, in der Authentizität, persönliche Bedeutung und eigene Erfahrungen einen hohen Stellenwert einnehmen.

„Aus religionspsychologischer Perspektive ist nun jedes Verhalten, Denken und Empfinden als religiös/spirituell zu begreifen, das etwas Übermenschliches oder Überweltliches annimmt“ (Grom 2007, zit. n. Eisner 2013: 5).

„Spiritualität umfasst alles, was mit einer innere [sic!] Sinnsuche sowie Ganzheit [zu tun hat, Anm. d. Verf.]. Das spirituelle Leben ist die Begegnung mit sich selbst. Religion ist das Gefäß für diese Begegnung. Der religiöse Glaube mit seinen Traditionen liefert Strukturen und Sprache die es zu einem kohärenten und kongruenten Ganzen mit andren Menschen und Kulturen verbindet“ (Testerman 1997, zit. n. Kampfhammer 2014: 16).

Spiritualität ist individuell, subjektiv und persönlich. Sie braucht weder eine Institution noch Rahmenbedingungen und kann dadurch auch nicht religiös ausgerichtet sein. Da in dieser Arbeit Spiritualität als religiös ausgerichtet behandelt wird, ist Religiosität als eine Teilmenge der Spiritualität zu betrachten (vgl. Hood et al. 2009, zit. n. Kampfhammer 2014: 17). Deshalb kommt in dieser Forschung der Begriff der „religiösen Spiritualität“ zur Anwendung.

2.8.2 Religionsgeschichte

Bereits in frühen Zeiten gab es Zusammenhänge zwischen religiöser Spiritualität und Drogenkonsum. So beschrieb beispielsweise Eliade die Wunder der Fakire auf Sri Lanka, welcher er mit Ekstase in Verbindung bringt, wie sie bei z. B. LSD-Konsum entsteht (vgl. Eliade 1985, zit. n. Holl 2012: 33ff.).

Auch heute noch spielen in indigenen, schamanischen oder Naturvölkern Halluzinogene oder Tabak eine Rolle. In jüdisch-christlichen Traditionen ist ein moderater Konsum von

Wein liturgischer Bestandteil, wohingegen im Islam oder manchen evangelischen Freikirchen Alkohol und/oder andere Substanzen gänzlich verboten sind (vgl. Miller 1998, zit. n. Klein & Albani 2011: 14). Der ambivalente Zusammenhang zwischen religiöser Spiritualität und dem Konsum von psychotropen Substanzen ist dadurch erkennbar, dass manche Rauschmittel bei bestimmten religiös-spirituellen Gruppierungen verboten wurden und bei anderen explizit für Bewusstseinsweiterung und zur Kontaktherstellung mit Geistern zum Einsatz kamen (vgl. Miller 1998, Schultes & Hofmann 1979, zit. n. Klein & Albani 2011: 14).

Dennoch gibt es eine negative Korrelation zwischen religiöser Spiritualität und Drogenkonsum, welche wohl aufgrund der drei großen monotheistischen Religionen zustande kommt. In diesen ist der Gebrauch verboten oder nur in geringem Maße erlaubt (vgl. Benson 1992, Booth & Martin 1998, Gorsuch 1995, zit. n. Klein & Albani 2011: 14f.). Diese Erkenntnis erweist sich als sehr stabil. In einer Literaturübersicht von über 1353 Studien aus den Jahren 1941 bis 2004 wurde der inverse Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und religiöser Spiritualität belegt (vgl. Geppert et al. 2007, zit. n. Klein & Albani 2011: 15). Neben den religiös-spirituell genormten Verhaltensregelungen sind wohl auch indirekt wirkende religiös-spirituell geprägte Ideale nicht mit einem übermäßigen Konsum vereinbar (vgl. Grom 2004, zit. n. Klein & Albani 2011: 15).

Werden auf der anderen Seite nicht die monotheistischen Religionen, sondern jene Wurzeln begutachtet, wie sie beispielsweise Eliade beschrieben hat, wird erkenntlich, dass es auch religiös-spirituelle und hoch-religiös-spirituelle Suchtkranke gibt, mitunter, weil bestimmte religiös-spirituelle Vorstellungen mitursächlich für eine Suchterkrankung sein können (vgl. Klein & Albani 2011: 15). Aus diesem Grund ist es unerlässlich, zu wissen, welchem Glaubenssystem eine Person angehört und wie diese über den Gebrauch von Substanzen denkt. Demnach kann abgeleitet werden, ob dieses System einen Konsum begünstigen würde oder aber davor schützt.

2.8.3 Eine Einführung

In den USA steht die Integration religiöser Spiritualität in Behandlungen längst außer Frage. Seit Jahren werden beispielsweise mit der Psychologie gemeinsam vielfältige Projekte durchgeführt. Nach Grom (2007, zit. n. Kampfhammer 2014: 12) ist religiöse Spiritualität ein relevanter Faktor für das Individuum und in der Gesellschaft. So zeigt beispielsweise eine Studie, dass 57% der Deutschen an eine „göttliche Kraft“ und 33% an etwas Höheres glauben, während lediglich 10% unentschieden sind (vgl. Kopp 1997, zit. n. Schowalter et al. 2003: 361).

Das dennoch vermeintlich geringe Interesse im deutschsprachigen Raum führen Heinemann & Wörmann (2010, zit. n. Kampfhammer 2014: 12) darauf zurück, dass religiöse Spiritualität

als Privatangelegenheit betrachtet wird, methodisch und begrifflich schwer fassbar ist und die Angst vorherrscht, als unwissenschaftlich zu gelten. Trotzdem stieg in den letzten 20 Jahren das Interesse an diesem Themengebiet (vgl. Koenig 2007, Reiter 2008, zit. n. Kampfhammer 2014: 13).

„Die deutlich werdende Anzahl medizinischer Publikationen zu spirituellen Fragestellungen stieg seit Beginn der 90er Jahre“ (Ostermann & Büssing 2007, zit. n. Kampfhammer 2014: 13). Auch in psychologischen Arbeiten nahm die Einbeziehung einer religiösen Spiritualität zu (vgl. Utsch 2007, zit. n. Kampfhammer 2014: 13). Durch die immense Verbreitung und Rezeption dieses Themenbereiches wird das große Bedürfnis nach religiöser Spiritualität betont. Nach einer Studie von Curlin et al. (2007, zit. n. Kampfhammer 2014: 125) glaubt die Mehrheit der befragten PsychiaterInnen daran, dass religiöse Spiritualität den PatientInnen in ihrer Krankheitsbewältigung und im Ertragen von Leid positiv unterstützt und eine positive und hoffnungsvolle Wirkung auf den psychischen Zustand hat. „In einer Gesellschaft mit verwirrend vielen und widersprüchlichen Sinnangeboten kommt der persönlichen Glaubensüberzeugung vermutlich sogar eine zentralere Bedeutung zu als noch vor einigen Jahren“ (Utsch 2007: 166, zit. n. Kampfhammer 2014: 13).

2.8.4 Suchtkrankheit, eine Sinnkrankheit?

Während einer Suchterkrankung wird das Leben oftmals immer sinnloser. Alles dreht sich um die Suchtmittel, deren Beschaffung und den nächsten Rausch. Dadurch wird das Leben nicht nur inhaltslos, sondern auch sinnlos. Dieser Zustand wird am besten mit Resignation beschrieben: „Symptome spiegeln nicht selten überdeutlich das eigentliche Problem, denn Suchtkrankheit ist eine typische Sinnkrankheit. Einen Mangel an Sinn gab es in der Regel schon vor dem Ausbruch der Sucht“ (Röhr 2009: 49).

Zwar ist die Sinnfrage für alle Menschen Thema, für Personen mit einer Suchterkrankung jedoch von höchster Relevanz. Oftmals ist der einzige Sinn, welcher diesen Menschen bleibt, den (durch Drogenkonsum) angerichteten Schaden wieder zu reparieren. Durch das Hinarbeiten auf ein Ziel wird das Leben wieder als sinnvoll erlebt. Doch ist das Ziel einmal erreicht oder in Reichweite, kommt oftmals bereits der Rückfall, da nach Zielerreichung auch der neu gewonnene Sinn wieder verloren geht: „Abstinenz allein ergibt keinen Sinn, sondern es geht darum, wie das abstinente Leben gestaltet werden soll. Wofür will ich leben? Wofür lohnt es sich zu leben?“ (ebd.: 50). Heinz-Peter Röhr beschreibt, dass nur derjenige einen Sinn im Leben findet, der seine Seele befragt, da dort die Quelle der Begeisterung und Motivation liegt. Neben der Selbstliebe ist das Bedürfnis nach Transzendenz, die Sehnsucht nach etwas Höherem, in jedem Menschen verankert:

„Meist wird dieses Bedürfnis verdrängt, verleugnet oder in irgendwelchen esoterischen Zirkeln ausgelebt. Die Suchtkrankheit spiegelt deutlich das Problem der westlichen Industrienationen wieder [...]. Sucht nimmt zunehmend weltumspannende Ausmaße an. Was wäre, wenn sich hinter Sucht ein tieferes spirituelles Bedürfnis verbergen würde?“ (ebd.: 53).

2.8.5 Religiöse Spiritualität und Gesundheit

Der Einfluss religiöser Spiritualität auf die Gesundheit ist bereits seit mehr als 30 Jahren Forschungsthema (vgl. Kusche 2013: 6). In den USA ist die Untersuchung der potentiellen Zusammenhänge bereits fester Bestandteil wissenschaftlicher Arbeit (vgl. Jeserich 2011: 4). Widersprüchliche Ergebnisse zeigen sowohl negative als auch positive Einflüsse, welche so oder so Gegenstand der Klinischen Sozialen Arbeit sein sollten. Die Mehrheit der Untersuchungen jedoch zeigt den protektiven Gesundheitseffekt religiöser Spiritualität (vgl. Kusche 2013: 6). Auch Koenig et al. (1998, zit. n. Wiesauer 2013:5) und Smith et al. (2003, zit. n. Wiesauer 2013: 5) berichten über den positiven Effekt sowohl auf die psychische als auch auf die physische Gesundheit.

Wie bereits mehrfach erwähnt, wirkt sich religiöse Spiritualität auf die drei Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells aus. Damit zeigt sich, dass sowohl psychische als auch physische Gesundheit und Krankheit von religiöser Spiritualität beeinflusst werden (vgl. Schowalter & Murken 2003, zit. n. Kampfhammer 2014: 41). Aufgrund der Idee der Integration von religiöser Spiritualität wurde vielerorts ihre salutogene Wirkung auf das menschliche Befinden und Verarbeitung von Stressoren bei Gesundheit und Krankheit untersucht (vgl. Eisner 2013: 5).

Bei Begutachtung neuerer Forschungen kann „[...] insgesamt von einem positiven Zusammenhang zwischen verschiedenen Parametern von Religiosität und Spiritualität mit psychischer Gesundheit bzw. einer adäquaten Stressverarbeitung ausgegangen werden“ (Unterrainer et al. 2012, zit. n. Eisner 2013: 5).

Schuhmaker schilderte bereits 1992 (zit. n. Kampfhammer 2014: 41) sowohl positive als auch negative Aspekte einer religiösen Spiritualität, da sie sich in beiden Richtungen niederlassen kann. Dadurch kann sie sowohl Belastung als auch Schutz und Bewältigungshilfe sein (vgl. Exline 2002a, 2002b, Pargament 2002b, zit. n. Klein & Albani 2011: 10).

Positive Auswirkungen: Reduzierung existentieller Ängste, Vermittlung von Hoffnung, Sinn und Zweck, emotionales Wohlbefinden, besseres Ertragen von Leid, Schmerz und Krankheit, Lösungen für emotionale und situative Konflikte, Gefühl von Kraft und Kontrolle durch

Glaube an eine höhere Macht, Lösung der Sterblichkeit, Vermittlung von moralischen Richtlinien, Förderung sozialer Bindungen, durch Gemeinschaft – Befriedigung nach Zugehörigkeit und sozialer Identität (vgl. Kampfhammer 2014: 41).

Negative Auswirkungen bei einer ungesunden religiösen Spiritualität: Förderung von Selbstentwertung und geringem Selbstwertgefühl, von Gefühlen wie Angst und Furcht vor Bestrafung, von dysfunktionalem unterdrücktem Ärger, Verhinderung von Autonomie und internaler Kontrolle (vgl. ebd.: 41f.).

Negative religiös-spirituelle Copingmuster sind weniger verbreitet als positive. Dennoch können Belastungspotentiale enthalten sein (vgl. Klein & Albani 2011: 31).

In einer Studie von Kendler et al. (2003, zit. n. Wiesauer 2013: 5) konnten Zusammenhänge zwischen religiöser Spiritualität und verringertem Risiko für externalisierte Störungen wie beispielsweise Alkohol- und Drogenmissbrauch festgestellt werden. Ebenso stellten Gorsuch und Butler (1976, 1995, zit. n. Murken 1998: 17) fest, dass religiöse Spiritualität durchgehend negativ mit Drogenmissbrauch korreliert. Je ausgeprägter diese Dimension ist, desto geringer ist das Risiko eines Drogenmissbrauchs. Auch wurde anhand einer Studie mit 5000 Personen gezeigt, dass religiöse Spiritualität eine negative Beziehung zu dem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen bewirkt (vgl. Khavari & Harmon 1982, zit. n. Murken 1998: 17). Neben der präventiven Komponente gibt es zunehmend Befunde, welche die therapeutische Wirksamkeit im Umgang mit einer Sucht betonen. Normen, Verhaltensempfehlungen und psychodynamische Veränderungen werden durch sie vermittelt (vgl. Murken 1998: 17f.).

2.8.6 Religiös-spirituelles Coping

Bereits Murken (1998, zit. n. Kampfhammer 2014: 42) stellte salutogene und pathogene Effekte einer religiösen Spiritualität fest. Er entwickelte fünf Hypothesen zum Zusammenhang von Gesundheit und religiöser Spiritualität:

1. Verhaltens-Hypothese
2. Kohäsions-Hypothese
3. Kohärenz-Hypothese
4. Coping-Hypothese
5. Selbstwert-Hypothese

Bei der Verhaltens-Hypothese wird eine regulierende Funktion z.B. in der Sexualität, bei der Ernährung und auf den Drogenkonsum ausgeübt. Die Kohäsions-Hypothese betont die Bedeutung von sozialen Netzwerken und Glaubensgemeinschaften. Die Kohärenz-Hypothese meint die religiös-spirituelle Interpretation von Situationen, Konflikten und

Problemen und die dadurch erworbene kognitive Kohärenz, womit die Welt als beeinflussbar, durchschaubar und schlüssig erlebt wird. Die Coping-Hypothese besagt, dass Menschen durch ihre religiöse Spiritualität eher in der Lage sind, Grenzsituationen durchzustehen. Bei der letzten Hypothese geht es um die selbstwertregulierende Spiegelung, welche Menschen durch ihre religiöse Spiritualität erfahren.

In Zusammenhang mit Copingstrategien muss das sinnbezogene/religiös-spirituelle Coping genannt werden (vgl. Park & Folkmann 1997, zit. n. Eisner 2013: 2). Dieses ergänzt die kognitive Bewertung einer Situation und deren Bewältigung anhand von Überzeugungen, Werten und existenziellen Zielen. Da der Fokus auf einen tieferen Sinn gerichtet ist, wird Motivation für die Bewältigung einer schwierigen Situation geschaffen und Wohlbefinden hergestellt (vgl. Folkmann 2008, zit. n. Eisner 2013: 6).

Es wird zwischen positiven und negativen Coping unterschieden. Ersteres zielt auf eine selbstwusste und konstruktive Zuwendung zur religiösen Spiritualität ab, wohingegen sich Letzteres in religiös-spirituellen Kämpfen und Zweifeln äußert (vgl. Zwingmann et al. 2006, zit. n. Kampfhammer 2014: 45).

Insbesondere im Drogenbereich zeigte sich, dass positives religiöses Coping Auswirkungen auf den Konsum hat und negative Aktivitäten eher vermieden werden (vgl. Kampfhammer 2014: 46). Eine religiös-spirituelle Bewertung einer Belastungssituation oder einer Krise wie z. B. der mich liebende Gott lässt mich nicht im Stich hilft dabei, Hoffnungslosigkeit zu verringern und das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln (vgl. Dörr 2001, Schowalter & Murken 2003, zit. n. Klein & Albani 2011: 30). Durch Gebete, Meditation und andere Praktiken kann die Hilfe Gottes oder einer höheren Macht erbeten werden (vgl. Klein & Albani 2011: 30). Für bereits religiös-spirituelle Personen leistet dies einen wichtigen Beitrag bei der Einschätzung von Anforderungen und Belastungen und kann auf unterschiedlichste Art und Weise Teil des Copingprozesses sein. Insbesondere liefert es Erklärungs- und Plausibilitätsvorteile gegenüber weltlichen und wissenschaftlichen Erklärungen (vgl. Murken 1998: 20f.).

Nach dem russischen Religionsphilosophen Berdjajew ist der Mensch unheilbar religiös. Folglich können sich durch Leid und in der Suche nach Sinn versteckte religiös-spirituelle Ressourcen reaktivieren, welche als Copingprozess fungieren (vgl. Mutschler 1998, zit. n. Kusche 2013: 25). In einem Review (Moreira–Almeida et al. o. J., zit. n. Kusche 2013: 34) wurde der gewinnbringende Effekt einer religiösen Spiritualität bestätigt. Dieser geht mit einem besseren psychischen Wohlbefinden, weniger Depressionen, geringerer Suizidalität und vermindertem Alkohol- und Drogenmissbrauch einher.

2.8.7 Religiöse Spiritualität als Droge

„Die Frage ist jedoch nicht: Religion oder nicht?, sondern vielmehr: Welche Art von Religion? Fördert sie die menschliche Entwicklung, die Entfaltung spezifisch menschlicher Kräfte, oder lähmt sie das menschliche Wachstum?“ (Fromm o. J.: zit. n. Booth 1999: 37).

Leo Booth (1999) definiert in seinem Buch „Wenn Gott zur Droge wird“ religiös-spirituelle Abhängigkeit. Diese ist seiner Meinung nach gegeben, wenn Gott oder eine höhere Macht, Kirche oder ein Glaubenssystem benutzt werden, um der Wirklichkeit zu entfliehen und sich nicht mit ihr konfrontieren zu müssen. Dies sei der Versuch, durch Glauben als Wundermittel, das Selbstwertgefühl und den Zustand des Wohlbefindens zu heben. Dabei ist für Leo Booth eine religiös-spirituelle Abhängigkeit eine Co-Abhängigkeit per se. Aufgrund der gefühlten Wertlosigkeit wird jemand oder etwas gesucht, was wertvoll erscheint und so eine krankhafte Beziehung zu dem eigenen Glaubenssystem gefördert. Diese Art von Abhängigkeit setzt er mit anderen Substanzen wie Alkohol gleich, indem er sagt, dass dies nichts mit tatsächlicher religiöser Spiritualität zu tun hat. Es geht nicht um die Substanz an sich, sondern um die Art, wie und wofür sie missbraucht wird (vgl. Booth 1999: 60). „Religiös Abhängige missbrauchen die Accessoires der Religion – Rituale, Dogmen und die heiligen Schriften –, um die dysfunktionale Botschaft zu bestätigen, dass alle Menschen böse, dumm oder unfähig sind, sich Verdienste zu erwerben“ (ebd.: 60f.). Durch eine religiös-spirituelle Abhängigkeit wird das Wachstum in diesem Bereich verhindert und auch eine gesunde Beziehung zum Glaubenssystem kann nicht entwickelt werden. Ebenso sagt er, dass religiös-spirituell abhängige Personen zu dem werden, was sie glauben: sie fühlen sich von Gott verurteilt und werden dadurch andere verurteilen, sie fühlen sich schmutzig und sündig – sie werden anderen vermitteln, dass sie schmutzig und sündig sind. So wie bei anderen Abhängigkeiten entspringt die religiös-spirituelle aus einem Mangel an Selbstwertgefühl und aus Gefühlen von Schuld, Scham und der Sehnsucht, diesen zu entfliehen oder sie zu betäuben:

„[...] Unsere Süchte und Zwänge entstanden aus dem Versuch, Sinn und Ordnung in etwas zu bringen, von dem wir nicht wussten, dass es außerhalb unserer Kontrollmöglichkeiten liegt“ (ebd.: 63).

Speziell bestimmten Formen von religiöser Spiritualität oder Zugehörigkeiten zu religiös-spirituellen Gemeinschaften werden schädliche und ungesunde Auswirkungen nachgesagt (vgl. Murken 1997: 157). Die Bezeichnung hierfür ist „destruktive Kulte und Sekten“ (vgl. Langel 1995, Gross 1996, zit. n. Murken 1997: 157).

Die Ansicht, dass religiös-spirituelle Abhängigkeit nur in Bezug auf Sekten oder Kirchen beschränkt sei, teilt Leo Booth nicht. Im Gegenteil – betroffene Menschen brauchen keine Institution, um krankmachende Muster zu entwickeln. Es benötigt lediglich ein Glaubenssystem oder eine Glaubenshaltung, welches ungesund ausgelebt wird (vgl. Booth 1999: 80). Pargament (1990, zit. n. Murken 1997: 166) kam in seiner Studie zur Erkenntnis, dass religiöse Spiritualität per se nicht zu einer psychischen Gesundheit und/oder Krankheit führt. Ausschlaggebend ist deren Bedeutung im Rahmen der Person-Umwelt-Interaktion zur Bewältigung von subjektiven Krisen.

Solange nicht von einer ungesunden religiösen Spiritualität die Rede ist, ist sie nicht als negativ, sondern als individuell gelebte religiöse Spiritualität zu betrachten. Kommt es jedoch zu einer Einschränkung des Denkens, Fühlens, der Handlungskompetenz, Beziehungen, des Verhaltens und/oder Bewusstseins, kann von einer krankmachenden religiösen Spiritualität ausgegangen werden. Wird sie (zusätzlich) für Realitätsflucht, Vergrößerung des Selbstwertes, Vorwand für Handlungsunfähigkeit etc. genutzt, kann von religiöser Spiritualität als Droge gesprochen werden (vgl. ebd.: 168f.).

2.9 Religiöse Spiritualität und Klinische Soziale Arbeit

Udo Rauchfleisch (2004: 10) thematisiert in seinem Buch „Wer sorgt für die Seele?“ das Verhältnis zwischen Psychotherapie und religiöser Spiritualität. Er stellt fest, dass in der Psychoanalyse eine distanzierte und ablehnende Haltung demgegenüber erkennbar ist. Ähnlich ist es bei der eher linksliberalen Haltung in der Sozialen Arbeit (vgl. I1: Z100–103). Ernst et al (1988) argumentieren, dass bereits anhand der Betrachtung der Begrifflichkeit deutlich sichtbar werde, dass Klinische Soziale Arbeit grundsätzlich mit religiöser Spiritualität zu tun habe. Beispielsweise das Wort „Theorie“ im griechischen „theos“ bedeutet „Gott“ und Therapie heißt nichts anderes als „göttlicher Dienst/Pflege“. Doch wird Therapie, Beratung und Betreuung in diesem Sinne heutzutage kaum noch betrieben (vgl. Ernst et al.: 106). Weisen religiös-spirituelle Inhalte keine pathologischen Zeichen auf, werden diese nicht thematisiert (vgl. Rauchfleisch 2004: 12). Oftmals bleiben auch pathologische Ursachen, welche von religiöser Spiritualität herrühren, aufgrund der Haltung von Klinischen SozialarbeiterInnen unentdeckt:

„Dennoch ist hier kritisch zu fragen, ob die Nicht-Erwähnung des religiösen Erlebens und der religiösen Vollzüge, [seitens der KlientInnen, Anm. d. Verf.], nicht letztlich darauf hinweist, dass dieser ganze Bereich als irrelevant, als für die menschliche Existenz zu vernachlässigende Größe betrachtet wird“ (ebd.: 12).

Die Tätigkeit der Klinischen Sozialen Arbeit kumuliert mit dem Sinn des Religiös-Spirituellen. Da sich religiöse Spiritualität besonders im Helfen zeigt, wird sichtbar, dass dasselbe Thema Inhalt der Klinischen Sozialen Arbeit darstellt:

„Helfen wird in den unterschiedlichsten Religionen geradezu zum äußeren Zeichen der Liebe zu Gott [...]. Wo Helfen allein aus dem Glauben heraus praktiziert wird, geht es gewalttätig mit der Welt um. Wo es sich jedoch auf die Welt und die Liebe zu ihr einlässt, wird Helfen und damit auch Soziale Arbeit zum besonderen Schnittpunkt von Spiritualität und freiheitlichem Handeln“ (Weber 2005: 114).

Dabei ist beispielsweise an die Arbeit mit suchtabhängigen Menschen zu denken, welche ihr Leben nur mit Suchtmitteln aushalten. In allen Tätigkeitsfeldern der Klinischen Sozialen Arbeit geht es um wesentlich mehr als um physische, psychische und soziale Versorgung. Gegenstand ist die „[...] Wiederbelebung freiheitlicher Prozesse im Kontext drohender oder bereits eingetretener Unfreiheit“ (ebd.: 115). Der Sinn dieser Profession ist weniger, eine Erklärung für das Geschehen zu finden, sondern vielmehr die Suche nach dem Verstehen des Geschehenen. Erklärungen sind ein-perspektivisch, wohingegen das Verstehen multiperspektiv ist und Handlungszusammenhänge mobilisiert. Religiöse Spiritualität „[...] stiftet in diesem Zusammenhang das Vertrauen, dass alles Handeln subjektiv Sinn macht, auch wenn möglicherweise die Akteure [sic!] selbst den Sinn ihres Handelns (noch) nicht erkennen können“ (ebd.: 129). Aufgabe der Klinischen Sozialen Arbeit ist, diesem Sinn zu vertrauen und ihn in Zusammenhang mit der Welt zu setzen. Das bedeutet, dass sie zwar nicht über den Sinn verfügen, sich jedoch durch ihr Grundvertrauen in die Verstehbarkeit, in jeder neuen Situation auf die Suche nach dem konkreten Sinnkontext begeben (vgl. ebd.: 130).

Neben der Sinnhaftigkeit, religiöse Spiritualität sowohl in den krankmachenden als auch in den gesundmachenden Auswirkungen zu verstehen und professionell in psychosoziale Beratung einzubinden, wird anhand der wachsenden, beinahe explodierenden Angebote beispielsweise in der Esoterik ersichtlich, dass ein beträchtlich gestiegener Wunsch und Sehnsucht nach religiös-spiritueller Erdung besteht (vgl. Utsch o. J, zit. n. Thalhamer 2015: 11). Wird in der Klinischen Sozialen Arbeit religiöse Spiritualität gänzlich ausgeklammert, kommen wichtige Lebens- und Erlebensbereiche nicht zur Sprache, da auch KlientInnen diese nicht thematisieren (vgl. Rauchfleisch 2004: 15f.). KlientInnen mit einer festen religiös-spirituellen Überzeugung werden in manchen Fällen gar als *nicht therapierbar* oder durch ihre *Ideologie* mit einem *behinderten Persönlichkeitsmal* abgeschrieben (vgl. ebd.: 18). Doch gerade in sozialen Bereichen und in der Lebenshilfe werden rapid wachsende alternative

und transzendente Trends verzeichnet und somit könnte angenommen werden, dass auch die Klinische Soziale Arbeit davon betroffen ist (vgl. Schulz 2007: 4). Auch meint Silke Schulz (2007: 9) in „Spiritualität und Soziale Arbeit“, dass sich die heutige moderne Klinische Soziale Arbeit „[...] an einer Schwelle zu einer neuen Sichtweise, hin zu einem spirituellen, ganzheitlichen Verständnis, befindet.“ Somit konstituiert sich die Notwendigkeit einer religiös-spirituell-inspirierten Klinischen Sozialen Arbeit aus dem Bedarf der Sinnsuche der KlientInnen und aus den Anforderungen dieses Jobs an die professionellen SozialarbeiterInnen selbst (vgl. ebd.: 10). Die Klinische Soziale Arbeit ist ein Instrumentarium der Hilfe und Fürsorge und begleitet und fördert die Menschen, in ihrer individuellen und selbstbestimmten Art zu leben. Dadurch ergibt sich vor allem durch die gesellschaftliche Neuorientierung der Anspruch einer religiös-spirituell-inspirierten Klinischen Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 30 f.).

Da der (hilfsbedürftige) Mensch Orientierung und Institutionen benötigt und Klinische Soziale Arbeit, wenn sie KlientInnen ganzheitliche Hilfe anbieten möchte, sich diesem Suchen nicht entziehen kann, wird sie gefordert sein, sich der religiös-spirituellen Dimension zu öffnen (vgl. ebd.: 37).

Vorreiter können an dieser Stelle die USA sein: Über 70 Universitäten beschäftigen sich in den USA mit den Fragen der religiösen Spiritualität, und im Zuge eines Zusammenschlusses vieler ÄrztInnen der USA wurden vier Fragen zur Erfassung der Bedürfnisse kranker Menschen herausgearbeitet:

1. *„Ist Glaube (Religion, Spiritualität) für Sie in dieser Krankheit wichtig?“*
2. *„Hat Glaube zu anderen Zeiten in Ihrem Leben eine wichtige Rolle gespielt?“*
3. *„Haben Sie jemanden, mit dem Sie über religiöse Belange sprechen können?“*
4. *„Möchten Sie religiöse Anliegen mit jemandem besprechen?“ (Murphy 1996: 2f., zit. n. Schulz 2007: 97)*

Bei einer Fragebogenerhebung wurde der Anspruch einer religiös-spirituell-inspirierten Sozialen Arbeit erhoben. In dieser wurden verschiedenste Professionen aus dem sozialen Bereich zu der Thematik befragt. Unter anderem scheint eine Frage an dieser Stelle wichtig: Soll religiöse Spiritualität nach Empfinden der TeilnehmerInnen einen Platz in der Sozialen Arbeit haben? Über 35 % sind davon überzeugt, dass die Soziale Arbeit nur davon profitieren kann. Weitere 26 % sind der Ansicht, dass die Soziale Arbeit sowieso interdisziplinär ist und sie daher einen Platz haben sollte. 42 % vertreten die Meinung, dass sie einen begrenzten Platz haben sollte, und lediglich über 7 % denken, dass es der Profession schaden oder nichts bringen würde (vgl. ebd.: 102, 113).

2.9.1 Therapeutische Aspekte der religiösen Spiritualität

Wird die Schulmedizin betrachtet, zeigt sich, dass diese nicht nur die spirituellen Chancen unterschätzt, sondern sie auch regelrecht ignoriert. Es kann angenommen werden, die Medizin habe Angst davor, dass Menschen zunehmend beginnen, ihren Selbstheilungskräften mehr als der klassischen Schulmedizin zu vertrauen. Daraus würde nicht nur ein verminderter Bedarf an ÄrztInnen entstehen, sondern auch ein riesiges System zusammenbrechen (vgl. Kohls in de Jong 2005, zit. n. Schulz 2007: 73). Kohls in de Jong hat es folgendermaßen formuliert:

„Die westliche Medizin unterscheidet immer noch ernsthaft zwischen geistigen, emotionalen oder physischen Krankheitsursachen. Doch inzwischen belegt eine Fülle von Forschungsergebnissen [...] eine enge Verflochtenheit von Geist und Körper, dass solche Unterscheidungen [...] schlichtweg unwissenschaftlich sind“ (Kohls in de Jong 2005, zit. n. Schulz 2007: 73).

Auch das mittlerweile in der WHO entstandene Gesundheitsverständnis definiert Gesundheit als einen Zustand, welcher nicht nur frei von Krankheit und Gebrechen ist, sondern als Zustand vollkommenen seelischen, psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens zu verstehen ist. Ergo befinden sich Krankheit und Gesundheit in einem ständigen Kontinuum, in welchem die Stärkung der individuellen Ressourcen, Schutzfaktoren und des Immunsystems eine fortwährende Aufgabe darstellt (vgl. ebd.: 67).

Es gibt sowohl positive als auch negative Aspekte und Wirkungen des religiösen Spirituellen. Aufgrund der weitverbreiteten ablehnenden Haltung und deren Ausgrenzung sind die positiven Seiten meist nicht bekannt oder erhalten nur wenig Beachtung. In Udo Rauchfleischs Buch wird gezeigt, dass im religiösen Glauben und dessen Gemeinschaft „[...] starke, sich auf die Persönlichkeit konstruktiv auswirkende Kräfte, die man geradezu als ‘therapeutisch’ bezeichnen kann“, ruhen (Rauchfleisch 2004: 62). Auch bei Silke Schulz (2007: 24) wird erwähnt, dass Glaube, Religiosität und Spiritualität dem Menschen Sinn im Leben verschaffen können und dieser wichtig für psychische und physische Gesundheit ist. Auf der einen Seite führt das Erleben von Sinn zu mehr Wohlbefinden, Engagement und Lebenszufriedenheit. Des Weiteren können mithilfe desselben Personen mit Schicksalsschlägen, Stress, Krankheit etc. besser umgehen. Auf der anderen Seite ist erkennbar, dass es zu Aggressivität, Depression, Suchtverhalten u. v. m. kommen kann, wenn der Sinn fehlt.

Aufgrund des Mangels an Sinn in der heutigen modernen Gesellschaft lässt sich eine Rückkehr zu religiös-spirituellen Orientierungen feststellen. Somit kann festgehalten werden: Verändern sich das Denken und Handeln einer Gesellschaft, betrifft dies auch die Klinische Soziale Arbeit (vgl. ebd.: 25, 30f.).

2.9.2 Umgang in der Klinischen Sozialen Arbeit

Nun stellt sich die Frage, wie auf konstruktive Weise mit religiös-spirituellen Themen in der Klinischen Sozialen Arbeit umgegangen werden kann.

Wird die Psychiatrie als Beispiel hergenommen, ist ersichtlich, dass im gesamten Gebiet der Psychiatrie die Seelsorge lediglich die Rolle des Trösters innehat. Allein aufgrund der innewohnenden Struktur einer religiös-spirituellen Praxis wird ihr keine Offenheit oder Toleranz entgegengebracht. Sie wird für entbehrlich gehalten und als Privatangelegenheit betrachtet und dadurch noch mehr vom psychiatrischen System ausgegrenzt. Würde jedoch bedacht, dass Menschen oft daran erkranken, in schwierigen Situationen und Lebensereignissen keinen verborgenen geistigen Sinn abgewinnen zu können, so kann sich die Haltung zu der religiös-spirituellen Dimension zunehmend ändern (s. I4: Z32–33).

Aus Sicht von Sebastian Murken (2003: 2f.) gibt es fünf Gründe, welche die Behandlung von religiöser Spiritualität in der Praxis erschweren:

1. Die Frage nach der Initiative: KlientInnen sprechen äußerst selten von selbst über ihre Glaubensvorstellungen. Ausschlaggebend hierfür sind die zunehmende Privatisierung dieses Bereiches und die Unsicherheit, wie das Gegenüber reagieren und damit umgehen wird. Aber auch professionelle HelferInnen sind sich oftmals ihrer eigenen Wertvorstellungen nicht sicher und haben daher Probleme, das Thema zu behandeln.
2. Fragen der Zuständigkeit: Sind Klinische SozialarbeiterInnen für Sinn- und Glaubensfragen zuständig? Hierbei herrscht eine gewisse Unsicherheit, welche wiederum eine Nichtthematisierung hervorbringt.
3. Fragen des Menschenbildes: *„In dem Moment, wo ich die Spiritualität und Religiosität eines Patienten [sic!] zum Thema mache, konfrontiere ich mich mit seinem Welt- und Menschenbild, mit seiner umfassenden und tiefsten Weltanschauung, die von der meinen sehr verschieden sein kann.“ (Murken 2003: 3)*

4. Fragen des Umgangs mit dem Thema religiöse Spiritualität: Wenn die Vorstellungen der KlientInnen denen der Klinischen SozialarbeiterInnen völlig widersprechen, kann das zu großer Verunsicherung führen.
5. Die Fragen der Ausbildung: Religiöse Spiritualität ist nicht Gegenstand der Ausbildung Klinischer SozialarbeiterInnen. In den USA wird beispielsweise in der Ausbildung zum Psychiater ein verpflichtender Kurs zu diesem Thema vorgeschrieben (vgl. ebd.: 3).

Was kann also getan werden?

Der erste Schritt in diese Richtung ist, der religiös-spirituellen Dimension Bedeutung beizumessen und diese als zentralen Faktor ernst zu nehmen. Schon eine offene Haltung der Klinischen SozialarbeiterInnen birgt für KlientInnen die Möglichkeit, sich dahingehend öffnen zu können. Dies bedeutet, „[...] fähig sein, sich auf einen Dialog einzulassen, der religiös-[spirituell-, Anm. d. Verf.]-weltanschauliche Fragen beinhaltet“ (Rauchfleisch 2004: 60). Des Weiteren ist zu beachten, dass bei Bedarf eine Vernetzung mit z. B. SeelsorgerInnen oder geistlichen Personen stattfinden muss. Auf diese Art und Weise können sich verschiedene Berufsgruppen ergänzen und auch den religiös-spirituellen Bereich miteinbeziehen (vgl. ebd.: 25–29). Ebenso werden zum einen das Bewusstsein und eine reflexive Haltung der eigenen Standpunkte zu religiös-spirituellen Fragen, Glauben und Zweifel und zum anderen die Akzeptanz der religiös-spirituellen Haltung der KlientInnen geschaffen (vgl. ebd.: 60).

Für Klinische SozialarbeiterInnen käme es darauf an, die religiös-fundamentalistische Gruppierung nicht abzulehnen und zu pathologisieren, sondern zunächst zu versuchen, dies nachvollziehen zu können und offen dafür zu sein. Das heißt, wenn ihnen religiös-spirituelle Gruppierungen fremd sind, müssen sie sich über die vertretenen Welt- und Menschenbilder informieren und die Bedeutung dieser Auffassungen für das Individuum und für die Gruppe als Ganzes zu verstehen versuchen (vgl. ebd.: 37).

Ebenso sehen Lewkowicz und Hüdepohl (o. J: o. S., zit. n. Schulz 2007: 38f.), dass in der religiösen Spiritualität die Chance besteht, eine gemeinsame Sprache im persönlichen Austausch zu gewinnen, um zusammen konstruktive und strukturelle Lösungen zu finden: „Außerdem verbinde sich der meditative Weg nach ‚innen‘ mit dem aktiven Weg in die Welt der sozialen Institutionen, also dem Weg nach ‚außen‘.“

3. Forschungsdesign & Forschungsfrage

Im Gesundheitsbereich gibt es immer mehr Forschungen, welche sich mit neuen Strategien, Methoden und Theorien der heilenden Wirkung von religiöser Spiritualität beschäftigen. Nicht zuletzt forscht Human-Friedrich Unterrainer speziell im Gebiet der religiösen Spiritualität in Verbindung mit Drogensucht im deutschsprachigen Raum. Auch die Sigmund Freud Privatuniversität hat im Sommer 2015 einen Kongress zum Thema: „International Congress on Science and/or Religion“ veranstaltet. Des Weiteren wurde ein Symposium der Akademie für Ganzheitsmedizin (s. GAMED) über „Spiritualität in der Medizin – Chance oder Zumutung?“ abgehalten. Ebenso widmet sich die US-Fachzeitschrift „Spirituality and Clinical Practice“ diesem Gebiet (s. APA). Des Weiteren findet in der Klinik Eggenburg, Österreich ein Jubiläumskongress statt, bei welchem Arnold Metznitzner über „Der Mensch dem Menschen ein Mensch – Spiritualität als Grundmelodie des Lebens“ berichtet. Zudem gibt es an Universitäten wie beispielsweise in Bern und München Lehrstühle für „CAS – Spiritual Care“.

Bei dieser Forschung wird angenommen, dass religiöse Spiritualität eine große und wichtige Rolle für KlientInnen aus dem Suchtbereich spielt und eine Einbeziehung religiös-spirituelle Aspekte in das klinisch-soziale Betreuungskonzept dementsprechende positive Auswirkungen auf ihr Suchtverhalten und den weiteren biografischen Verlauf, hinsichtlich Stabilität, Rückfall etc. hat. Aufgrund fehlender Lehrinhalte in den jeweiligen Studiengängen und -fächern, in Bezug auf religiöse Spiritualität, entsteht die Frage, inwiefern Kompetenzen bei Fachpersonen vorhanden sind. Dadurch wird angenommen, dass es explizit eine religiös-spirituelle Qualifikation, besonders für Klinische SozialarbeiterInnen, benötigt, um psychosoziale Behandlung noch effektiver gestalten zu können.

Da die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten möchte, die Relevanz der religiösen Spiritualität der Klinischen Sozialen Arbeit näher zu bringen und diese vermehrt in die Betreuung und Beratung mit Drogenabhängigen zu integrieren, lautet die Forschungsfrage wie folgt:

„In welcher Weise wird die Effizienz sozialtherapeutischer Angebote für drogenabhängige KlientInnen durch eine religiös-spirituelle Komponente beeinflusst?

Welche Vorgehensweise kann förderlich wirksam sein?

Subfrage: Kann ein religiös-spirituelle Aspekt auch an der Entstehung einer Suchtentwicklung beteiligt sein?

Wird eine religiös-spirituelle Qualifikation für Fachpersonen im Drogenbereich benötigt, insbesondere für klinische SozialarbeiterInnen? Inwiefern wäre hierbei eine

3.1 Zugang zum Feld

Der Zugang zum Feld ergab sich im Rahmen der bereits vorhandenen Tätigkeit als Sozialarbeiterin in einer ambulanten Suchtberatung und durch den Kontakt mit einem Lehrenden der Fachhochschule Campus Wien. Des Weiteren bestand bereits eine Verbindung zu einer religiös-spirituellen Glaubensgemeinschaft, in welcher Personen mit einer Abhängigkeit gemeinsam miteinander leben können.

Die Forschungsfrage und das Forschungsinteresse entwickelten sich im Laufe des Studiums und durch Diskussionen mit KlientInnen und Fachpersonen. Das Hauptthema „religiöse Spiritualität“ begrenzt sich auf den Suchtbereich und explizit auf die Drogenabhängigkeit.

Da der Fokus auf die noch zu betreuenden KlientInnen und deren BetreuerInnen gerichtet ist, fungieren die Personen dieses Bereichs als Untersuchungspersonen. Dabei werden sowohl Männer als auch Frauen mit einer Drogenabhängigkeit herangezogen. Hierbei sind sowohl ein aktueller Drogenkonsum als auch eine Abstinenz möglich. Um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, werden biografische Werdegänge von KlientInnen mit und ohne religiös-spirituellen Hintergrund untersucht.

3.2 Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Der Schwerpunkt des Forschungsinteresses liegt auf den persönlichen Erfahrungen, Einstellungen und vor allem auf dem subjektiven Erleben und Empfinden der interviewten Personen. Aus diesem Grund kommen nach reichlicher Überlegung und Auseinandersetzung mit der Materie ausschließlich qualitative Methoden zum Einsatz. Diese stützen sich insbesondere auf die Verbalisierung der jeweiligen individuellen Realität und deren interpretative Auswertung (vgl. Bortz & Döring 2006: 296).

Der kommunikative Austausch der Erhebungen wurde mittels Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Für die Forschung konnten vier religiös-spirituelle KlientInnen und vier nicht-religiös-spirituelle KlientInnen gewonnen werden. Zusätzlich kamen ExpertInnen aus dem Suchtbereich hinzu, welche zu diesem Themengebiet Stellung bezogen haben. Bei den biografischen Interviews wird auf die wichtigsten Charakteristika des Themas, Themenabfolge, Unterschiede bei (gleichen) Themen, Zusammenhänge und die Ergebnisse im Kontext der Forschungsfrage geachtet (vgl. Lueger 2010: 262).

Die Interviewfragen beziehen sich auf den Begriff der „religiöse Spiritualität“, deren Assoziation und die Auswirkung auf das Suchtverhalten, die Integration dessen in den Lehrplan Klinischer SozialarbeiterInnen und auf die Frage der Vollständigkeit des bi-psycho-sozialen Modells.

Die erhobenen Daten wurden mit der Feinstruktur- und Themenanalyse nach Froschauer & Lueger ausgewertet, um die gewonnenen Ergebnisse zu präsentieren.

Alle Namen der interviewten Personen und der besuchten Institutionen werden aufgrund von Datenschutz, der leichten Identifizierung und der Achtung der Privatsphäre anonymisiert. Aufgrund dessen ist eine nähere Beschreibung der Einrichtungen nicht möglich.

3.2.1 Leitfadengestütztes ExpertInneninterview

Als ExpertInnen werden Personen herangezogen, die Teil ihres Handlungsfeldes sind, den Forschungsgegenstand ausmachen und über feldspezifische Informationen und Prozesse verfügen. Je nach Forschungsinteresse und Fragestellung werden bestimmte ExpertInnen für die Interviews ausgewählt (vgl. Bogner et al., zit. n. Meuser & Nagel 2005: 73, Gläser & Laudel 2010: 11). Somit liegt bei dieser Methode der Fokus nicht auf der/m Interviewten, sondern auf der Expertise eines bestimmten Bereiches, der durch gezielte Fragen erforscht wird (vgl. Flick: 2006b, 2007a, zit. n. Flick 2009: 115).

Bei dieser Untersuchung werden soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert, um zu sozialwissenschaftlichen Erklärungen zu gelangen, welche der/m ForscherIn durch das Wissen der in speziellen Situationen involvierten Menschen zugänglich gemacht wird (vgl. Gläser & Laudel 2010: 13).

Bei dieser Forschung stellen die betreuenden Personen der KlientInnen die ExpertInnen dar. Sowohl die Sozialarbeiterin, die Psychotherapeutin als auch der Arzt sind langjährig im Suchtbereich tätig und wurden daher als passende InterviewpartnerInnen empfunden. Sie sind alle in derselben Institution, welche keiner Denomination angehört, tätig. Ebenso wurde ein Lehrender des FH Campus Wien herangezogen, welcher zu den Themen der Ausbildung, deren Lehrinhalten und der Qualifikation und Kompetenz der Klinischen SozialarbeiterInnen befragt wurde.

3.2.2 Biografisches Interview nach Schütze Fritz

„Das autobiografische narrative Interview erzeugt Datentexte, welche die Ereignisverstrickungen und die lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung des Biografieträgers so lückenlos reproduzieren, wie das im Rahmen systematischer sozialwissenschaftlicher Forschung überhaupt möglich ist [...]. Das Ergebnis ist ein Erzähltext, der den sozialen Prozess der Entwicklung und Wandlung einer biografischen Identität [...] darstellt und expliziert“ (Schütze 1983: 285f.).

Das biografische Interview eignet sich besonders für die Erfassung und Analyse von Lebenswelten und deren Sinndeutung. Vor allem in Zusammenhang mit biografischen

Prozessen, im Rahmen einer Lebensverlaufsforschung sowie bei der subjektiven Wirklichkeitsdeutung der/s Erzählenden wird diese Methode angewendet.

Laut Theodor Schulze (1985) sind Lebensgeschichten, welche durch den Zugang des narrativen Interviews erschlossen werden, fortgesetzte *Lerngeschichten*, in denen es sich um Identitäts- und Sinnkonstruktion handelt. Durch die Rekonstruktion lebensgeschichtlicher Erfahrungen und Ereignisse lassen sich Prozesse der Identitätsbildung und -veränderung herausarbeiten. Im Rahmen einer Stegreiferzählung bekommen die interviewten Personen die Möglichkeit, die für sie wesentlichsten Erfahrungen ihres Lebens, die sie in besonderen Krisen- und Konfliktsituationen gesammelt haben, zu erzählen. An dieser Stelle erfährt die/der ForscherIn unter anderem bisherige Coping- und Lösungsstrategien der/s Befragten. Zu beachten ist, dass die/der Interviewte einerseits über sich als Person und andererseits über sich als soziales Wesen in der Welt und über die Welt berichtet (vgl. Baacke & Schulze 1979: 32).

3.2.3 Feinstrukturanalyse nach Froschauer & Lueger

Die Feinstrukturanalyse dient als Einstieg in das Forschungsfeld, da sie in Orientierungsphasen oder frühen Analysezyklen besonders aufschlussreich ist (vgl. Lueger 2010: 189). Bei dieser Form kommt es zu einer intensiven Analyse wichtiger und/oder heikler Textstellen, wodurch innovative Schlüsse ermöglicht werden und sie sich optimal mit der Themen- oder Systemanalyse kombinieren lässt. Sie teilt und analysiert latente Sinnstrukturen von kleineren Textpassagen und fördert durch ihre präzise Vorgehensweise die Sensibilität in größeren Interpretationsverfahren, wie beispielsweise der Themenanalyse (vgl. Froschauer & Lueger 2003: 112, Lueger 2010: 186f, 188). Hierbei sind fünf Interpretationsschritte einzuhalten: vordergründige Informationen filtern, Funktionen und Intentionen der Äußerungen der befragten Personen erörtern, latente Momente und objektive Konsequenzen für Handlungs- und Denkweisen herausarbeiten, Rollenverteilungen beschreiben und Optionen für die nächste Sinneinheit erfassen (vgl. Froschauer & Lueger 2003: 224f, Lueger 2010: 260). Die gesamte Analyse hindurch stellt sich die Frage, „[...] warum ein Text genau in dieser Gestaltung produziert wurde und welche Bedingungen dafür angeführt werden können, dass diese Gestaltungscharakteristik als sinnvoll erachtet werden kann“ (Lueger 2010: 188).

3.2.4 Themenanalyse nach Froschauer & Lueger

Die Themenanalyse dient der Zusammenfassung und Verdichtung mehrerer Texte (vgl. Froschauer & Lueger 2003: 226f, Lueger 2010: 186, 262). Sie treibt eine genauere Erkundung von spezifischen Aspekten voran, analysiert manifeste Inhalte und rückt diese in den Vordergrund (vgl. Lueger 2010: 186f.). „Da Themenanalysen die Interpretationsleistung

zugunsten des manifesten Inhalts deutlich reduzieren, bleibt die Gefahr einer Einfärbung der Ergebnisse mit der persönlichen Meinung der InterpretInnen gering.“ (ebd.: 207) Sie untersucht weder den Entstehungshintergrund eines Textes noch beantwortet sie die Frage, welchen Einfluss der Gesprächskontext hatte und wie dessen Wissen zustande kam. Daher eignet sie sich besonders für die systematische Bearbeitung von größeren Textmengen (vgl. ebd.: 186f.). Zuerst erfolgt eine Textreduktion, bei welcher die wichtigsten Charakteristika herausgearbeitet werden. Anschließend kommt es zur Bildung von Themenkategorien, mittels Codiervorgängen, welche es hinsichtlich der Subkategorien zu analysieren gilt. Sodann erfolgen eine Verknüpfung dieser beiden Methoden und eine Interpretation des hierarchischen Kategoriensystems. Anhand der Analysenvergleiche verschiedener Texte kommt es schlussendlich zur Theoriebildung (vgl. Froschauer & Lueger 2003: 226f, Lueger 2010: 262).

Folgende Analyseschritte sind hier nochmals in Form von Fragen zusammengefasst (Lueger 2010: 208–212):

- Was ist eine zusammengehörige Textstelle zu einem Thema?
- Was sind zusammengefasst die wichtigsten Charakteristika eines Themas?
- In welchen Zusammenhängen findet sich ein bestimmtes Thema?
- Inwiefern finden sich innerhalb oder zwischen den Gesprächen Unterschiede in den Themen bzw. im Umgang mit Themen?
- Wie lassen sich die Ergebnisse der Analyse in den Kontext der Forschungsfrage integrieren?

Die Themenanalyse „[...] vollzieht sich also in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten, die jeweils die Komplexität der Zusammenfassung erhöhen“ (ebd.: 212). Einerseits wird die thematische Struktur reduktiv verdichtet, andererseits erfolgt die Erkundung der narrativen Logik der Aussagen, welche anschließend anhand der Themen zusammengefasst werden (vgl. ebd.: 212).

4. Ergebnisdarstellung

Im folgenden Teil der Arbeit werden die explorierten Ergebnisse der Studie, welche aus den ExpertInneninterviews und biografischen Interviews zustande gekommen sind, erläutert. Die gewonnenen Kategorien werden dargestellt, interpretiert und anhand von Zitatausschnitten untermauert.

4.1 Ergebnisdarstellung der ExpertInneninterviews

4.1.1 Werthaltungen und -vorstellungen der ExpertInnen

Arzt

Der Vertreter der Medizin gibt an, eine neutrale Haltung gegenüber religiöser Spiritualität zu haben. Er sieht in ihr die Suche nach dem Sinn als übergeordnet und ständig präsent. Zudem korreliert nach seiner Meinung der Sinn mit der Angstfreiheit vor Krankheit, Tod, Schicksalsschlägen etc. Diese Freiheit ist nur dann möglich, wenn die betroffenen Menschen in etwas Größerem, wie einer religiösen Spiritualität aufgehen (vgl. I1: Z4–10).

In Bezug auf Substanzsüchte sieht er die Verbindung darin gegeben, dass Abhängigkeitserkrankungen einen langsamen Suizid darstellen und daher zwangsläufig mit dem Tod zu tun haben. Eine Wirkung, welche Substanzen grundsätzlich zugeschrieben wird, ist das *Sich nicht mehr spüren müssen*. Der Interviewte nennt es *Selbstausslöschung*, was wiederum unweigerlich mit Tod und damit mit religiöser Spiritualität in Zusammenhang steht (vgl. ebd.: Z10–18).

Suchtkranke Menschen haben die Möglichkeit, einen Teil der Selbstverantwortung abzugeben, da es in dieser nicht nur um das einzelne Individuum, sondern um die Gemeinschaft geht. Das bedeutet, dass das Fehlverhalten eines Menschen durch die Gemeinschaft abgepuffert wird, eher eine Entschuldigung erfährt und dessen Fehlschläge dadurch weniger Intensität annehmen. Im Christentum beispielsweise kann einem Menschen nichts passieren, solange dieser an Gott glaubt und zur Beichte geht. An dieser Stelle findet eine enorme und unter den ChristInnen etablierte Entlastung statt. Diese wird bekräftigt, indem Jesus seine Liebe zusagt, auch wenn sich alle anderen von der betreffenden Person abwenden. Demnach stellt es eine Ressource dar, die Versagen eine entlastende Wirkung zuschreibt und dabei den persönlichen Selbstwert erhält (vgl. ebd.: Z18–29).

Das sieht er allerdings nicht nur auf Religionen beschränkt, sondern dies ist seiner Meinung nach die Funktion von Sinn, welcher wiederum übergeordnet für religiöse Spiritualität steht.

„Also solange ich Teil von etwas Größerem bin, geb ich ein Stück weit Eigenverantwortung ab und je mehr Regeln dieses Größere für den Alltag hat, desto leichter ist es nicht zu versagen, weil ich mich an die Regeln halten kann“ (ebd.: Z31–33).

Das bedeutet, dass der Aspekt in etwas Größerem eingebunden zu sein, es erlaubt, ein Stück Selbstverantwortung abzugeben und dadurch Entlastung zu erfahren. Durch zusätzliche Unterstützungen wie Regeln, Rahmenbedingungen oder dergleichen, werden dekonstruktive Verhaltensweisen per se präventiv verhindert. Kommt es dennoch dazu, besteht die Möglichkeit einer Wiedergutmachung, welche den Selbstwert erhält und die Angst beseitigt (vgl. ebd.: Z31–33).

Der interviewte Arzt sieht darin einen wirkungsvollen Mechanismus, da vor allem die Entlastung und die Abgabe von Selbstverantwortung eine wichtige Rolle im Coping einnehmen und eine Ressource darstellen: „Das ist ein wichtiger Mechanismus. Das ist ja, hat, ist ja nicht auf Religion beschränkt, das ist glaub ich letztlich Sinn [...]“ (ebd.: Z29–31).

Bei den interviewten Personen mit einer Drogenabhängigkeit ist ersichtlich, dass die Angst vor dem Tod und die Unwissenheit, was danach passiert, durchaus präsent sind. Damit ist die Frage nach dem Sinn und die benötigte Angstfreiheit unumgänglich und notwendig für diese KlientInnengruppe (s. 4.2.7). Im Hinblick auf die Bearbeitung und Überwindung einer substanzgebundenen Sucht kann angenommen werden, dass sich die Sinnstiftung, Angstfreiheit und Entlastung sowohl auf das psychische als auch auf das physische Wohlbefinden und die Gesundheit positiv auswirken. Da religiöse Spiritualität in Wechselwirkung mit der biologischen, sozialen und psychologischen Dimension steht, braucht es die Thematisierung dieser vierten Dimension und die Integration in ein Behandlung- und Betreuungssetting.

Psychotherapeutin

Für die Psychotherapeutin stellt religiöse Spiritualität einen hohen Kraft- und Motivationsfaktor dar. Auch sie verbindet es, wie der Arzt, mit Sinn (vgl. I2: Z4–8, 10–12). Sie bringt es gleich in Verbindung mit den Anonymen Alkoholikern, welche mit dem 12-Schritte-Programm religiös-spirituell orientiert sind: „Ich könnte mir vorstellen, dass es ein großer Motivationsfaktor ist, ein großer .. Krafftaktor. Also es, mich erinnert ein bissl an die AAs [...]“ (ebd.: Z4–5).

Anschließend geht sie auf die Wirkung für die KlientInnen ein und beschreibt den Nutzen, der daraus gewonnen werden kann, aber auch Probleme, die dadurch entstehen können. Was für die einen Sinnggebung, Hilfestellung und Unterstützung bedeutet, stellt für andere eine Abschreckung dar (vgl. ebd.: Z7–12).

Die interviewte Psychotherapeutin schreibt religiöser Spiritualität zwar Kraft und Sinn zu, ist jedoch nicht in der Lage, dies näher zu erläutern und ihre eigene Wertvorstellung zu konkretisieren.

Aufgrund der Kürze ihrer Antwort scheint es, als ob sie darüber weder in der Ausbildung noch für sich persönlich ausreichend reflektiert hat, um eine ausführlichere Antwort geben zu können. Da sich diese lediglich nach den Anonymen AlkoholikerInnen und deren Haltung richtet, wird ersichtlich, dass bis dato in der alltäglichen Praxis keine Auseinandersetzung mit drogenabhängigen Personen stattgefunden hat. Dennoch sieht sie in religiöser Spiritualität Sinn- und Kraftressourcen, von welchen KlientInnen profitieren können. Diese Zuschreibung zeigt, dass die interviewte Psychotherapeutin eine offene und positive Werthaltung gegenüber dieser Thematik einnimmt und für sie deren Nutzen sichtbar ist.

Lehrender

Der interviewte Lehrende beschreibt in erster Linie den religiös-spirituellen Nutzen für KlientInnen und die Häufigkeit der Thematisierung. Somit stehen die Bedeutung und der Vorteil für die KlientInnen im Vordergrund und die persönliche Wertvorstellung des Lehrenden wird hinten angestellt: „[...] wenn ich mit Patientinnen und Patienten äh längerfristig und kontinuierlich gearbeitet hatte, war es, würde ich sagen, beim überwiegenden Teil dieser Menschen war es [...], auch einfach immer wieder Thema“ (I3: Z7–10). Bei Betreuungen, welche eine Beziehungsbasis aufwiesen, wurde das Thema aufgegriffen und häufig behandelt (vgl. ebd.: Z7–10). Somit zeigt sich, dass es eine aufrechte Beziehungs- und Vertrauensbasis benötigt, um diese Dimension gemeinsam miteinbeziehen zu können.

In weiterer Folge beschreibt der Lehrende bereits Vorteile und Auswirkungen religiöser Spiritualität. Seiner Meinung nach ist sie sowohl stabilisierend als auch hilfreich im Recovery- und Genese-Prozess. Allerdings ist er der Ansicht, dass es einen gewissen Grad an Reflexionsfähigkeit braucht, um dies für sich als KlientIn auch nutzen zu können (vgl. ebd.: Z11–15).

Für ihn ist eine übergeordnete Dimensionen von Bedeutung: die Sinnsuche und der damit verbundene Trost. KlientInnen, die bereits einen Zugang zu religiöser Spiritualität haben, profitieren vor allem vom Trost, der ihnen dadurch gespendet wird (vgl. ebd.: Z14–20).

Nachdem er die Vorstellungen und den Nutzen von religiöser Spiritualität für KlientInnen abgeschlossen hat, ergänzt er seine persönliche Sicht, welche keine Wertung enthält und in der es lediglich um die Begrifflichkeiten geht:

„[...] ich verwend dann Spiritualität dann eher sozusagen religiös gerichtet. Religiosität dann als gerichtete Spiritualität. Also das wäre jetzt meine spontan erfundene Begrifflichkeit [lacht]“ (ebd.: Z20–22).

Es zeigt sich, dass die interviewte Person den Sinn als übergeordnet sieht und somit religiöse Spiritualität damit einhergeht. Für ihn ist religiöse Spiritualität somit Teil der Gesprächsinhalte und Betreuungen. Er schreibt ihr nicht nur Sinnstiftung und Trost sondern auch eine erhöhte Reflexionsfähigkeit zu, da ohne diese eine religiöse Spiritualität nicht stattfinden kann. Mit ausreichend Auseinandersetzung und Reflexion hat er eine offene und positive Einstellung gegenüber religiöser Spiritualität. Dies geht soweit, dass er ihr eine stabilisierende und trostspendende Wirkung zuschreibt, welche sich auf den Recovery- und Genese-Prozess auswirkt. Die befragte Person hat in religiöser Spiritualität Ressourcen entdeckt und für gut befunden, um KlientInnen in ihrem Gesundungsverlauf zu unterstützen.

Sozialarbeiterin

Die interviewte Sozialarbeiterin geht auf die Frage nach der eigenen Wertvorstellung nicht ein. Sie beschreibt zwar ihre geringe Erfahrung mit Personen welche religiös-spirituell sind, jedoch nicht ihr eigenes Verständnis bezüglich dieses Themenbereiches:

„[8 Sec. Pause] Damit hab ich bisher noch recht wenig Erfahrung gemacht. Mir fallen jetzt auch nur ganz wenige Klienten ein, von denen ich weiß, dass sie sich als gläubig einstufen oder wo zumindest Spiritualität amal Thema gwesn is“ (I4: Z4–8).

Anschließend erwähnt sie die Bedeutung für jene drogenabhängigen Personen, welche sich explizit als religiös-spirituell ausweisen. Bei ihnen hat sie den Eindruck, dass es für sie von hohem Stellenwert ist und halt- und sinngebende Funktionen einnimmt: „Mein Eindruck ist, dass für die der Glaube schon wichtig is, ja doch. Auch irgendwie was, was Tröstendes hat oder was, was Halt gebendes, dass sie das als durchaus einen sinnstiftenden Bereich empfinden“ (ebd.: Z8–10).

Da die interviewte Sozialarbeiterin geringe Erfahrungen mit religiöser Spiritualität aufweist, wurde nach der Häufigkeit von Sinnthemen gefragt. Hierzu äußerte sie sich folgendermaßen: „Dann hab ich wiederum sehr oft damit zu tun [lächelt]. Dann hab ich eigentlich fast ständig damit zu tun. Ja“ (ebd.: Z12–13).

In weiterer Folge erklärt die befragte Person, dass religiöse Spiritualität eine Ausprägungsform von Werten darstellt und sie diese prinzipiell anspricht (vgl. ebd.: Z17–19).

Die lange Pause bei ihrer Antwort lässt vermuten, dass sie ganz genau überlegt, inwiefern diese Thematik in ihren Betreuungen aufkommt. Dies erweckt den Eindruck, dass sie der festen Überzeugung ist, religiöse Spiritualität habe in der Arbeit mit KlientInnen keine oder wenig Relevanz.

Die Sozialarbeiterin geht offensichtlich davon aus, dass sich nicht viele KlientInnen als religiös-spirituell einstufen, da sie dies nicht von sich selbst aus thematisieren. Wird jedoch bedacht, dass unter anderem aufgrund der Privatisierung dieses Bereiches eine immer größere Tabuisierung eingetreten ist, verwundert es nicht, dass KlientInnen in Betreuungen kaum darüber sprechen.

Des Weiteren geht sie bei ihrer Beurteilung über den Stellenwert der religiösen Spiritualität lediglich von der offensichtlichen Selbstbeschreibung der KlientInnen aus.

In diesem Interview wird ersichtlich, dass sie vor allem bei den Begrifflichkeiten differenziert. Geht es explizit um Sinngebung bzw. -findung hat sie viel mit dem Thema zu tun. Im Gegensatz zu ihren KollegInnen sieht sie religiöse Spiritualität jedoch nicht als Inhalt oder Teil des Sinnthemas, sondern als Ausprägungsform von Werten. Da sie ihre KlientInnen fragt, was für sie wichtig ist und nicht explizit auf religiöse Spiritualität eingeht, legt sie es in deren Hände, dieses Themengebiet anzusprechen. Jedoch ist auffallend, dass sich die Sozialarbeiterin indirekt widerspricht, wenn für sie religiöse Spiritualität eine Ausprägungsform von Werten darstellt und sie diese auch anspricht. Demnach müsste angenommen werden, dass religiöse Spiritualität in Form von Werten häufig Thema ist, dies seitens der Sozialarbeiterin jedoch nicht erkannt wird.

4.1.2 Religiöse Spiritualität in der Klinischen Sozialen Arbeit

Arzt

Religiöse Spiritualität hängt aus Sicht des befragten Arztes unausweichlich mit Tod zusammen. Der Sinn einer religiösen Spiritualität sind ewige Lebensversprechungen, welche auch in der Medizin vorhanden sind (vgl. I1: Z39–40).

Diese verspricht im weitesten Sinne ein ewiges Leben, Heilung und damit Gesundheit. Dennoch hat die Medizin nicht die Möglichkeit, allem im Leben wie beispielsweise einer Krankheit einen Sinn zu geben und ist auch nicht in der Lage, jede zu heilen. Somit ist sie nicht in dem Maße angstlösend und sinnstiftend, wie es religiöse Spiritualität vermag. Auch die Nichteinhaltung der Heilsversprechungen der Medizin gibt den Menschen keine Sicherheit. Daher bleiben Ängste vor Alter, Tod und Krankheit bestehen. Durch diese Gegebenheit ist der Mensch aufgefordert, sich zusätzlich etwas Anderem zuzuwenden (vgl. ebd.: Z41–46).

Die Verbindung zwischen Medizin und religiöser Spiritualität ergibt sich für ihn dadurch, dass beide ein Mittel gegen Angst (vor Tod, Krankheit) darstellen. Somit ist es für ihn selbstverständlich, dass religiöse Spiritualität ein relevantes Thema in der Medizin ist. Existenz- und Sinnfrage bewirken eine Zusammenarbeit dieser zwei Bereiche. Auch gilt es, immer wieder Entscheidungen zu treffen, welche eine ethische Abwägung benötigen. Aus

diesem Grund ist die befragte Person der Ansicht, dass diese zwei Gebiete nicht voneinander getrennt werden können (vgl. ebd.: Z61–66).

Dennoch gibt es eine Verdrängung dieses Themenbereiches in der Medizin. Der Interviewte ist der Ansicht, dass das Teil der medizinischen Kultur sei, welche versucht, den Tod abzuschieben, um sich damit nicht auseinandersetzen zu müssen. Da diese Berufsgruppe am meisten mit dem Thema Tod in Berührung kommt, ist die Verdrängung dahingehend groß. Diese basiert nach seiner Meinung auf der eigenen Angst vor dem Tod (vgl. ebd.: Z69–86).

Des Weiteren geht er auf die fehlende Thematisierung in der Klinischen Sozialen Arbeit ein. Diese sieht er als Selbstbetrug der Berufsgruppe. Die befragte Person meint, dass SozialarbeiterInnen sich als wertneutral betrachten, was jedoch nicht möglich ist. Jeder Mensch hat eine bestimmte Wertvorstellung, diese aber ist in der Berufsgruppe recht homogen:

„[...] na ich glaub das Ausklammern ist ein Selbstbetrug der Sozialarbeiter [lacht]. Weil, weil sie tun so als wären sie wertneutral ja und das stimmt ja nicht meiner Erfahrung nach [grinst]. Also Sozialarbeiter wird ma ja nicht weil ma wertneutral durchs Leben geht, sondern weil man [...] sehr bestimmten Wertvorstellungen anhängt, die ja recht homogen sind auch innerhalb der Sozialarbeit [...]. Und wo auch Ausreißer teilweise auch sehr skeptisch ah betrachtet werden [...]“ (ebd.: 87–93).

Hier wird ersichtlich, dass in dem Berufsfeld der Klinischen Sozialen Arbeit bereits eine Ideologie transportiert wird, sie aber dennoch behauptet, wertneutral zu sein. Der befragte Arzt ist der festen Überzeugung, dass dies jedoch nicht stimmen kann: „Und das nicht zu besprechen, das Thema ist sehr individuell und hängt sehr stark vom Reflexionsgrad ab, den ich hab“ (ebd.: Z104–105). Um zu wissen, was eine Person glaubt, muss diese darüber reflektieren. Dann kann entschieden werden, ob andersdenkende Menschen ausgehalten werden können oder nicht (vgl. ebd.: Z123–125).

Seiner Ansicht nach ist religiöse Spiritualität etwas, was als *lächerlich* oder *unangenehm* empfunden wird. Aus diesem Grund wird von Klinischen SozialarbeiterInnen diesbezüglich kaum nachgefragt. Somit liegt es für ihn klar auf der Hand, dass dadurch vorweg eine Hemmung geschaffen und zu diesem Thema nicht gefragt sondern geschwiegen wird:

„Und es wird ja auch nie direkt gefragt: sind Sie gläubig zum Beispiel, weil [...] viele Leute finden das oft ja fast lächerlich ein Stück oder, oder es ist ihnen unangenehm

weil sie´s ein Stück absurd finden oder lächerlich und ich glaub das is dann eine Hemmung, das auch dann zu fragen“ (ebd.: Z125–129).

Des Weiteren untermauert er seine Ansicht, indem er das „Fünf-Säulen-Modell“ nach Hilarion Petzold hinzuzieht. In diesem besteht eine Säule aus der Sinnggebung bzw. Religion. Fehlt eine Säule oder ist diese unzureichend ausgeprägt, ist eine vollständige Stabilität nicht gegeben und es kann zu einer Krise kommen. Da er Ressourcen in der religiösen Spiritualität sieht, ist es ihm wichtig zu wissen, an was seine PatientInnen glauben. Besonders im Falle von Tod und Krankheit hält er es für relevant, nachzufragen und darüber zu sprechen. Für ihn ist beides mit dem Drogenkonsum gekoppelt, daher ist es bei seinem abhängigen Klientel täglich Thema (vgl. ebd.: Z134–137).

Es wird ersichtlich, dass die eigenen Grenzen den professionellen HelferInnen klar und bewusst sein müssen. Damit dies reflektiert und erkannt werden kann, braucht es das Eingeständnis, dass Wertneutralität per se auch bei Klinischen SozialarbeiterInnen, nicht möglich ist. Für die Betreuung bedeutet das, dass diese nur funktionieren und Früchte tragen kann, wenn ExpertInnen ihre Grenzen kennen und wissen, was sie aushalten.

Psychotherapeutin

Laut der befragten Psychotherapeutin ist religiöse Spiritualität oftmals Thema, daher wird ihr auch viel Relevanz zugeschrieben: „Also das is was, was ganz viel vorkommt in den Stunden und das is was, was ich auch sehr wichtig finde“ (I2: Z22–23).

Ebenso wie der interviewte Arzt vertritt sie den Ansatz, dass Ängste, Tod und Krankheit mit der Sinnfrage in Verbindung stehen und sie religiöse Spiritualität nutzt, um etwaige Ressourcen und Copingstrategien daraus abzuleiten. Unabhängig davon, ob KlientInnen das Thema einbringen oder es an ihr liegt, das Angebot darüber zu sprechen wird stets angenommen: „Und das Thema find ich wird angenommen“ (ebd.: Z28–29).

Lediglich rational-denkende oder eher wissenschaftlich orientierte Personen können damit eher weniger anfangen (vgl. ebd.: Z32–35).

Lehrender

Der Interviewte beschreibt den Werdegang religiöser Spiritualität in Verbindung mit der Sozialen Arbeit. Diese war von Ablehnung und Tabuisierung geprägt. Er stellt es sogar noch drastischer dar, indem er der Ansicht ist, dass in den 1970er-Jahren religiös-spirituelle Thematiken untergraben wurden. Die ideologische Haltung der SozialarbeiterInnen verbot, diese Materie zu erlauben, geschweige denn in Betreuungen zu integrieren. Eben jene

Vorgeschichte hat die Soziale Arbeit geprägt und ist auch heute noch spürbar und präsent (vgl. I3: Z28–33).

Ab dem Jahr 2000, in welchem der Esoterik zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt wurde, konnte auch die religiöse Spiritualität im sozialen Bereich wieder mehr Fuß fassen. Themenbezogene Publikationen vermehrten sich und es begann eine Wiederbeschäftigung damit. Dennoch sind die vergangenen Wurzeln vorhanden, welche nicht einfach abgeschnitten werden können und von daher auch heute noch ihren Einfluss ausüben (vgl. I3: Z42–47).

Bezüglich der Nichtthematisierung nimmt er keine Verallgemeinerung vor, sondern geht nur von seiner Person und Praxis aus. In dieser thematisiert er religiöse Spiritualität dann, wenn ein Gespräch sich in diese Richtung entwickelt oder er es als sinnvoll empfindet. Das zeigt, dass es einen Bedarf gibt und die Thematik von KlientInnen nicht ausgeklammert wird. Allerdings kann angenommen werden, dass es seitens der professionellen HelferInnen Offenheit und Bereitschaft erfordert, um überhaupt erfassen zu können, ob sich etwas in diese Richtung entwickelt. Erst wenn diese dahingehend geschult sind kann darauf eingegangen werden.

Sozialarbeiterin

„Wenn´s auftaucht dann wird´s von Klienten gebracht, ich selber frag nicht danach. [...] Was sicherlich was damit zu tun hat, dass es für mich persönlich nicht so viel Relevanz hat. Also es is für mich jetzt einfach kein Thema, das für mich jetzt präsent is und daher frag ich auch nicht danach“ (I4: Z28–29, 32–34).

Hier wird erneut das Dilemma der Privatisierung und Tabuisierung dieses Bereiches sichtbar. Wie bereits Murken (2003: 1f.) und Rauchfleisch (2004: 12) feststellten, sind Klinische SozialarbeiterInnen weniger religiös-spirituell als deren Klientel. Ebenso vertreten die professionellen HelferInnen die Annahme, dass dies auch für ihre KlientInnen gelte und es deshalb nicht von Relevanz sei. Dies bewirkt wiederum eine Zurückhaltung seitens der KlientInnen, das Thema von selbst anzusprechen. Anhand der Aussage der befragten Sozialarbeiterin wird ersichtlich, dass eine Reflexion der eigenen Haltung und des Zurücknehmens dessen in den Beratungen und Betreuungen mit KlientInnen vonnöten ist, um ihnen dadurch das Thema nicht nur zu erlauben, sondern auch zu erleichtern, darüber zu sprechen.

4.1.3 Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells

Lehrender

Der Befragte steht einer Erweiterung neutral gegenüber. Er hat für sich persönlich einen Weg gefunden, religiöse Spiritualität in die Arbeit mit KlientInnen zu integrieren. Die Umsetzung erfolgt für ihn sowohl auf der psychologischen als auch der sozialen Ebene. Für ihn ist dies auf der psychologischen Ebene im Sinn folgender Frage enthalten: *Was gibt mir Halt?* Auf der sozialen Ebene geht es beispielsweise um Kontakte, die sich durch religiös-spirituelle Ausübungen ergeben beispielsweise in die Kirche gehen, in der Pfarre tätig sein, Meditationsgruppen besuchen etc. Somit ist er gegenüber einer Erweiterung zwar offen, dennoch ist es für ihn ausreichend, dies als Unterkategorie zu betrachten (vgl. I3: Z83–130). Allerdings wird die Relevanz einer stärkeren Berücksichtigung dessen betont: „[...] ma kann nur denken was ma spricht so quasi, so dass ma so sagt: ok, also dann müss mas einfach explizit nehmen“ (ebd.: Z130–131).

Seine neutrale Einstellung bezgl. religiöser Spiritualität und einer Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells zeugt von Offenheit. Aufgrund seiner bereits bestehenden Sensibilität für diesen Themenbereich und der erfolgten Integration in der Praxis sieht er für sich persönlich auch keine Notwendigkeit, das Modell zu erweitern.

Da religiöse Spiritualität jedoch in jedem Gebiet enthalten sein kann, stellt sich die Frage, ob sie nicht grundsätzlich in das bereits vorhandene Modell integriert werden kann. Des Weiteren würde die Einordnung in eine Unterkategorie bedeuten, dass sie nur ein Teil von etwas ist und nicht selbstständig betrachtet werden kann. Somit würde ihr nicht so viel Relevanz wie den anderen drei Ebenen zugeschrieben.

Da in der Klinischen Sozialen Arbeit religiöse Spiritualität nicht oder kaum beachtet wird und ihr dementsprechend wenig Nutzen zugeschrieben wird, kommt es auch nicht zu einer Integration in Betreuungen und Gesprächen. Eine stärkere Berücksichtigung dessen wäre damit ein Schritt in Richtung Bewusstmachung des Nutzens und des Bedarfs dieser Dimension sowie der eigenen persönlichen Auseinandersetzung und Reflexion, wie sie bereits bei dem interviewten Lehrenden stattgefunden hat.

Sozialarbeiterin

Die erste Reaktion der befragten Sozialarbeiterin war, dass es ihr befremdlich ist, eine Erweiterung vorzunehmen. Da sie religiöser Spiritualität nicht so viel Stellenwert zuschreibt, wäre dies ihrer Meinung nach eine Übertreibung: „[6 Sec. Pause] mir persönlich ... würde das übertrieben vorkommen, weil ich einfach der Religion nicht so viel Stellenwert zuschreibe“ (I4: Z52–53). Allenfalls wäre es ein Unterpunkt der psychischen oder sozialen Ebene. Sie äußert sich mitunter aus folgendem Grund dagegen, da sie denkt, dass es für KlientInnen nicht so sehr von Relevanz ist. Sie wäre dann offen dafür und fände dies

sinnvoll, wenn es eher in Richtung Sinn(-stiftung), Werte, Überzeugungen und persönliche Identität geht. Auch ist sie der Ansicht, dass es bereits Modelle wie das Fünf-Säulen-Modell nach Hilarion Petzold gibt, welche religiöse Spiritualität integrieren, wodurch eine Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells nicht vonnöten wäre (vgl. ebd.: Z53–75).

Es fällt auf, dass die interviewte Person eine gewisse Unschärfe in der Verwendung der Begrifflichkeiten aufweist. Erkennbar wird dies, indem sie gegen religiöse Spiritualität spricht, aber für sinnstiftende Themen ist. Hierbei wird gänzlich ausgeklammert, dass religiös-spirituelle Fragen auch Sinnfragen darstellen. Es kann angenommen werden, dass das Thema aufgrund der persönlichen Einstellung der Sozialarbeiterin in der Arbeit mit KlientInnen nicht aufkommt, wenn überhaupt, dann bezeichnet sie es als Sinnthemen, welche sie von religiöser Spiritualität trennt.

4.1.4 Thematisierung religiöser Spiritualität in der Arbeit mit KlientInnen

Arzt

Der interviewte Arzt versucht die Frage nach der Thematisierung allgemein zu beantworten und sieht das vor allem in Form von Sinnsuche als häufiges Thema der suchtabhängigen KlientInnen. Da diese meist keine Antworten auf die Fragen des Lebens haben und dementsprechend keinen Sinn zuordnen können, sind sie in ihrem persönlichen Versagen gefangen. Aus diesem Grund ist Suizidalität ein Bereich, der immer wieder aufkommt und präsent ist. Er hat das Gefühl, dass besonders drogenabhängigen KlientInnen der Sinn fehlt. Dadurch werden ihre Ressourcen, Copingstrategien und Handlungsfähigkeiten eingeschränkt (vgl. I1: Z143–149). „Und ich glaub einen starken Glauben oder eine starke Sinnüberzeugung ist ein guter Schutz gegen Suizid. Aber das, unsern Leuten, unsern Klienten fehlt sehr stark der Sinn“ (ebd.: Z149–151). Bereits in einer Studie von Unterrainer et al. (2013) wurde aufgezeigt, dass besonders Suchtkranke ein geringes Ausmaß an Erfahrungen von Bedeutung und Sinn haben.

Für den befragten Arzt ist die Frage nach dem Sinn im Leben wichtig. Aus diesem Grund ist er der Überzeugung, dass dies auch Thema in der Betreuung sein sollte:

„Weil jede Frage warum bringen Sie sich nicht um, denken Sie über Selbstmord nach und die Frage ist ja: warum tun Sies nicht – ist ja eine Frage nach Sinn. Also was gibt's für einen Restsinn für mein Leben, warum sterbens ned, warum machens das nicht? Und für mich ist das übergeordnet die Frage nach dem Sinn im Leben. Und das sollte man wirklich nutzen in den Gesprächen mit den Klienten“ (I1: Z155–160).

Bei diesem Interview wird deutlich sichtbar, dass suchtabhängige KlientInnen aufgrund ihrer Defizite im Kohärenzgefühl Unterstützung benötigen, um dieses wieder aufbauen zu können. Religiöse Spiritualität würde sich dafür eignen, da sie Einfluss auf alle Ebenen des Kohärenzgefühls hat. Seiner Ansicht nach ist religiöse Spiritualität ein guter Schutz gegen Suizid, weswegen ihr eine noch wichtigere Funktion zukommt: die einer Überlebensstrategie.

Psychotherapeutin

Die befragte Person führt ein konkretes Beispiel an, bei welchem sie im selben Atemzug betont, dass es in ihren Sitzungen ganz oft Thema ist. Bezgl. des Beispiels hat sie eine Klientin mit einer Suchterkrankung und Brustkrebs gefragt, was ihr die Krankheit sagen und welche Bedeutung sie ihr zuschreiben soll. Diese Auseinandersetzung bewirkte ein Hinterfragen der eigenen Angst und die Feststellung, was ihr Kraft und Halt gibt. Die Klientin empfand es als hilfreich und fand dadurch eine Strategie, mit ihrer Krankheit umzugehen, was vorher nicht möglich gewesen war (vgl. I2: Z43–49). Dies war möglich, da die Psychotherapeutin diesem Themenbereich offen gegenüberstand:

„Also eben indem ich Themen angesprochen habe von alleine die ... die sie vielleicht im ersten Blick auch nicht so, die da sind aber die man vielleicht nicht so anspricht weils ja irgendwie auch nicht so gängig is, dass ma solche Themen anspricht. Ich glaub schon das mans aktiv ansprechen muss, also ich glaub von allein das es oft nicht so kommt weils ja irgendwie was is was vielleicht komisch is und ma nicht weiß, wie reagiert das Gegenüber“ (ebd.: Z61–66).

Durch das erneute Betonen der Relevanz von religiöser Spiritualität wird deutlich, dass es ihr wichtig ist, diese Haltung und Information weiterzugeben. Ihre Offenheit, dieses Thema zu vertiefen und für Psychotherapiesitzungen zu nutzen, zeugt von positiven Erfahrungen und der Überzeugung, dass es hilfreich im Coping und Unterstützungsprozess ist. Dies wird anhand ihres Beispiels sichtbar, bei welchem sie angibt, dass andere Wege mit der Krankheit umzugehen nicht geholfen haben.

Lehrender

Die interviewte Person führt kein konkretes Beispiel aus der Praxis an, sondern legt ihre allgemeine Vorgehensweise dar: „Also i hob damit kein Problem, weil immer wenns um Sinnfragen geht äh, kann ma ja, kann ma ja nachfrogn: haben Sie irgendetwas, was Ihnen Halt gibt, was Ihnen Orientierung gibt [...]“ (I3: Z56–58). Demnach sieht er die Thematisierung von religiöser Spiritualität als unproblematisch und nützt sie als Ressource und auch zur Entwicklung neuer Copingstrategien.

Durch seine persönliche Offenheit und genügend Reflexion bezgl. seiner Haltung hat er für sich erkannt, damit keine Schwierigkeiten zu haben. Für ihn ist es in der Praxis üblich, Themen von KlientInnen aufzugreifen oder selbstständig dahin zu lenken. Das bedeutet auch, dass es die eigene persönliche Bereitschaft braucht, um dies tatsächlich umzusetzen. Des Weiteren unterscheidet er drei KlientInnengruppen: (1) jene KlientInnen, die religiös-spirituell *unterfüttert* sind, meist mit dem Christentum aufgrund der österreichischen Kultur, (2) jene, die sehr stark auf die Esoterik bezogen sind und auch dort einen guten Halt finden und schlussendlich (3) diejenigen, die keine Andeutungen in diese Richtung machen und AtheistInnen oder AgnostikerInnen sind (vgl. ebd.: Z56–72).

Dies zeugt von einer Abwägung im Gespräch mit KlientInnen in Bezug auf die Zuordnung der Gruppen und wie er aufgrund dessen mit ihnen verfährt:

„Najo und ich würd sagen, das is, das is schon ein Phänomen, das, wenn grundsätzlich mal eine längere äh, äh, Betreuung, Beziehung da is, das is mal sozusagen der Grund, das braucht es damit ich in die Tiefe gehen kann“ (ebd.: Z73–79).

An dieser Stelle wird angenommen, dass sich der Interviewte mit der Thematik beschäftigt. Anderenfalls wäre eine Einteilung der KlientInnen anhand der religiösen Spiritualität nicht möglich. Auch wird diese Annahme bestätigt, da er in der Praxis gegenüber religiöser Spiritualität Offenheit und Aufmerksamkeit aufbringt. Für die Klinische Soziale Arbeit bedeutet dies, dass es neben der Offenheit gegenüber religiöser Spiritualität zuerst eine Beziehungsbasis benötigt, um KlientInnen dahin führen zu können.

Sozialarbeiterin

Eine explizite Schilderung einer Situation gab es nicht. Jedoch erläutert die befragte Sozialarbeiterin ihr Vorgehen, wenn religiöse Spiritualität oder übergeordnet Sinnfragen aufkommen. Dabei fragt sie nach dem Stellenwert für die Person und nach bestimmten Handlungsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben könnten: „Also ich denk mir, wens für jemanden wichtig is, dann is das für mich auch in Ordnung. Also ich bin offen demgegenüber, wenn es von Klienten kommt“ (I4: Z46–48).

Demnach wird ersichtlich, dass die Sozialarbeiterin es in die Eigenverantwortung der KlientInnen legt, das Thema selbst einzuleiten und darüber zu sprechen. Wie jedoch schon in der theoretischen Vertiefung und auch bei vorherigen Ergebnissen mehrfach erwähnt, sind KlientInnen dahingehend oftmals gehemmt. Durch das Gefühl, es sei lächerlich oder absurd

und die Vermittlung seitens der Sozialarbeiterin, dass dies für sie persönlich keine Relevanz hat, wird die Tabuisierung der religiösen Spiritualität gefördert.

4.1.5 Kompetenz der ExpertInnen

Arzt

Der interviewte Arzt beschreibt seine Kompetenz dahingehend, dass er seine KlientInnen an die Thematik heranführt und anleitet. Inwieweit dies ausreichend ist, bleibt offen. Zwar betont er, dass er sich „ganz stark“ kompetent fühlt, jedoch führt er nicht aus, was für ihn seine Kompetenz ausmacht: „Und darauf eingehen auf diese Thematik fühl ich mich schon befähigt und kompetent genug, ja, ja ganz stark. Also ich seh das als a grundlegendes Thema. Und tu die Leute auch immer wieder mal dahin führen wens aufpoppt“ (I1: Z152–155).

Es kann angenommen werden, dass aufgrund der fehlenden Lehrinhalte in der Ausbildung die Einschätzung hinsichtlich der Kompetenz eine individuelle ist, welche es zu hinterfragen gilt.

Psychotherapeutin

„Und wegen der Kompetenz, das hab ich mich noch nie gefragt muss ich sagen [lacht], das is eine gute Frage“ (I2: Z50–51).

Für sie besteht die Kompetenz darin, berührbar zu sein. Da sie dies ihrer Ansicht nach schnell und leicht ist, vertritt sie die Meinung, mit dem Thema umgehen zu können und Kompetenz zu besitzen. Des Weiteren bringt sie damit ihre Offenheit und Neugier in Verbindung, welche ihr in ihrer Fähigkeit, diese Thematik zu bearbeiten, hilft. Auch ist sie der Überzeugung, ihre Kompetenz bestehe darin, zu wissen und die persönliche Einstellung zu vertreten, dass religiöse Spiritualität hilfreich und nützlich ist (vgl. ebd.: Z51–56).

Ihren Umgang damit beschreibt sie damit, dass sie tiefergehende Fragen stellt:

„Und eingegangen bin ich indem das ich jetzt nicht gsagt hab: naja und welche Untersuchungen haben Sie jetzt und was is, was sagen die Ärzte, sondern, dass ich auch auf das dahinter geschaut hab, nämlich was will, also was denkt sie dazu, welche Hypothesen hat sie, was ihr das sagen möchte oder was gibt dir Kraft, wie geht sie mit der Angst um“ (ebd.:Z57–61).

Sie spricht diese Dinge an, weil sie ihrer Auffassung nach nicht von den KlientInnen gesehen werden und/oder es nicht die Norm ist, über religiöse Spiritualität zu sprechen: „Ich glaub schon, dass mans aktiv ansprechen muss, also ich glaub von allein dass es oft nicht so

kommt weils ja irgendwie was is was vielleicht komisch is und ma nicht weiß, wie reagiert das Gegenüber“ (ebd.: Z64–66).

Lehrender

„Also i hob damit kein Problem weil immer wenns um Sinnfragen geht äh, kann ma ja, kann ma ja nachfrogn: haben Sie irgendetwas, was Ihnen Halt gibt, was Ihnen Orientierung gibt [...]“ (I3: Z56–58).

Diese Aussage zeigt, dass er sich in diesem Bereich als kompetent erlebt. Er sieht nicht nur die Thematisierung als unproblematisch, sondern fühlt sich auch befähigt darauf einzugehen, nachzufragen und KlientInnen dahin zu führen:

„Ich glaub es is fast schon gang und gebe wenn ma in bestimmten Bereichen arbeitet, dass ma Klienten einfach fragt: najo hot irgendwer in ihrer Familie an einen Hodscher [Heiler, Anm. d. Verf.] gedacht. [...] Und das ma schaut und fragt mit welchen, mit welcher Spiritualität werden die KlientInnen biografisch in Berührung gekommen sein und dann wär natürlich das nächste, [...] zu überlegen, nämlich ressourcenorientiert [...]“ (ebd.: Z185–193).

Die Formulierung *es ist fast schon gang und gebe* lässt darauf schließen, dass der interviewte Lehrende diesen Bereich als alltäglich und fest integriert in seiner praktischen Arbeit sieht. Des Weiteren erwähnt er, KlientInnen *einfach zu fragen* – damit wird seine unproblematische und offene Haltung erneut ersichtlich. Was für ihn *einfach Fragen* ist, ist für andere Personen, die weniger Erfahrungen und Auseinandersetzung mit religiöser Spiritualität haben, keine Selbstverständlichkeit.

Sozialarbeiterin

Die empfundene Kompetenz der interviewten Sozialarbeiterin konstituiert sie auf ihren Umgang mit religiöser Spiritualität in der Praxis. Sie fühlt sich befähigt, darauf einzugehen, was jedoch eine vorherige Thematisierung seitens der KlientInnen benötigt, da sie wie bereits erwähnt lediglich Themen aufgreift, diese aber nicht explizit zur Sprache bringt oder dahingehend nachfragt: „Also ich bin offen demgegenüber wenn es von Klienten kommt“ (I4: Z47–48).

„Also zum Beispiel indem ich amal nachfrag welchen Stellenwert das hat ... bis hin zu dem, dass ich dann eine Klientin mal gefragt hab, in einer schwierigen Situation, ob sie zum Beispiel eine Bibelstelle da besonders hilfreich empfindet oder, oder was sie

jetzt zum Beispiel in einem, in ähm, in einer Messe da jetzt, was sie da hören möchte“ (ebd.: Z42–47).

4.1.6 Qualifikation für Klinische SozialarbeiterInnen & Integration in den Lehrplan

Lehrender

Die befragte Person gibt an, dass Studierende der Klinischen Sozialen Arbeit durch die Thematisierung philosophisch-ethischer Aspekte indirekt mit religiöser Spiritualität in Berührung kommen. Dennoch ist er der Ansicht, dass eine vertiefende Beschäftigung mit dieser Thematik stattfinden sollte, um Sicherheit in der Praxis zu erlangen. Besondere Verbindungen sieht er in der Kultursensibilität. Diese stellt ein großes Thema in der Klinischen Sozialen Arbeit dar. Aus diesem Grund sollte zuerst geschaut werden, wo im Lehrplan Kultursensibilität enthalten ist, da durch sie eine Integration religiöser Spiritualität in den Lehrplan ermöglicht wird: „Na i denk da is die höchste Anschlussfähigkeit: Kultursensibilität in der Sozialen Arbeit is a riesen Thema. Aber wir kann ich Kultur ohne Spiritualität denken. Eigentlich ghörts [zam, Anm. d. Verf.]“ (I3: Z147–149).

Ebenso geht es im Sinne der Selbstreflexion und -erfahrung um die persönlichen Menschenbilder und -haltungen und um deren Ergründung. Das heißt, es ist sinnvoll, bereits als Studierende/r herauszufinden, wie es einem selbst mit befremdlichen Haltungen durch religiöse Spiritualität geht und wie ein praktischer Umgang damit aussehen kann:

„Also a bissl mehr einbringen in den Lehrplan, [...] im Hinblick auf die Selbstreflexion, Selbsterfahrung nicht oder Klinisch Sozialarbeit, wie sind so meine Menschenhaltung oder welches Menschenbild hab ich und Wertehaltung“ (ebd.: Z155–159).

Die pragmatische Frage, welche sich für ihn stellt, ist, ob dies im Lehrplan Platz finden würde. Seiner Ansicht nach wäre es ein Beginn, religiöse Spiritualität in Wahlpflichtfächern anzubieten. Grundsätzlich, meint er, ist es ein Thema, mit welchem die Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit auf jeden Fall konfrontiert werden sollten, insbesondere in Zusammenhang mit der Kultursensibilität (vgl. ebd.: Z173–177, 181–185). „Weil wir sprechen ja immer von ressourcenorientierter Arbeit und da kann ma ja Spiritualität als Ressource [sehen, Anm. d. Verf.]“ (ebd.: Z193–194).

Bereits im Interview wurden Überlegungen seitens des Befragten angestellt, wie religiöse Spiritualität im Lehrplan integriert werden kann. Dadurch wird noch einmal deutlich, dass der Lehrende einer Eingliederung nicht nur positiv gegenübersteht, sondern auch gleich den Nutzen dessen den Studierenden näher bringen möchte. Nicht nur, um eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung der KlientInnen zu gewährleisten, sondern auch, um sie in ihrer

Selbstreflexion und -erfahrung sowie in ihren Menschenbildern und -haltungen zu schärfen, um schlussendlich Sicherheit in der Praxis zu erlangen. Da dies noch nicht stattfindet, bedeutet es für sie, sich erst in der praktischen Tätigkeit durch Eigenbeschäftigung mit der Thematik auseinanderzusetzen zu müssen.

Vor allem, weil es nicht nur Ressourcen und Copingstrategien gibt, welche sich von religiöser Spiritualität ableiten lassen, sondern oftmals auch Störungen in diesem Bereich auftreten oder bereits vorhanden sind, braucht es das Wissen darum, welches jedoch im Studium nicht vermittelt wird.

Sozialarbeiterin

„Also wenn es in der Ausbildung mehr Thema gewesen wäre, kann ich mir zumindest vorstellen, dass ich dann immer wieder darüber nachdenke, ob es für jemanden wichtig sein könnte und ob ichs ansprechen soll. Weil, des merk ich schon immer wieder, Themen die, die dann irgendwie als wichtig behandelt werden versuch ich dann schon immer wieder einzubauen“ (I4: Z78–82).

Obwohl sie eine Qualifikation (s. 4.1.6) als zu viel empfindet, vertritt sie die Meinung, dass sie mit mehr Hintergrundwissen eher an religiöse Spiritualität denken und diese in die Arbeit mit KlientInnen einbauen würde. Somit steht sie für eine Integrierung in den Lehrplan. Auch betont sie, dass sie allgemein mehr darüber erfahren wollen würde, damit sie für sich selbst Anhaltspunkte schaffen kann. Sie würde gerne folgende Fragen bearbeiten: Ist es in Österreich noch Thema, in welchem Ausmaß? Wie hat sich der Zugang zu religiöser Spiritualität verändert? Ein Nachteil wäre ihrer Meinung nach, dass ein anderes Fach gestrichen werden müsste, falls eine Integrierung vollzogen werden würde. Weitere Nachteile findet sie nicht, da sie es als sinnvoll empfindet, über Wertvorstellungen zu reden (vgl. ebd.: Z86–93).

Für die Arbeit mit KlientInnen erwähnt sie, dass sie grundsätzlich kein Problem damit hat, wenn diese das Thema selbst ansprechen. Doch wie bereits mehrfach erwähnt, passiert dies in der Praxis selten. Die interviewte Sozialarbeiterin braucht das jedoch, um sich selbst an diese Thematik heranzutrauen und darüber zu sprechen, auch, weil sie die Befürchtung hegt, dass dahingehende Fragen bei den KlientInnen nichts auslösen und diese damit nichts anfangen können:

„Es gibt keinen Nachteil wenn die Klienten selber damit kommen, da hab ich mich auch getraut das anzusprechen. [...] Ich denke was ein Nachteil sein könnte .. in der Arbeit mit Suchtpatienten, dass is das die gar ned amal über sich nachdenken wollen.“

Dass da diese Frage nach Werten nix auslöst oder sogar unangenehm empfunden wird [...]“ (ebd.: Z101–105).

Hinsichtlich der Vorteile denkt sie, dass eine Bearbeitung dieses Themas KlientInnen das Gefühl gibt, als Person, mit ihren Wünschen, Hoffnungen und Befürchtungen und nicht nur als Suchtkranke wahrgenommen zu werden (vgl. ebd.: Z107–110).

Auch bei dieser Antwort wird eine Ambivalenz sichtbar. Einerseits empfindet sie die Integration in den Lehrplan als übertrieben, andererseits sieht sie keinen Nachteil darin, über Werte zu reden. Durch die Betonung, dass sie für sich Anhaltspunkte schaffen muss, wird verdeutlicht, dass sie in ihrer individuellen und persönlichen Auseinandersetzung noch auf kein eindeutiges und klares Ergebnis hinsichtlich ihrer Einstellung gekommen ist. Dies können mitunter die Resultate eines unzureichenden Lehrplans und die damit fehlende Thematisierung der religiösen Spiritualität sein.

4.1.7 Zusammenhang zwischen religiöser Spiritualität und Suchtverhalten

Arzt

Der interviewte Mediziner stellt diese Frage in Zusammenhang mit religiöser Spiritualität als Bewusstseinsveränderung. Hierbei vertritt er die Ansicht, dass dies heutzutage nicht mehr praktiziert wird. Die heutigen SuchtpatientInnen wollen keine Bewusstseinsweiterung, im Gegenteil. Der Sinn der Sucht ist, wie er meint, die Betäubung, welche eher das Fehlen einer religiösen Spiritualität betont. Suchtabhängige konsumieren nicht mehr, um auf die Suche nach religiös-spirituellen Erleben zu gehen, da sie lediglich von Angst befreit werden wollen (vgl. I1: Z220–237).

Anzunehmen ist, dass die Verwendung psychedelischer Drogen für religiös-spirituelle Erfahrungen heutzutage nicht mehr gegeben ist. Im Gegensatz zu den 60er Jahren werden heute Drogen für die Betäubung und nicht für die Bewusstseinsveränderung verwendet. Durch eine Änderung der Umstände in Richtung Sinnlosigkeit, durch das Fehlen einer religiösen Spiritualität, vermehrte Angst und den erhöhten Wunsch nach Betäubung wird vermutet, dass Bewusstseinsweiterung durch Drogenkonsum der Betäubung gewichen ist.

Psychotherapeutin

„[...] also ma sagt ja oft, dass Sucht ja auch eine Sehnsucht is, und zum Thema Sehnsucht passt ja auch die Spiritualität ja auch sehr gut, weil was is die Sehnsucht, nach was hat ma Sehnsucht“ (I2: Z122–124). Allerdings vertritt die interviewte Psychotherapeutin die Ansicht,

dass Personen, welche Drogen für Bewusstseinsweiterung etc. konsumieren, kein Suchtproblem haben und dass dies auch nur mehr selten vorkommt (vgl. ebd.: Z165-173).

Aufgrund der Verbindung von Sucht und Sehnsucht sieht die befragte Psychotherapeutin einen klaren Zusammenhang zwischen religiöser Spiritualität und Suchtverhalten. Da religiöse Spiritualität auf etwas Höheres oder gar etwas Transzendentes abzielt und dadurch Sinn stiftet, ist es die Sehnsucht, die einen zur religiösen Spiritualität führt.

Bezüglich des Konsums, um religiös-spirituelle Erfahrungen zu erleben, schließt sie sich dem befragten Arzt an und schreibt die Nutzung dieser Substanzen für solche Erlebnisse, der Vergangenheit zu. Auch vor dem Hintergrund, dass sie in den betreffenden Personen nicht ihre KlientInnen sieht, ist anzunehmen, dass es dennoch praktiziert wird.

Lehrender

Die schwierigste und gleichzeitig wesentlichste Herausforderung sieht er darin, eine konstruktive und neutrale Haltung als professionelle/r HelferIn zu bewahren, insbesondere dann, wenn KlientInnen bestimmte religiös-spirituelle Ansichten haben, welche Befremden auslösen. Ebenso stellt sich für ihn die Frage, wie ein Zugang gefunden werden kann, wenn bestimmte religiös-spirituelle Überzeugungen ein Teil eines Problems sind (vgl. I3: Z198–203).

Da er die Meinung vertritt, dass religiös-spirituelle Praxis durchaus eine Wirkung wie Psychotherapie hat, sieht er eine höhere Wirkung bei einer stärker ausgeprägten religiösen Spiritualität. Dabei hebt er besonders die Reflexionsfähigkeit hervor (vgl. ebd.: Z204–208).

Anhand eines Beispiels möchte er seine Ansichten näher erläutern: Eine gläubige Klientin hat ihren Mann betrogen. Sie konnte sich selbst nicht verzeihen und deshalb auch nicht mehr in die Kirche und zur Kommunion gehen. Der Interviewte hat sich mit einem Kaplan vernetzt und einen Termin für die Klientin ausgemacht. Nachdem sie eine Aussprache bei diesem hatte, ging es ihr wieder besser und auch die Depressionen waren damit verschwunden. Mit dieser Geschichte möchte er die Relevanz guter Kontakte zu Geistlichen hervorheben und nochmal die Wirkung sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht näher bringen, welche in jedem Fall mit der/m KlientIn bearbeitet werden muss (vgl. ebd.: Z223–242).

Die Tatsache, dass es religiös-spirituelle Ansichten gibt, welche befremden, zeigt, dass die Schwierigkeit für Klinische SozialarbeiterInnen darin besteht, selbst eine konstruktive und neutrale Haltung zu bewahren. Um dies in der Praxis zu leben, werden Übungen, Feedback und das Wissen um diese Thematik benötigt. Auch hier wird ersichtlich, dass es einen Bedarf gibt, den Lehrplan diesbezüglich auszuweiten, um Studierende darauf zu

sensibilisieren, damit nicht zuletzt in der Arbeit mit KlientInnen Zusammenhänge zwischen religiöser Spiritualität und Suchtverhalten erkannt werden können. Damit würde nicht nur eine informative Wissensvermittlung stattfinden, sondern auch die Persönlichkeit, Einstellungen, Werthaltungen, Weltanschauungen und Menschenbilder würden hinterfragt und weiterentwickelt werden.

Die Behandlung der Psyche ist ein essentieller Bestandteil in der Suchtarbeit. Wird die Wirkung religiöser Spiritualität ähnlich wie die der Psychotherapie betrachtet, ist es unverständlich, wieso religiöse Spiritualität nicht eher an Aufmerksamkeit gewinnt.

Anhand des Beispiels zeigt der Interviewte, wie religiöse Spiritualität Belastungen lösen kann. Dies war jedoch nur möglich, weil der betreuende Sozialarbeiter Zugang und Kontakte zu diesem Feld hatte. Damit gibt der Interviewte den Hinweis auf die Notwendigkeit der Offenheit seitens der Klinischen SozialarbeiterInnen und in einem weiteren Schritt der nötigen Vernetzung und die Abgrenzung dessen, was als Klinische SozialarbeiterIn geleistet werden kann.

Sozialarbeiterin

„[10 Sec. Pause] Könnt ich jetzt nicht sagen. Nein kein Zusammenhang, weil ma bisher einfach von den Leuten her zu wenig untergekommen is. Also ein Zusammenhang würde sich für mich dann ergeben, wenn ich jetzt ganz schlüssig beweisen könnte, dass jemand, der sich als gläubig einstuft, ahm damit vor Suchterkrankungen geschützt is“ (I4: Z113–117).

Die befragte Sozialarbeiterin kann für sich keinen Zusammenhang zwischen religiöser Spiritualität und Suchtverhalten erkennen, da sie ihrer Meinung nach zu wenige KlientInnen hat, welche sich in der Betreuung als religiös-spirituell bezeichnen (vgl. ebd.: Z144–148).

Ein schützender Zusammenhang ergäbe sich für sie, wenn sie beispielsweise durch Studien explizit wüsste, dass religiös-spirituelle Personen vor Suchterkrankungen geschützt sind. Diesen kann sie nicht erkennen, weil sie die Ansicht vertritt, dass möglicherweise religiös-spirituelle Personen weniger häufig eine Sucht entwickeln. Durch die strukturgebende Funktion von religiöser Spiritualität wird ihrer Meinung nach Sinn gestiftet, welcher dafür verantwortlich ist, dass weniger religiöse-spirituelle Personen abhängig werden:

„Denn ich denk schon, dass eine der wichtigen Funktionen von Religiosität, von Religion ahm Struktur ist. Also Religion ist sicherlich in meinen Augen eine strukturgebende Angelegenheit und Struktur gibt generell Sinn. Also vielleicht betrifft

*Sucht wenige Leute die glauben, weil ihnen die Religion Struktur und damit Sinn gibt“
(ebd.: Z120–123).*

Zu Beginn des Interviews erwähnt die befragte Person auf der einen Seite, dass religiöse Spiritualität etwas Hoffnungs- und Sinnstiftendes hat, was klar Ressourcen darstellt, auf der anderen Seite ist sie der Ansicht, nicht sagen zu können, ob und wie es für religiös-spirituelle Personen hilfreich ist und ob es grundlegend wichtig wäre, diese Thematik einzubauen.

Sie bräuchte eine wissenschaftlich anerkannte Studie über den Schutz, welchen religiöse Spiritualität ausübt, um dies als relevant anerkennen zu können.

4.1.8 Ressourcen auf der religiös-spirituellen Ebene

Arzt

„Ah .. Religion is sicher eine Ressource. [...] Und wenn ich wirklich gläubig bin, bin ich auch meistens in Gemeinschaft und das is ein sehr starkes Element“ (I1: Z243, 252–254). Er sieht in religiöser Spiritualität eine Ressource, die abhängigen Personen in ihrem Heilungsprozess hilft. Diese Hilfe haben Personen ohne einen Zugang zu dieser Ebene nicht. Des Weiteren berichtet er von einer Klientin und deren Erfolg in der Abstinenz durch ihren Glauben und die damit verbundene Einbindung in eine Glaubensgemeinschaft (vgl. ebd.: Z245–254).

Anhand dieses Beispiels versucht der befragte Arzt zu veranschaulichen, dass abhängige Personen mit einem religiös-spirituellen Empfinden eine weitere Möglichkeit haben, um ihre Sucht zu überwinden, und anhand dieser Ebene ihre Ressourcen und Copingstrategien erweitert werden.

Psychotherapeutin

Religiöse Spiritualität alleine macht ihrer Meinung nach noch keinen Unterschied in der Reduktion von Abhängigkeit, ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren allerdings schon.

Wird der religiös-spirituelle Faktor nicht beachtet, fehlt ein Kriterium, welches die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung erhöhen würde. Zur Veranschaulichung zieht sie das Fünf-Säulen-Modell nach Hilarion Petzold heran (vgl. I2: Z.136–138).

Ein von ihr betreuter Klient, welcher die Diagnose „Psychose“ bekam, konnte damit nicht umgehen und konsumierte deshalb Drogen. Seitdem er sich jedoch mit religiös-spirituellen Dingen befasst, hat er das Gefühl, nichts mehr konsumieren zu müssen, weil er durch seine religiöse Spiritualität gelernt hat, sich selbst mit seiner Diagnose anzunehmen: „Also mir geht’s mehr so um Selbststärkung, es is okay, so wie er is, und er braucht sich davon nicht verunsichern lassen. Da hab ich schon das Gefühl, dass ihm Spiritualität viel geholfen hat auch“ (ebd.: Z158–160).

Auch sie zeigt anhand eines Beispiels, welche Auswirkungen religiöse Spiritualität in der Genesung und Selbstannahme haben kann. Damit bekräftigt sie ihre Äußerungen bezüglich der Sinnhaftigkeit von religiöser Spiritualität und deren Integration in die Arbeit.

Sozialarbeiterin

„Ich bin überzeugt davon, dass das einen Unterschied macht“ (I4: Z129). Wird es anhand des Säulenmodells nach Hilarion Petzold betrachtet, kann festgestellt werden: Umso dicker eine Säule ist, desto schwieriger ist es, diese zu beschädigen. Das bedeutet, dass Personen mit einem soliden Wertesystem über sich selbst anders nachdenken und andere Lösungen finden. Für sie macht es damit sehr wohl einen Unterschied in der Bearbeitung von Sucht, da es Auswirkungen auf die Lebenssituation hat, welche sie jedoch nicht näher ausführt (vgl. ebd.: Z129–140).

Ihre Überzeugung, dass es für Personen mit einer Suchterkrankung, vor allem in der Bearbeitung, einen Unterschied macht, verdeutlicht sie anhand des Fünf-Säulen-Modells nach Hilarion Petzold. Es wird angenommen, dass die interviewte Sozialarbeiterin diese Meinung vertreten kann, da sie sich auf ein wissenschaftlich fundiertes Modell stützt, welches in der Praxis anerkannt ist.

Des Weiteren beschreibt sie eine dieser fünf Säulen als Säule von Werten und lässt religiöse Spiritualität außen vor.

4.1.9 Religiöse Spiritualität und Gesundheit

Arzt

Für ihn ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen religiöser Spiritualität und Gesundheit bereits durch das Fünf-Säulen-Modell nach Hilarion Petzold beantwortet:

„Wenn eine fehlt, dann fehlt was. Ah und das zweite is, a starker Sinn macht angstfrei oder ... weniger Angst und damit leb i mal, zumindest lebensqualitätsmässig besser und halt mehr aus und hab weniger Stress“ (I1: Z164–169).

Diese Säulen sind Kennzeichen von Gesundheit. Ist eine nicht ausreichend ausgeprägt oder fehlt sie sogar, ist Gesundheit nicht mehr in vollem Ausmaß gegeben. Des Weiteren beschreibt er die Vorteile eines starken Sinnes, was für ihn wiederum eine Bestätigung des Zusammenhangs dieser zwei Dimensionen darstellt (vgl. ebd.: Z164–169).

Das Selbstverständnis bezüglich des Zusammenhangs wird durch seine klare und knappe Antwort deutlich. Für ihn dürfte diese Frage nichts Neues sein und auch seine Einstellung dazu nicht.

Psychotherapeutin

„Ahm also ich glaub dass Glaube etwas is was extrem viel Kraft gibt äh egal jetzt für, Kraft für eine Sucht zu überwinden oder um eine, mit einer Diagnose besser umgehen zu können. Also ich glaub dass Glaube einfach sehr, sehr hilfreich is“ (I2: Z70–72).

In Bezug auf Krankheit sieht die befragte Psychotherapeutin eine Kraftquelle, da es hilfreich in der Annahme und auch im Umgang von Diagnosen und Erkrankungen ist. Des Weiteren sieht sie in der dadurch aufkommenden Sinngebung eine positive Auswirkung auf den Körper.

4.2 Ergebnisdarstellung der biografischen Interviews

| Name | Alter | Religiös-spirituell | Suchtmittel | Substituiert | Abstinert |
|--------------|----------|---------------------|------------------------------|--------------|-----------|
| I5: Daniele | 32 Jahre | Ja | Drogen | Nein | Ja |
| I6: Enzo | 23 Jahre | Ja | Drogen | Nein | Ja |
| I7: Nikolaus | 27 Jahre | Ja | Drogen | Nein | Ja |
| I8: Susi | 53 Jahre | Ja | Drogen, Alkohol, Medikamente | Ja | Nein |
| I9: Alex | 52 Jahre | Nein | Drogen, Medikamente | Ja | Ja |
| I10: Martin | 36 Jahre | Nein | Drogen, Alkohol, Medikamente | Nein | Nein |
| I11: Patrick | 29 Jahre | Nein | Drogen, Alkohol, Medikamente | Ja | Nein |
| I12: Thomas | 34 Jahre | Nein | Drogen, Alkohol, Medikamente | Ja | Nein |

Abbildung 7: Vorstellung der InterviewpartnerInnen

4.2.1 Einteilung der InterviewpartnerInnen

Für die biografischen Interviews wurden die betreffenden Personen vor der Befragung in zwei Gruppen eingeteilt: vier nicht religiös-spirituelle und vier religiös-spirituelle suchterkrankte Menschen. Diese Zuordnung wurde seitens der Interviewten getroffen. Aufgrund dessen wurde die obige Tabelle erstellt. Während der Erhebung jedoch konnte

diese Einteilung nicht durchgehalten werden. Alle vier Personen, welche sich zuerst als nicht religiös-spirituell eingestuft haben, revidierten ihre anfangs getätigte Selbsteinschätzung in gewissen Abstufungen:

- Irgendwas muas gebn owa wos genau waß i ned. Innerlich bet i scho oft [...]“ (I11: Z137–138).
- „Oiso i bin scho der Meinung, es gibt irgendwos“ (I9: Z371).
- „Weil es Heidentum hat ma schon a Kraft gebn und a des Meditieren damals usw.“ (I12: Z310–311).
- „I man, i glaub scho dass was Höcheres gibt, wie warum soit ma de Anzigen auf dera Welt sei. Oiso an a höhere Macht glaub i scho“ (I10: Z303–305).

An was sie genau glauben, konnte nicht überall ausfindig gemacht werden. Es wurden jedoch oftmals Beschreibungen von *etwas Höherem* genannt und auch *das Böse*, welches erlebt wurde und woraus geschlossen wird, dass es auch *das Gute* geben muss.

4.2.2 Erfahrungen mit religiöser Spiritualität

Daniele

Daniele entstammt einer römisch-katholischen Familie. Er selbst war nicht religiös-spirituell praktizierend. Eine tatsächliche Auseinandersetzung mit dem Themenbereich fand bei ihm erst in der Bearbeitungszeit statt:

„Die Zeit, wo ich dann angefangen hab, Hilfe zu suchen... im Mai 2002 hab ich so ein, geistige Exerzitien gemacht, mich einfach zurück gezogen. Es ging mir einfach um die Heilung. [...] Ähm und in dieser Zeit des Zurückziehens hab ich meine Bekehrung erlebt. Und dort ähm war auch der Beginn, ähm einer, einer Änderung“ (I5: Z90–95).

Schlussendlich wurde er in der Zeit, in welcher er zum römisch-katholischen Glauben fand, durch Freunde seiner Eltern auf eine religiös-spirituellen Glaubensgemeinschaft aufmerksam. Dennoch war es ihm noch nicht möglich, mit den Drogen aufzuhören. Da er merkte, dass er es alleine nicht schafft, und ihm seine Eltern ein Ultimatum setzten, trat er in die Gemeinschaft ein. Mittlerweile ist er seit 13 Jahren in dieser, hat sein Studium in Theologie abgeschlossen und möchte Priester werden. Für den Interviewten stellen alle diese Ereignisse ein Wunder und ein Zeichen seiner persönlichen Reifung dar. Nach dem Befragten war es letzten Endes der Glaube, welcher ihn dazu befähigt hat, von den Drogen wegzukommen und etwas aus ihm zu machen (vgl. ebd.: 108–159).

Daniele war es an dieser Stelle noch wichtig, mitzuteilen, dass der Unterschied zwischen religiöser Spiritualität und professioneller Hilfe darin liegt, dass Ersteres nicht nur das Beste aus dem Menschen herausholt, sondern auch alle seine Verletzungen heilt. Für ihn können die Psychotherapie und andere Fachgebiete nicht alles erklären, schaffen und heilen, weil der rationale Mensch nicht alles beantworten kann. Auch die Dimension des Friedens und Glücklichseins, selbst in Leid und Krankheit, kann sich die Psychologie nicht erklären. Das ist für den Interviewten der Unterschied zum Glauben, da in diesem Antworten stecken. Glaube ist für ihn Reichtum für die Seele, den Körper und die Psyche, weswegen das Thema auch in Betreuungen und Behandlungen integriert werden sollte:

„Ja! Der Weg des Glaubens ist ja auch wirklich ein Reichtum mehr. Die Psychologie sagt zum Beispiel: du kannst das ganze Leben mit nur Brot überleben. Du kannst damit auch leben aber der Glaube bietet dir wirklich ein, ein, ein Reichtum des Lebens. Wein trinken, Früchte essen, Süßigkeiten. Mit nur Brot kannst du sicher bis 80 Jahre werden, wenn du aber all den Rest auch isst dann ist es sicherlich auch noch viel schöner“ (ebd.: Z238–244).

Es brauchte eine eigenständige Entscheidung seitens des Interviewten für die Zuwendung zur religiösen Spiritualität. Auch der Wunsch, etwas aus sich zu machen und zu studieren, trug dazu bei, dass er in eine Glaubensgemeinschaft eintreten konnte. Da für ihn der Geist durch die Glaubenslehren genährt und die Seele durch das Gebet geheilt wird, war der Eintritt in eine Gemeinschaft die richtige Entscheidung. Es wird ersichtlich, dass das Gebet für Daniele Orientierung, Heilung und Sicherheit darstellt und aus diesem Grund eine Veränderung seines bisherigen Lebens stattfinden konnte.

Hinsichtlich seiner Erklärung der Unterschiede zwischen professioneller Hilfe und religiöser Spiritualität wird deutlich, dass für einen religiös-spirituellen Menschen die Basishilfestellung nicht ausreichend ist, da sie nicht jene Antworten geben kann, welche der Glaube zu beantworten weiß. Somit ist nachzuvollziehen, warum der Befragte es als relevant empfindet, dieses Thema in Betreuungen und Beratungen anzusprechen. Spannend ist das Bild, mit welchem er aufzuzeigen versucht, wie seiner Ansicht nach religiöse Spiritualität das Leben bereichert. Dies zeugt von Auseinandersetzung und Reflexion von religiöser Spiritualität und Abhängigkeit.

Enzo

„Ich bin aus einer christlichen Familie und habe eigentlich immer schon sehr viel ... ähm, [...] sehr viel Liebe erfahren in meiner Familie“ (I6: Z21–23). Da seine Eltern *tiefgläubig* sind, wollten sie, dass auch ihr Sohn diesen Glauben kennenlernt und lebt. Dieser fühlte sich

jedoch gefangen zwischen dem, was von ihm erwartet wurde, und dem, was die Welt an weltlichen Dingen zu bieten hatte. Hinzu kam, dass seine Eltern enorm unter dem Einfluss seiner Großeltern litten. Dies war ausschlaggebend dafür, dass er ihnen gegenüber misstrauisch wurde und sich distanzierte. Er konnte ihnen nicht glauben, dass der christliche Glaube alleine Erfüllung bringt, wenn sie gleichzeitig recht belastet waren. Aus diesem Grund ging er seinen eigenen Weg und folgte falschen Vorbildern. Zwar spürte er, dass ihm seine Eltern helfen wollten, doch konnte er diese Hilfe nicht annehmen (vgl. ebd.: Z18–61).

Schlussendlich lernte er eine Glaubensgemeinschaft kennen, welche ihm helfen konnte, von den Drogen wegzukommen. Durch sie schaffte er es, sich nicht für seine Vergangenheit schämen zu müssen und seine Familie wieder lieben zu können. Durch das Gebet konnte er lernen, frei zu sein. Zudem hat er in Jesus einen Freund gefunden, den er vorher nicht hatte. Mit ihm kann er sich streiten, freuen, ärgern und konfrontieren. Durch die Gemeinschaft spürte er, dass der Glaube Freiheit bedeutet (vgl. ebd.: Z139–153).

Für den Befragten ist Christsein und Liebe miteinander verbunden. Dies wird deutlich, indem er sagt, dass er aus einer christlichen Familie kommt und immer sehr viel Liebe durch die Eltern empfing. Er kann verstehen, dass es ein Anliegen seiner Eltern war, ihm das Christentum und dessen Glauben zu vermitteln, dennoch war für ihn die Inkongruenz deutlich spürbar. Anzunehmen ist, dass er aufgrund der Belastung, welcher er in seinem Elternhaus ausgesetzt war, die Hilfe seiner Eltern nicht annehmen konnte. Des Weiteren hatte alles Weltliche eine Anziehung auf ihn. Da Enzo das Weltliche betont, kann angenommen werden, dass er an eine Transzendenz glaubt und versucht, dem Weltlichen nicht allzu viel Wert zu zuschreiben. Durch die Aufspaltung zwischen dem glücklichen Weltlichen und der christlichen unglücklichen Familie wurde er misstrauisch und konnte keine gesunde Distanz entwickeln. Anhand der Glaubensgemeinschaft war es ihm möglich, wieder eine gesunde Beziehung zu sich selbst zu entwickeln. Für ihn stellt das Gebet eine große Ressource dar. Dadurch lernte er, sich selbst und seiner Familie zu vergeben. Auch dass er wieder stolz auf sich sein kann und frei von seinen Lasten ist, sieht er als das Resultat des Gebets und des Glaubens. Durch die Betonung der Freundschaft zu Jesus wird ersichtlich, dass Glaube etwas sehr Reales für religiös-spirituelle Menschen ist und diese ihren Nutzen daraus ziehen können.

Nikolaus

Nikolaus Eltern sind beide religiös-spirituell, jedoch nicht praktizierend. In der Krisenzeit hatte Nikolaus weiteren Kontakt mit religiöser Spiritualität. In dieser Zeit konsumierte er LSD. Ein paar Tage nach seinem letzten Konsum hatte er ein Bekehrungserlebnis, in welchem er

Jesus sah. Dieser zog ihn bildlich aus den Drogen heraus, was dazu führte, dass er mit den Drogen aufhören wollte (vgl. I7: Z73–75, 81–82, 85–87).

Durch eine Freundin seiner Mutter kam er in Kontakt mit einem Priester. Bei ihm fühlte er sich gut aufgehoben, da dieser sich intensiv um ihn kümmerte, für ihn da war und ihm zuhörte. Durch ihn erfuhr er von einer Glaubensgemeinschaft. Diese war für Nikolaus damals die einzige Alternative. Er war bereits darüber informiert, dass es fordernd wird, doch die Freundin seiner Mutter half ihm durchzuhalten (vgl. ebd.: Z174–191, 244–245).

Da die Eltern des Befragten nicht religiös-spirituell praktizierend waren, war Nikolaus nicht gläubig. Erst die Einnahme von psychedelischen Drogen und das Erlebnis, dass Jesus ihn rettet, bewirkten, dass er sich diesem Bereich zuwendete. Dieses Erlebnis dürfte so eindrucksvoll gewesen sein, dass er schlussendlich den Beschluss fasste, mit den Drogen aufzuhören. Durch Unterstützung außerhalb der Familie gelang es ihm, Hilfe anzunehmen und sich an einen Priester zu wenden. Dies empfand er als hilfreich, weil der Priester ihm *einfach zugehört* hat und ihm keine Reglementierungen, Vorschriften oder dergleichen machte, sondern freiwillige Gespräche und die Möglichkeit zur Beichte anbot. Die Glaubensgemeinschaft war für ihn aus nicht angesprochenen Gründen die einzige Alternative von welcher er profitieren konnte.

Susi

Religiöse Spiritualität war bei Susi bereits im Kindesalter ausschließlich traditionsbedingt Thema. Darüber hinaus war ihre Familie nicht religiös-spirituell. Aus diesem Grund ist Susi der Ansicht, dass es einen aufrichtigen Glauben in ihrer Familie nicht gegeben hat. Diesen Umstand findet sie aus heutiger Sicht traurig (vgl. I8: Z18–22).

Religiöse Spiritualität war bis zu ihrer Belastungszeit nicht mehr präsent. Da sie einen Zugang zu Jesus findet wollte, setzte sie sich mehr mit diesem Thema auseinander. Sie berichtet, dass sie früher dachte, religiöse Spiritualität sei etwas für schwache Menschen, damit sie Trost erhalten. Ihr früherer Zugang war rein rational geprägt. Mit der jetzigen Perspektive weiß sie, dass die Wissenschaft die Existenz Gottes nicht ausschließt. Sie vertrat immer die Meinung, dass Jesus ein cooler Typ ist, den sie jedoch nicht kennt. Heute ist sie der Ansicht, zu wissen, dass Gott existiert, sie ihn spüren kann und er ihr auch in Notlagen hilft. Ihrer Meinung nach brauchte sie die Angst vor dem Bösen, welche sie während ihrer Konsumzeit hatte, um zu Gott finden zu können. Allerdings stört sie, dass sie keinerlei Bildung in diesem Bereich hat und demnach z. B. keine Gebete kennt. Gerne würde sie an Wunder glauben können oder weniger Angst vor dem Tod haben wollen. Ihren Partner beneidet sie um seinen festen Glauben (vgl. ebd.: Z384–441).

In Betreuungen und Beratung ging diesbezüglich niemand auf sie zu. Aus diesem Grund kann sie nicht sagen, ob ihr eine entsprechende Thematisierung geholfen hätte. Auch in Hinblick auf Ressourcen hat sie religiöse Spiritualität noch nicht betrachtet. Auf jeden Fall denkt sie, dass es in der Drogenszene viele Menschen gibt, welche wie sie früher nicht zugeben würden, religiös-spirituell zu sein. Für sie ist es wichtig zu bedenken, dass sie das Gefühl hat, eine Psychotherapie nicht mehr verwerten zu können. Ihre Begründung liegt darin, dass sie denkt, nichts zu ihrem Zustand beitragen zu können, da alles *von Oben* bestimmt wird. Im selben Atemzug ergänzt sie zwar, dass sie weiß, dass das nicht stimmt, aber dennoch ist sie sich unsicher, ob ihre soziale und psychische Situation nicht durch ihren Mangel an Glauben hervorgerufen wird. Aus diesem Grund glaubt sie, dass nicht nur eine vermehrte, sondern auch eine gefestigte religiöse Spiritualität hilfreich für sie wäre. Ebenso findet sie es eine schöne und gute Idee, diese Dimension in den Behandlungen zu integrieren, da in der heutigen Zeit so viel Hoffnungslosigkeit, Orientierungslosigkeit, Irrsinn und Durcheinander herrschen (vgl. ebd.: Z444–501, 555–559).

Die Tatsache, dass Susi es als traurig empfindet, religiöse Spiritualität in ihrer Familie nicht wirklich erlernt zu haben, zeigt, dass sie dahingehend einen Bedarf gehabt hätte. Die spätere Meinung, dass dieser Bereich nur für schwache Menschen ist, bewirkte, dass sie sich davon distanzierte, um nicht Außenseiter ihres Umfeldes zu werden. In weiterer Folge ist deutlich zu erkennen, dass vor allem die Ängste vor dem Bösen und vor dem Tod ausschlaggebend für die Interviewte war, um sich religiöser Spiritualität vermehrt zuzuwenden. Für sie waren dieses Böse und die Angst so übermächtig, dass sie Hilfe bei Gott suchte und auch erhielt. Da sie ihren Glauben in Krisenzeiten als hilfreich empfand, wird deutlich sichtbar, dass er für sie eine Ressource wurde, welche sie nutzen konnte. Durch die immer noch präsente Angst und den Neid auf ihren Partner und seine feste Glaubensüberzeugung wird deutlich, dass sie gerne noch mehr im Glauben verankert wäre. Des Weiteren ist die Überzeugung, dass sie ihrer Lebenssituation gegenüber machtlos ist, da diese *von Oben* bestimmt ist, ein sinnvolles Thema in einer Betreuung. Hierbei würde es beispielsweise eine Anleitung und Aufklärungen erfordern, welche die Eigenverantwortung und das Vertrauen in den Glauben differenzieren und sie dadurch wieder in die Handlungsfähigkeit holen.

Alex

Berührungen mit religiöser Spiritualität hatte der befragte Alex im Gefängnis. Diese waren für ihn aber nicht nur positiv. Eine Zeit lang nahm er an Gebetsrunden teil. Jedoch hat ihm die Atmosphäre nicht gutgetan, da eine *komische Stimmung* herrschte, wenn er in der Kirche war. Aus diesem Grund nahm er an den Runden nicht mehr teil. Dennoch glaubt er an Gott, insbesondere weil er *das Böse* im Gefängnis sah und von dessen Existenz überzeugt ist.

Demnach vertritt er die Ansicht, dass es somit auch *das Gute* geben muss. Als besonders hilfreich empfand er, dass er durch seine religiöse Spiritualität beten, schimpfen oder Gott danken konnte. Dies half ihm besonders während seiner Haftzeit, auch heute noch sieht er darin etwas Nützliches (vgl. I9: Z 353–364, 367–372, 374). Ebenso berichtet er, dass er, wenn er mit Gott spricht, dies so tut wie wenn er sich mit einem Freund unterhält: „Wenn i mit Gott red, red i gonz normal, wie wenn i mit an Freund red“ (ebd.: Z378–379).

Der Interviewte wusste die religiös-spirituellen Angebote der Justizanstalt für sich zu nutzen. In der Zeit, in welcher ihm das Angebot gut tat, konnte er es in Anspruch nehmen und davon profitieren. Ebenso konnte er sich distanzieren, als es ihm nicht mehr half. Dies zeugt von gesunder Abgrenzung. Selbst dann, als er an den Angeboten nicht mehr teilnahm, praktizierte er seinen Glauben mithilfe von Gebeten und Gesprächen mit Gott. Da er betont, mit ihm wie mit einem Freund zu reden, wird ersichtlich, dass er eine Beziehung zu ihm aufgebaut hat, welche ihm durch schwierige Zeiten wie der Haft Halt gibt.

Martin

Der Interviewte gibt an, an etwas Höheres zu glauben. Dieser Glaube geht soweit, dass der Befragte Praktiken wie *Tischerlrücken* nicht machen würde: „I man, i glaub scho dass was Höcheres gibt, wie, warum soit ma de Anzigen auf dera Welt sei. Oiso, an a höhere Macht glaub i scho. Owa sowas wie Tischerlrucken darat i ned außfordern, weil wie gsogt, i glaub es gibt wos Höchares“ (I10: Z303–305). Ansonsten äußert er sich nicht weiter zu diesem Thema. Auch kommt es in seinen restlichen Erzählungen nicht vor.

Der Interviewte glaubt daran, dass es etwas Höheres gibt. Was oder wer das ist, konkretisiert er nicht. Dennoch denkt er, dass es eine Art von Macht in Form von *dem Guten* und *dem Bösen* gibt. Aus diesem Grund ist nachzuvollziehen, dass er diverse Praktiken nicht machen würde, da er *das Böse* nicht herausfordern will. Hier kommt die Frage auf, inwiefern für ihn *das Gute* nützlich sein könnte und ob dem in der Betreuung ein Stellenwert zukommen sollte. Diese Frage konnte im Laufe des Interviews nicht geklärt werden.

Patrick

Patrick berichtet im Laufe des Interviews über seine Erfahrungen mit religiöser Spiritualität. In seiner Kindheit war er mit seiner Familie jeden Sonntag in der katholischen Kirche. Jedoch stellte er das mit zunehmendem Alter ein. Dennoch hält er sich für ein wenig gläubig. Zwar geht er nicht mehr in die Kirche, aber er betet mehrmals innerlich zu Gott (vgl. I11: Z133–134). An dieser Stelle erwähnt er, dass er der Ansicht ist, dass es irgendetwas geben muss:

„Irgendwas muas gebn owa wos genau waß i ned. Innerlich bet i scho oft: Herr Gott schau dass des jetzt geht [...]“ (ebd.: Z137–138).

Religiös-spirituell sein ist für Patrick mit der praktischen Ausführung wie beispielsweise: in die Kirche gehen verbunden. Da er dies nicht tut, bezeichnet er sich als ein wenig gläubig. Zwar betet er zu einem Gott, wie sich dieser jedoch zeigt, auf sein Leben auswirkt und was für ein Gott das ist, kann er nicht sagen. Mit dem Ausdruck *es muss etwas geben* wird seine Sicherheit diesbezüglich deutlich spürbar. Dennoch bleibt offen, was dieses *Etwas* ist. Da der Befragte jedoch keine weiteren Ausführungen vorgenommen hat, kann angenommen werden, dass für ihn diese vage Beschreibung ausreichend ist.

Thomas

Erste Erfahrungen mit religiöser Spiritualität machte Thomas in der Belastungszeit, als er LSD konsumierte. Da er sich durch diese Droge mit der Natur und Mutter Erde verbunden fühlte und die Ansicht hatte, dass er dadurch der wahre Thomas ist, war diese Substanz für ihn positiv konnotiert: „Hab halt auf des LSD ins Meditieren anfangen und hab halt mi dann so mit der Natur verbunden gfühlt und .. hab halt glaubt, des is voll echt jo“ (I12: Z115–120).

Weitere Erfahrungen mit religiöser Spiritualität machte er, als er auf stationärer Langzeittherapie war. Durch seinen damaligen Therapeuten begann er, sich für den Buddhismus zu interessieren. Der Psychotherapeut führte mit Thomas Mediationen und Rückführungstherapien durch, welche er als hilfreich in Verarbeitungsprozessen empfand. Der Interviewte hegt Sympathien für das Heidentum, gleichzeitig beneidet er jene Menschen, welche an eine Religion glauben, da sie sich daran festhalten können und keine Angst vor dem Tod haben. Die Sicherheit, welche der Glaube vermittelt, hat er nicht (vgl. ebd.: Z272–292).

Des Weiteren führt Thomas aus, dass er es als positiv empfindet, durch seinen Therapeuten Ansätze des Buddhismus kennengelernt zu haben. Auch empfindet er es als sinnvoll, diese Thematiken in Betreuungen zu beachten und offen dafür zu sein, da er selbst davon profitierte (vgl. ebd.: Z310–311).

Durch das Wissen um den Buddhismus seitens des Therapeuten und durch das Interesse und die Offenheit des Interviewten war es möglich, die Dimension der religiösen Spiritualität zu nutzen und die Ressourcen und Copingstrategien des Interviewten damit zu erweitern. Diesen Zugang zu schaffen und zu nutzen wäre ohne den Therapeuten und seine Beachtung der religiösen Spiritualität nicht möglich gewesen.

Als interessant stellt sich heraus, dass auch Thomas, wie Susi jene Personen mit einem festen Glauben an etwas beneidet. Seine Begründungen für den Neid sind ebenso wie bei Susi, dass diese Personen keine Angst vor dem Tod haben und sich daran festhalten können. Das suggeriert, dass er ohne ihn nichts hat, was ihm Sicherheit gibt. Obwohl er sich offen hinsichtlich einer religiösen Spiritualität verhält und gelegentlich meditiert, fühlt er sich nicht so fest darin verankert, dass er vollkommen darauf vertrauen könnte. Hier wäre ein Ansatzpunkt für professionelle HelferInnen, mit ihm gemeinsam an der Festigkeit seiner religiösen Spiritualität zu arbeiten, um sein Kohärenzgefühl stärken zu können.

4.2.3 Vorgeschichte

In der Vorgeschichte wird dargestellt, wie das Leben der Interviewten vor der Prodromalzeit erlebt wird, was bis dahin passiert ist und ob eventuelle Schutz- und Risikofaktoren bereits herausgefiltert werden können.

Daniele

Der Interviewte möchte gleich zu Beginn darstellen, dass nicht die Drogen das anfängliche Problem sind, sondern vorangegangene Geschehnisse, welche zu einer Abhängigkeit führten. Ihm ist es wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass Drogensucht nicht der Beginn des Problems ist, sondern lediglich die Konsequenz aus vorangegangenen Verletzungen darstellt (vgl. I5: Z19–25).

Nach Danieles Ansicht wurde der Grundstein für seine spätere Drogenkarriere bereits in der Kindheit gelegt. Zwischen seinem sechsten und fünfzehnten Lebensjahr empfand er sich selbst als ein lebhaftes Kind (vgl. ebd.: Z26, 29–30). Er berichtet, dass sich zu dieser Zeit sowohl SchülerInnen als auch LehrerInnen über sein Verhalten beschwerten und seinen Charakter als *nervig* einstufen. Aus diesem Grund fühlte er sich nicht wertgeschätzt. Infolgedessen zog er sich zurück und folgte falschen Vorbildern. Seine einzige und wichtige Ressource, welche er als *Rettung* betrachtet, war für ihn Schlagzeug spielen. Dadurch war er in der Realität, von welcher er sich sonst zurückzog, und konnte seinen lebendigen Charakter ausleben (vgl. ebd.: 30–39).

Bei der Vorgeschichte Danieles wird ersichtlich, dass er sein Leben ausgiebig reflektiert haben muss, um erkennen zu können, was zu seiner Sucht führte. Für ihn dürfte seine Vorgeschichte sehr prägend gewesen sein, da es ihm ein Anliegen war, gleich zu Beginn darzulegen, wie es zu einer Abhängigkeit kommen kann. Auffallend ist, dass seine Einführung, in welcher er erklärt, wie eine Sucht entsteht, allgemein formuliert wurde. Das lässt darauf schließen, dass er seine Geschichte nicht nur auf sich persönlich bezieht,

sondern es für ihn ein Faktum ist, dass Drogensucht nicht die Ursache, sondern vielmehr die Folge aus vorangegangenen Problemen und Verletzungen ist.

Enzo

Der zweite Befragte beginnt seine Vorgeschichte mit der Darstellung seiner Familie. Diese ist dem christlichen Glauben verbunden und versuchte, auch ihn zu einem christlichen Leben zu erziehen. Er berichtet davon, dass er vor allem durch seine Eltern Liebe und den christlichen Glauben erfuhr. Obwohl für ihn die Liebe von Vater und Mutter spürbar war, war dennoch die Spannung zwischen den Erwartungen und den weltlichen Dingen vorhanden. Ausschlaggebend war, dass die Großeltern einen großen Einfluss auf seine Eltern hatten und diese darunter litten. Aufgrund ihrer sichtbaren Belastung sah er sich als ebenso belastet (vgl. I6: Z21–38). Von ihnen getätigte Aussagen wie: *Nur der christliche Glaube alleine macht dich glücklich* waren für ihn widersprüchlich. Diese Widersprüchlichkeit führte zu einem Misstrauen ihnen gegenüber (vgl. ebd.: Z46–61). Andere Menschen waren in seinen Augen glücklich, wodurch er sich fragte, wieso er und seine Familie unglücklich sein mussten:

„Ich hab dann angefangen ein gewisses Misstrauen zu haben meinen Eltern gegenüber und hab mich dann auch ein bissl entfernt von ihnen. Und, und ich hab` mir gesagt, ich, ich möcht` nicht so sein wie sie, ich möcht`, ich möcht` resistenter sein wie sie, ich möchte stärker sein“ (ebd.: Z38–42).

Enzo sah sich als nicht handlungs- und gestaltungsfähig und nicht in der Lage, sich in gesundem Ausmaß von dem Unglücklichsein seiner Eltern zu distanzieren. Durch die Aufspaltung zwischen dem glücklichen Weltlichen und der unglücklichen christlichen Familie wurde er misstrauisch. Der Wunsch und der Wille, nicht so wie sie zu sein, war zwar vorhanden, jedoch fehlten die gesunden Handlungsmöglichkeiten (vgl. ebd.: Z42–44). Da er sich entschlossen hat, einen konträren Weg einzuschlagen, folgte auch er falschen Vorbildern, welche ihn negativ beeinflussten. Auch versuchte er im Materialismus der eigenen Diskrepanz zwischen realen Problemen und glücklicher Umwelt zu entfliehen (vgl. ebd.: Z44–46).

In der Vorgeschichte des Befragten wird deutlich, dass für ihn Christsein mit Liebe verbunden ist. Er konnte nachvollziehen, dass es seinen Eltern wichtig war, ihn zu einem Christen zu erziehen und ihm dementsprechende Werte mitzugeben. Da jedoch die fehlende Authentizität und das Leiden von Vater und Mutter eine große Belastung für ihn darstellten, sah er keinen anderen Ausweg als ein Entfernen von diesen und konnte damit auch keine Hilfe mehr von ihnen annehmen. Das hatte die Folge, dass er dem Materialismus und dem

Weltlichen viel Wert zusprach. Durch seine Bezeichnung *weltlicher Materialismus* kann angenommen werden, dass der Interviewte an eine Transzendenz glaubt und versucht, dem Weltlichen nicht allzu viel Relevanz zu zuschreiben.

Nikolaus

Nikolaus beginnt ebenso wie Enzo mit der Schilderung seiner Familie. Er beschreibt seine Kindheit als *normal*, jedoch empfand er die Erziehung seiner Mutter als streng. Der Interviewte hatte das Gefühl, nicht so viele Freiheiten wie andere Kinder zu haben und litt darunter. Er erlebte es als eine ständige Bearbeitung seines Gewissens, was dazu führte, dass er ein solches entwickelte, welches ihn in seiner Handlungsfreiheit einschränkte. Er beneidete die lockere Art anderer Kinder und Jugendlicher. Bezüglich seiner Sucht meinte er, dass diese *relativ spät* begann. Mit 15 Jahren konsumierte er das erste Mal Cannabis, weil ihn das *Verbotene* faszinierte (vgl. I7: Z18–43). Da er es nicht als Droge sah, behielt er den Gelegenheitskonsum bis zu seinem 22. Lebensjahr weiter bei: „Und es ..., zwischen 15 und 22 war das eher so ein, so ein, so ein, normaler Gebrauch“ (ebd.: Z44–45). In dieser Zeit absolvierte er die Matura und besuchte anschließend ein Tourismuscollege (vgl. ebd.: Z45).

Der Interviewte beschreibt seine Kindheit zwar als *normal*, jedoch betont er im selben Atemzug die strenge Erziehung der Mutter. Es kann angenommen werden, dass der Befragte versucht anhand der Kindheit nichts der Familie und insbesondere seiner Mutter zuzuschreiben und diese bezüglich seiner Drogensucht außen vor zu lassen. Dennoch betont er seinen Frust und Neid den anderen Kindern und deren Freiheiten gegenüber. Sein ausgeprägtes Gewissen dürfte sich in dieser Hinsicht als hinderlich erwiesen haben.

Bezüglich seiner Sucht betonte er zu Anfang, dass diese *relativ spät* begann, dennoch ist zu beachten, dass er seine ersten Erfahrungen mit illegalen Drogen bereits im Alter von 15 Jahren machte. In weiterer Folge wird ersichtlich, dass er die Zeit bis zu seinem 22. Lebensjahr als unproblematisch bezeichnet und sich nicht als abhängig erlebte. Er führt eine klare Trennung zwischen dem Gelegenheitskonsum als Jugendlicher, welcher für ihn nur aus Faszination vor dem Verbotenen stattfand, und dem exzessiven Konsum als Erwachsener an.

Da er die Matura und das Tourismuscollege erfolgreich absolvierte, kann von Potential, Ressourcen und Durchhaltevermögen ausgegangen werden.

Susi

Susis Einstieg in das Interview nahm gleich Bezug auf die religiöse Spiritualität in der Familie. In dieser gab es keinen *richtigen* Glauben, sondern nur Tradition, was sie als traurig

empfindet: „[...] Glaube hats bei uns nie gebrn. Das war ka Thema. Wobei i a sagen muss, also unsere Familie eher aus ärmlichen Verhältnissen ist, also Großeltern total, also wirklich sozial niedere Schicht ja“ (I8: Z21–23). Interessant ist die Verknüpfung des mangelnden Glaubens mit den ärmlichen Verhältnissen der Familie, der niedrigen Schulausbildung der Mutter und der dürftigen Erziehung. Aufgrund der Überforderung der Mutter hatte die Interviewte das Gefühl, dass sie sich selbst erzog. Ihre Neugier und das Bedürfnis, viel zu lernen, konnten durch die Mutter nicht gestillt werden (vgl. ebd.: Z18–38).

Das traurige Empfinden der Befragten, dass religiöse Spiritualität in ihrer Familie nur als Tradition gesehen wurde, zeigt, dass sie sich einen *richtigen* Glauben gewünscht hätte. Da sie den traditionsbedingten Glauben mit den ärmlichen Verhältnissen der Familie und dem Stand der Bildung in Verbindung setzt, zeigt sich, dass für sie ein höherer Bildungsstand und eine gehobenere soziale Schicht ein Mehr an *richtigem* Glauben bedeuten würden. Da ihre Mutter immer überfordert war und auf die Wissbegierde ihrer Tochter nicht adäquat reagierte, hatte die Interviewte nichts, woran sie wachsen und lernen konnte, und auch niemanden, der ihr *richtige* religiöse Spiritualität vorlebte und lehrte.

Alex

Als langjähriger Lastkraftwagenfahrer war der Interviewte Alleinverdiener. Des Weiteren war er dafür zuständig, seine Frau und zwei Kinder finanziell zu versorgen. Durch diesen Druck machte er viele Überstunden und übernahm neben den Tagesschichten oftmals auch Nachtschichten. Ein Bandscheibenvorfall ließ nicht lange auf sich warten. Eine gesundheitliche Einschränkung hätte bedeutet, dass der Interviewte nicht mehr so viel Geld verdienen würde. Da er dies nicht in Kauf nehmen wollte, ließ er sich Schmerzmittel verabreichen. Bereits zu dieser Zeit merkte er, dass er aufgrund der lindernden Wirkung Gefallen an den Substanzen fand. Fehlende Aufklärung, mangelndes Wissen und das noch nicht erweiterte Suchtmittelgesetz führten zu einem übermäßigen Konsum. Da der Interviewte nicht wusste, wie sich ein Entzug anfühlte, bemerkte er diesen auch nicht. Er führte die Entzugserscheinungen auf die Probleme mit seinen Bandscheiben zurück und bemerkte nicht, dass er bereits süchtig war. Der Konsum von Medikamenten ging über einige Jahre, ohne eine Sucht zu bemerken. Bereits mit 20 Jahren hatte er seine erste Panikattacke. Die Ursache wurde nicht genannt, jedoch kann angenommen werden, dass es an der hohen Arbeitsleistung in Kombination mit den Medikamenten lag. Die ÄrztInnen meinten, dass es eine Störung des vegetativen Nervensystems sei und gaben ihm Benzodiazepine. Aus Angst, das Erlebte noch einmal durchzumachen, besorgte er sich weitere in der Apotheke und konsumierte diese ebenso. Einer Suchtentwicklung war er sich nicht bewusst (vgl. I9: Z18–143).

Heute weiß der Interviewte, dass das enorme Arbeitspensum für ihn nicht nur physisch, sondern auch psychisch überfordernd war und seine Suchterkrankung berufsbedingt entstand. Förderlich war dahingehend auch, dass zu dieser Zeit diverse abhängig machende Medikamente noch nicht im Suchtmittelgesetz aufgenommen waren und damit ein größeres Abhängigkeitsrisiko bestand. Bereits vor dem Bandscheibenvorfall war die große finanzielle Belastung, welche er alleine trug, bedrückend für ihn. Erkenntlich ist dies vor allem an der Panikattacke, welche er bereits mit 20 Jahren hatte. Hinzu kommt die damalige Unwissenheit bezüglich Sucht und Suchtmittel. Die Kombination dessen lieferte eine gute Basis für eine Abhängigkeit.

Martin

Martins Vorgeschichte begann bereits mit der Alkoholsucht seines Vaters: „I hob hoit vü daham gsehn bei meine Öltan, bei mein Votan, weil der hot trunken. Vo kla auf scho jo“ (I10: Z34–35). Durch die Erfahrungen mit dem alkoholisierten Vater war der Interviewte schon sensibilisierter hinsichtlich Suchterkrankungen. So fiel ihm bereits früh auf, dass seine SchulkollegInnen während der Schulzeit tranken. Es dauerte nicht lange, bis er sich ihnen anschloss und mit ihnen gemeinsam trank. Ein Jahr später konsumierte er alleine. Erklärungen für seinen frühen Alkoholkonsum hat er nicht. Seiner Ansicht nach liegt eine mögliche Ursache darin, dass er den alkoholkranken Vater miterlebte. Obwohl ihm diese Erfahrungen nicht gefielen, begann er selbst in jungen Jahren zu trinken und in weiterer Folge Marihuana zu rauchen (vgl. ebd.: Z18–49).

Der erste Kontakt mit Suchtmitteln wurde durch seinen Vater hergestellt. Obwohl er bereits einige negative Erfahrungen in Zusammenhang mit Sucht machte, entwickelte er selbst eine. Möglicherweise lernte er in seiner Familie keinen gesunden Umgang mit Substanzen und auch das Trinkverhalten des Vaters wurde nicht mit den Kindern besprochen. Hinzu kommt das ungesunde soziale Netzwerk in der Schule. Ebenso ist zu bedenken, dass er sich bewusst für den Konsum in der besagten Gruppe entschieden hat. Hierzu passen mehrere Erklärungsversuche: Der Konsum fand aus Trotz/Ärger oder Flucht gegenüber der Situation zuhause statt oder aber, weil er es von seinem Vater nicht anders lernte und ihm dieses Verhalten vertraut war.

Patrick

Der Interviewte gibt an, nie einen Grund gehabt zu haben, um mit Drogen zu beginnen: „I wor imma irgendwie anfällig für sowas na. Des, des wor mei Problem [lacht]“ (I11: Z24–25). Seiner Meinung nach war der Einstieg mit Marihuana daran schuld, dass er später zu

anderen Drogen griff. Durch den Einfluss und den Umgang mit falschen Personen begann er, neben Marihuana Partydrogen zu konsumieren. Durch den Antriebe von Partydrogen benötigte er Beruhigungsmittel, welche er von einem Bekannten bekam. Des Weiteren führt er aus, dass er von diesen depressiv wurde und zwanghaftes Gedankenkreisen entwickelte. Da er sich selbst nicht imstande sah, die Situation zu kontrollieren, besorgte er sich Heroin. Dieses hinderte ihn nicht am Aufstehen, Arbeiten und generell am Alltag, wodurch es das optimale Mittel war, um den Tag gut zu überstehen (vgl. ebd.: Z18–36).

Bei Patrick kristallisiert sich besonders das Umfeld als größter Einflussfaktor heraus. Da in der Familie kein Missbrauch von Substanzen vorhanden war, kam Patrick durch FreundInnen und ArbeitskollegInnen zu den ersten Drogen.

Thomas

Für den Interviewten begann seine Vorgeschichte bereits mit einer persönlichen Krisenzeit durch den Umzug von Deutschland nach Österreich im Alter von ungefähr fünf Jahren. In Deutschland hatte er FreundInnen und keine *Anpassungsstörungen*. Obwohl er bereits dort Gewalterfahrungen machte und darunter litt, keine männliche Bezugsperson zu haben, beschreibt er es als die schönste Zeit seines Lebens. Österreich hingegen ist für ihn das Land, in welchem seine Probleme begannen (vgl. I12: Z18–39).

Da der Befragte bereits die Zeit im Kindergarten als traumatisch erlebte, kann davon ausgegangen werden, dass er seine Vorgeschichte als wenig präsent erlebt und das Gefühl hat, eine früh beginnende und lange Krisenzeit gehabt zu haben. Auch ist es ein normales Verhalten, vergangene Zeiten zu idealisieren, wie Thomas es mit der Zeit in Deutschland macht. Thomas benötigt für sich einen Beginn für all seine Probleme. Wenngleich bereits in Deutschland Traumata passiert sind, wird der von seiner Mutter entschiedene Umzug nach Österreich verantwortlich gemacht.

4.2.4 Krisen- & Prodromalzeit

Eine Krise kann familiäre Probleme, Trennungen, Gewalt, Einsamkeit u. v. m. bedeuten. Diese ist nicht mit der Prodromalzeit gleichzusetzen, welche hingegen den Abschnitt der erlebten Abhängigkeit beschreibt. Da die zwei Zeiten durch die Mehrheit der Interviewten häufig als gleichzeitig stattfindend betrachtet wurden, kommt es zu einer gemeinsamen Darstellung ebendieser.

Daniele

Danieles Krisen- & Prodromalzeit war zwischen 15 und 22 Jahren, in welcher Cannabis die Leitdroge darstellte. Durch äußere Strukturen wie die Schule hielt sich der Konsum im Rahmen. Dadurch fiel jedoch auch niemandem auf, dass er Probleme hatte. In diesem Alter hatte er eine besondere Affinität zu Künstlern, mit welchen er sich identifizierte. Für ihn zeichnete sich ein künstlerisches Verhalten besonders durch Stimmungsschwankungen aus. Genau diese Beschreibung erhielt er von anderen, wodurch er sich noch mehr dieser Gruppe zugehörig fühlte (vgl. I5: Z51–59).

Obwohl er eine Klasse drei Mal wiederholen musste, schaffte er trotz Drogenkonsum schlussendlich die Matura und begann zu studieren. Ein Jahr lang hielt er auf der Universität aus, doch nach einem Beziehungsende ging für ihn alles in die Brüche und er fühlte sich weder zu einem Studium noch zur Arbeit in der Lage (vgl. ebd.: Z60–62).

Anzunehmen ist, dass Daniele diese Zeit bereits verarbeitet hat, da er sie klar und reflektiert wiedergeben und zeitlich abstecken kann. Durch die Zuschreibung der Menschen, dass er ein typischer Künstler ist und seine Zustimmung dazu, wurden seine eigentlichen Probleme kaschiert. Zwar fiel er in der Schule auf und auch die Isolation zuhause war bedenklich, jedoch wurden durch die Zuordnung seiner Person die ersten Anzeichen von sozialen Auffälligkeiten relativiert und nicht ernstgenommen. Dennoch schaffte er trotz seines Drogenkonsums die Matura, was nach außen hin wiederum den Anschein erweckte, dass alles in Ordnung wäre. Da er die Schule trotz Widerwillen und Drogenkonsum schaffte, wird ersichtlich, dass der Interviewte Ressourcen und Stärken besessen haben muss. Es wird festgestellt, dass seine Krisenzeit mit der Schulzeit beendet war und somit vor allem die Bildungseinrichtung eine große Belastung für ihn gewesen ist. Umso deutlicher wird sein Ressourcenvermögen, um diese lange Zeit erfolgreich zu beenden.

Enzo

Enzo bezeichnet die Zeit zwischen seinem 13. und 19. Lebensjahr als Krisen- & Prodromalzeit. Er begann mit 13 Jahren mit den Drogen und hörte bis zum 19. Lebensjahr nicht auf (vgl. I6: Z67–68).

Trotz seines Substanzmissbrauchs konnte er sich ein Auto finanzieren und die Schule absolvieren. Für ihn war sein Inneres zwar im Chaos, jedoch konnte er äußerlich die Fassade aufrechterhalten und diese Dinge erreichen. Dennoch war er nicht zufrieden und fühlte, dass ihn materielle Dinge nicht erfüllten. So kam es, dass er mit 19 Jahren mit Heroin begann und dadurch alles verlor. In dieser Zeit empfand er sich durch die Drogen so vernebelt, dass er kein Bewusstsein mehr dafür hatte, was andere für ihn getan haben oder

tun wollten (vgl. ebd.: Z68–72). Zwar sieht er den Einfluss, den falsche Freundschaften auf ihn hatten, dennoch weiß er, dass er sich für den Konsum entschieden hatte, da er nicht mit sich selbst zufrieden war und etwas Außergewöhnliches erleben wollte (vgl. ebd.: Z73–78, 82–85).

Obwohl die Belastungen in der Familie zuerst genannt wurden, ist der Interviewte dennoch der Ansicht, dass die Basis für den Drogenkonsum durch falsche Freundschaften gelegt wurde. Dabei kann angenommen werden, dass er unter Umständen die Schuld nicht seinen Eltern geben möchte, da die Enttäuschung über sich, deren Hilfe nicht erkannt und anerkannt zu haben, noch zu groß ist. Des Weiteren kommt er auf seine Selbstverantwortung zurück, indem er betont, dass es eigene Entscheidung war, Drogen zu konsumieren, und diese in seiner Unzufriedenheit mit sich selbst begründet lag. Inwiefern diese durch das Leiden der Eltern gefördert wurde, kann nicht geklärt werden.

Nikolaus

Nikolaus berichtet, dass für ihn seine persönliche Krisen- & Prodromalzeit mit dem einjährigen Auslandsstudium in Australien begann. Vor allem sein Aufenthalt in einem schlechten Umfeld, brachte ihn dazu, seinen Konsum zu erhöhen. Schlussendlich rauchte er ein halbes Jahr lang täglich über 30 Wasserpfeifen und konsumierte LSD. In dieser Zeit hatte er immer wieder depressive Phasen und war auf Entzug. Während eines *LSD-Trips* hatte er ein Bekehrungserlebnis, in welchem er Jesus sah, der ihn aus den Drogen herauszog. Aufgrund dieser Erfahrung fasste er den Entschluss, mit den Drogen aufzuhören (vgl. I7: 51–87).

Die Lösung der Familie durch die örtliche Trennung bewirkte einen großen Schritt in Richtung Suchtentwicklung. Der Abstand dazu und das Entkommen der Kontrolle seiner Mutter führten dazu, dass sich sein Konsum steigerte. Hinzu kamen FreundInnen, welche den Umgang mit Drogen pflegten und ihn damit mit ins Boot holten. Die vorangegangene Faszination wich der Realität der Drogen und deren Entzugserscheinungen und Nebenwirkungen. Ab diesem Zeitpunkt dürfte ihm erst bewusst geworden sein, dass er abhängig ist. Das StudentInnenleben ohne jegliche Verpflichtung verursachte wiederum einen gesteigerten Konsum. Aufgrund der Einnahme von psychedelischen Drogen kam es zu verschiedenen Halluzinationen. Unter anderem erlebte der Interviewte eine Situation, in welcher er das Gefühl hatte, von Jesus gerettet zu werden. Dieses Erlebnis dürfte so eindrucksvoll gewesen sein, dass er schlussendlich aufzuhören beschloss.

Susi

Als einschneidendes Erlebnis und damit den Beginn ihrer Krisenzeit beschreibt Susi die Trennung ihrer Eltern. Besonders traf sie, dass ihr Vater, zu welchem sie aufsaß und der ihr Vorbild war, nicht mehr da war. Sie hatte eine enge Bindung zu ihm, daher war es umso schmerzhafter, dass sich die Eltern trennten. Mit der Scheidung folgte der Notenabfall in der Schule, ihr Verhalten wurde aggressiver und sie verkehrte in einem schlechteren Umfeld (vgl. I8: 44–77).

Bezüglich ihrer Mutter kann sich die Befragte vorstellen, dass sie mit ihr überlastet war, was sie jedoch durchaus nachvollziehen kann. Dennoch betont sie, dass ihr Vater mehr Erziehungsqualität als ihre Mutter besaß. Mit 16 Jahren beschloss sie, in die leere Wohnung des Freundes der Mutter zu ziehen, um von dieser wegzukommen. Zwar war sie von ihr finanziell abhängig, jedoch machte sie, was sie wollte, da sie nicht zu ihr durchdringen konnte. Trotz der Umstände schaffte sie die Matura mit drei Jahren Verspätung (vgl. ebd.: 77–124).

Mit 29 Jahren begann langsam die Prodromalzeit. In dieser probierte sie das erste Mal Heroin. Für sie war es das perfekte Medikament. Heute weiß sie, dass sie es lediglich aufgrund ihrer Unsicherheiten nahm, welche womöglich durch die Scheidung entstanden sind. Auch berichtete sie von ÄrztInnen, welche die Ansicht vertraten, dass sie durch die Drogen versuchte, sich selbst zu heilen. Aus heutiger Sicht würde sie dennoch wieder Heroin konsumieren, jedoch hätte sie nicht erst mit 29 Jahren, sondern früher damit begonnen (vgl. ebd.: 124–155).

Da Susi bereits als Kind zu ihrem Vater aufsaß und dieser erziehungstechnisch eher befähigt war, ein Kind großzuziehen, erhält dieser eine höhere Stellung als ihre Mutter. Bei der Interviewten wird ersichtlich, dass bezüglich ihrer Mutter weder Vorwürfe noch Verurteilungen ausgesprochen wurden. Dies führt zu der Annahme, dass sie diesen Teil ihrer Lebensgeschichte bereits verarbeitet hat. Auch die Feststellung, dass sie für ihre Mutter wahrscheinlich eine Belastung war, trifft sie emotional nicht, was eine bereits vorhandene Bearbeitung bekräftigt.

Hinsichtlich des Drogenkonsums zeigen die fehlende Einsicht und die Verherrlichung des Heroins, dass sie ihre Abhängigkeit noch nicht im Griff hat. Dass sie es fast bereut, nicht schon früher über die Wirkung des Heroins Bescheid gewusst zu haben, lässt vermuten, dass sie den Drogen immer noch positive, fast schon verherrlichende Eigenschaften zuschreibt.

Alex

Ein entscheidender Moment in dem Leben des Interviewten war die Scheidung. Da ihn seine Frau von heute auf morgen verließ, konnte er sich nicht darauf vorbereiten. Aufgrund der Trennung erlitt er einen Nervenzusammenbruch, bei welchem er Medikamente als hilfreich erlebte. Nach einiger Zeit lernte er eine junge Frau kennen, welche kurzerhand bei ihm einzog. Auch hier führte er die Beziehung nach altem Muster. Er arbeitete viel, um der Freundin einige Dinge, unter anderem ein neues Auto, zu finanzieren. Durch eine vergessene Rate für eben dieses entstand für ihn eine Stresssituation, da seine Freundin Druck machte. An diesem Tag kam es aufgrund verschiedener Umstände zu einem Banküberfall durch den Befragten. Bei diesem tötete er unbeabsichtigt einen Angestellten. Er wurde verhaftet, wegen Mordes angeklagt und bekam eine bedingte Freiheitsstrafe von über 22 Jahren (vgl. I9: Z149–233).

Für Alex wurde eine Krise, welche er lange nicht verkraftet hat, durch die Scheidung von seiner Frau ausgelöst. Neben seinen Rückenschmerzen und dem damit einhergehenden Schmerzmittelabusus ist eine Suchtkarriere nicht verwunderlich. In weiterer Folge kam bereits die nächste Krise mit dem begangenen Mord und der Haftzeit. Werden der Konsum von schwer abhängig machenden und beeinträchtigenden Medikamenten und die Umstände am Tag des Überfalls bedacht, kann von einer Kurzschlusshandlung ausgegangen werden. Die Prodromalzeit ist in dieser Phase bei dem Interviewten noch nicht eingetreten.

Martin

Bereits im Alter von 16 Jahren wusste der Befragte, dass er ein Suchtproblem hat. Da er sich nicht imstande sah, dieses alleine zu bearbeiten, versuchte er immer wieder, seine Mutter auf seine Abhängigkeit aufmerksam zu machen. Diese nahm den indirekten Hilfeschrei jedoch nicht wahr, weswegen sich nichts an seinem Konsumverhalten änderte. Auch begünstigte seine Lehrstelle seine Abhängigkeit, weil ihn ein Arbeitskollege zum Trinken ermunterte und aufforderte. So verlief es bis zu seinem 18. Lebensjahr. Zum Alkohol kamen Marihuana und Medikamente hinzu. Diese hat er von jemandem aus der Ortschaft erhalten. Ferner begann er mit dem Anbau von Marihuana. Auch hier wussten seine Eltern nichts. Wegen seines Suchtverhaltens kam es schließlich zum Arbeitsverlust, welchen er hinnahm. Mit der Zeit kam er mit seiner psychischen Situation und seiner Abhängigkeit nicht mehr zurecht und plante einen Selbstmordversuch. Dieser wurde durch einen vorangegangenen Bordellbesuch im Ausland, bei welchem er seine Exfrau kennen lernte, abgewendet. Die Beziehung basierte darauf, dass sie sich beide gegenseitig helfen konnten. Da sie jedoch selbst Marihuana rauchte, funktionierte die gegenseitige Unterstützung nicht, vor allem, weil sich der Interviewte nicht vollends von ihr unterstützt fühlte. Des Weiteren sagte ihm seine

Frau bereits, dass es ohne ihn besser gehe, wenn er in einer stationären Therapie sei. Daher sah er auch keinen Sinn mehr darin, sich für die Familie auf Entzug zu begeben. Anschließend folgten mehrere Entzüge und Psychiatrieaufenthalte, welche alle keine Änderung bewirken konnten (vgl. I10: Z55–237).

Obwohl Martin nie über Sucht und Substanzen aufgeklärt wurde, bemerkte er bereits als Jugendlicher seine Abhängigkeit. Hierfür benötigt es einen gewissen Grad an Reflexionsvermögen, welches er scheinbar besaß. An dieser Stelle zeigt sich, dass ein wachsames Auge und die entsprechende Hilfestellung und Unterstützung seitens der Eltern bzw. des engen sozialen Netzwerkes essenziell gewesen wären. Ein öffentliches Eingeständnis gegenüber den Eltern hätte unter Umständen eine Veränderung in seiner Lehrstelle und eine frühere Behandlung seiner Sucht bewirkt.

Bezüglich der Psychiatrieaufenthalte und Entzugsversuche ist erwähnenswert, dass das Familiensystem in keinen dieser stationären Aufenthalte miteinbezogen wurde. Auch das Arbeitsklima wurde nicht besprochen, zwei Dinge, die für Martin immer wieder Belastungen darstellten und Rückfälle mitverursachten. Hier hätte auf die Bedürfnisse des Interviewten mehr eingegangen werden müssen. Da dies aber nicht der Fall war, brach er seine stationären Aufenthalte jedes Mal nach einigen Tagen wieder ab.

Patrick

Die Krisen- & Prodromalzeit war für Patrick die Erfahrung von Entzugserscheinungen. Da sich bereits sowohl der Körper als auch die Psyche daran gewöhnt hatten, stieg auch das *Craving*. So begann eine Suchtspirale. Durch den Hinweis eines Kollegen, dass er auf Entzug ist, kam er zum Heroin. Da ihm durch das Heroin wieder besser ging, sah er keinen Grund, damit wieder aufzuhören. Durch weitere Bekanntschaften begann er, *Subutex* zu konsumieren. Mit der Zeit machte er durch den immer höheren Gebrauch von Drogen Schulden und konnte sich den Konsum schlussendlich nicht mehr leisten. Aus diesem Grund suchte er eine Ärztin auf, welche ihn substituierte. Durch die Substitution hatte er stets eine Sicherheit und konnte sich den *Beikonsum* finanzieren (vgl. I11: Z42–61).

Hier wird deutlich sichtbar, dass das Umfeld mitunter ausschlaggebend ist, wie sich eine Sucht entwickelt. Das Aufsuchen von Hilfe wurde für ihn erst dann notwendig, als er kein Geld mehr für Substanzen hatte. Es benötigte eine aussichtslose Lage, um sich Hilfe zu holen. An dieser Stelle wäre es sinnvoll gewesen, Patrick in eine Suchtberatungseinrichtung zu schicken, um ihn zunächst aufzuklären und ihn anschließend hinsichtlich seiner Suchterkrankung zu beraten und zu betreuen.

Thomas

Bereits ein paar Jahre nach dem Umzug von Thomas und seiner Mutter wurde er mit neun Jahren sexuell missbraucht. Des Weiteren wurde er von seinen FreundInnen ausgenutzt und gemobbt. Die Erfahrungen, welche er bereits in Deutschland machen musste, und jene, die kurz nach seiner Ankunft in Österreich geschahen, führten dazu, dass er in der Schule auffällig wurde. Zwar verstand er sich mit weiblichen Lehrerinnen, hatte er jedoch männliche, war es ihm ein dringendes Bedürfnis, eine Vaterfigur in ihnen zu sehen, was einige Probleme in der Schule mit sich brachte. Ebenso starb seine große Liebe bei einem Autounfall, was ihn tief traf (vgl. I12: Z45–83).

Thomas hatte bereits als kleines Kind keine Ressourcen und Copingstrategien, um alle diese Erlebnisse verarbeiten und damit umgehen zu können. Weder seine Mutter noch die Lehrerschaft bemerkte, dass er professionelle Hilfe benötigte. Somit fanden weder Unterstützung noch Verarbeitung statt. (Präventive) Hilfe und Unterstützung wären in diesem Fall dringend notwendig gewesen. Da weder die Mutter noch andere betreuende Personen sensibilisiert dafür waren und scheinbar auch nicht die entsprechende Sensitivität besaßen, wurde bei dem Befragten bereits im Kindesalter die Basis für eine aufkommende Suchterkrankung geschaffen. Der Umzug, sexueller Missbrauch, das Fehlen einer gesunden männlichen Bezugsperson und der Mangel an Betreuung waren schlussendlich ausschlaggebend für eine Abhängigkeit.

4.2.5 Belastungszeit

Die Belastungszeit folgt unmittelbar nach der Krisenzeit. In dieser werden verschiedene Belastungen, welche der Drogenkonsum verursachte, beschrieben. Auch kommt es zu einer Erläuterung von Belastungen, welche den Konsum verstärkten.

Daniele

Da Daniele nicht wusste, wie er mit seinem Leben zurechtkommen sollte, und grundsätzlich fern der Realität war, fühlte er sich hilflos. Zwar suchte er sich psychiatrische Hilfe, diese nützte ihm jedoch nicht. Mitunter verstand er auch nicht, was der damalige Arzt von ihm wollte und erwartete und konnte dementsprechend mit seinen Ratschlägen auch nichts anfangen (vgl. I5: Z78–84).

In der professionellen Hilfe gab es Verständnisschwierigkeiten, was scheinbar zu noch mehr Hilflosigkeit führte. Da es weder Weitervermittlungen zu einer/m PsychotherapeutIn noch zu suchtspezifischen Einrichtungen gab, war der Befragte nach seinem Besuch beim Psychiater nicht weiter betreut. Hinsichtlich der medizinischen Versorgung muss festgehalten werden,

dass Daniele mangelhaft beraten und betreut wurde und es mehr Engagement seitens des Arztes benötigt hätte, um Danieles Bedürfnisse in der Behandlung und Betreuung gerecht zu werden.

Enzo

Der Interviewte berichtete davon, gespürt zu haben, dass es seinem Körper trotz des Drogenkonsums zwar gut ging, jedoch war es für ihn, als fehlte ein Stück in seinem Herzen. Er wusste, dass seine Mutter dafür betete, er solle in eine Glaubensgemeinschaft eintreten. Dies war für ihn allerdings ein unmöglicher Gedanke, da ein Eintritt in eine solche für ihn bedeutet hätte, ein Versager zu sein. Aus diesem Grund konnte er den Wunsch seiner Mutter lange nicht akzeptieren. Er wollte es zuerst auf seine Art und Weise probieren und begann, in Therapie zu gehen. Da ihm diese nicht half und er mit der Zeit mehr Vertrauen in seine Mutter entwickelte, entschied er sich schlussendlich, sich in eine Glaubensgemeinschaft zu begeben, um dort gemeinsam mit anderen Personen mit einer Abhängigkeit zu leben und in religiöser Spiritualität zu wachsen (vgl. I6: Z89–104).

Für Enzo war das Gefühl der inneren Leere belastend. Obwohl er die Hilfe der Mutter nicht sofort annehmen konnte, war er in der Lage, sich selbst Handlungs- und Entscheidungsalternativen zu suchen und diese umzusetzen. Dies zeugt von einem bestehenden Copingvermögen. Für ihn war es wichtig, nach der Inkohärenz, welche er bei seinen Eltern beobachtete, zuerst wieder Vertrauen in die Mutter aufzubauen, um deren Ratschläge und Bitten ernst zu nehmen. Der Befragte brauchte Vertrauen und das Erkennen der Hilfslosigkeit der eigenen Mutter, um sein Hilfespektrum erweitern zu können.

Nikolaus

Nikolaus beschreibt die Zeit nach Australien als Belastungszeit. In dieser war er immer wieder psychotisch. Er kam aufgrund dessen auch wieder zurück nach Österreich und ließ sich in einem Spital aufnehmen. Durch Fehleinschätzung seitens der begutachtenden ÄrztInnen war er für sechs Wochen in einer Klinik gegen Depression, jedoch nicht wegen seiner Suchterkrankung. Er fühlte sich dort nicht wohl und hatte auch das Gefühl, nicht richtig betreut zu werden. Nachdem er aus der Klinik entlassen wurde, fühlte er sich wie zuvor und führte sein Leben weiter, als wäre alles in Ordnung. In dieser Zeit wurde seine Freundin schwanger. Da diese in Südtirol lebte und er sein Studium in Wien weiterführen wollte, kam es zu einer örtlichen Trennung, welche ihn schwer belastete. Der Interviewte konnte seine Wünsche nach einer Langzeitbeziehung, dem Fortführen seines Studiums und seines bisherigen Lebens nicht vereinen und wurde aufgrund dessen wieder rückfällig. Es

gab Therapieversuche, welche allerdings jedes Mal nach kürzester Zeit scheiterten (vgl. 17: Z91–165).

Da Nikolaus sich kurz nach der Ankunft in Österreich stationär in Therapie begab, kann angenommen werden, dass die elterliche Strenge ab diesem Zeitpunkt wieder präsent war. Zwar kam es schnell zu einer medikamentösen Einstellung und Behandlung, therapeutisch oder psychosozial wurde er jedoch nicht betreut. Auch stellte seine Depression den Schwerpunkt seines Aufenthaltes dar, wodurch unklar ist, inwiefern seine Suchterkrankung thematisiert und behandelt wurde. Obwohl ihn das Angebot nicht ansprach und er sich nicht zugehörig fühlte, kam er dennoch mit dem Gedanken zurück, dass wieder alles in Ordnung sei. Durch die fehlende Aufklärung bezüglich Suchtmittel und Abhängigkeit ist es durchaus nachvollziehbar, dass der Interviewte dieser Annahme war. Spätestens nachdem seine Freundin schwanger wurde, wurde das bereits genannte ausgeprägte Gewissen insofern aktiv, als er sich nicht in der Lage sah, alle seine Bedürfnisse unter einen Hut zu bringen. Er konnte weder den Wunsch nach einer Langzeitbeziehung noch nach einem Studienabschluss erfüllen. Aufgrund dieses Dilemmas wurde er wieder rückfällig. Daher kann angenommen werden, dass der Interviewte keine ausreichende Stabilität besaß, um mit dieser Spannung und Ambivalenz umgehen zu können.

Bezüglich der Therapieversuche ist zu erwähnen, dass diese nur halbherzig wahrgenommen und zweckentfremdet wurden: Das Geld, welches ihm die Eltern zur Finanzierung der Therapie gaben, verwendete er für Drogen und ging nicht in Therapie.

Susi

Susis Belastungszeit begann für sie nach der Trennung ihrer Eltern. Sie fing an, gegen Regeln, Schule, Polizei etc. zu arbeiten. Dennoch betont sie, dass sie abgesehen von der Scheidung keine schreckliche Kindheit hatte. Was ihr persönlich komisch vorkommt, ist, dass sie bereits in der Volksschule Wein und im Gymnasium Haschisch konsumierte. Dann kam die Hippiezeit, in welcher sie eine andere Welt, außerhalb ihrer Wohnumgebung, kennen lernte. Mit ca. 20 Jahren legte sie ihr Hippiedasein ab und begann zu studieren. Da sie sich auf der Universität nicht zurecht fand, begann sie im Gastgewerbe zu arbeiten und lernte ihre große Liebe kennen. Da der Freundeskreis ihres Freundes Drogen nahm, dauerte es nicht lange, bis sie ebenso konsumierte. Zwei Jahre später kam sie wieder über FreundInnen zum Heroin und entschied sich bewusst dafür, es probieren zu wollen. Sie fügte an dieser Stelle hinzu, dass sie die Drogen nicht wollte, um Probleme zu verdrängen, sondern um ihr Leben noch mehr zu *pushen*, damit es ihr noch besser geht. Allerdings war für sie im Nachhinein betrachtet ihre Unsicherheit immer ein großes Thema und mittlerweile ist sie der Ansicht, dass sie mitunter deshalb abhängig wurde. Dennoch ergänzt sie, dass diese Zeit für sie

aufregend und „geil“ war. Als ihr Freund sie nach vier Jahren Beziehung vor die Wahl stellte sich für ihn oder die Drogen zu entscheiden, wählte sie die Drogen. Daraufhin verließ er sie. Er sorgte noch dafür, dass sie substituiert wurde und zog sich anschließend gänzlich zurück. Danach hatte sie einige weitere Beziehungen, in welchen die Partner immer die Rolle der Drogenversorger einnahmen. So lebte sie fast 20 Jahre. Für Susi war es ein Tauschgeschäft: Drogen gegen Sex. Auch verkraftete sie nicht, alleine zu sein. Zusätzlich zur Substitution begann sie mit dem Alkohol, welcher für sie als Seelentröster fungierte. Heute ist sie der Meinung, dass die Substitution ein Fehler war, weil sie es bis heute nicht geschafft hat, davon wegzukommen. Zudem bringt sie damit ihre geringen sozialen Kontakte in Verbindung. Acht Jahre später erfuhr sie auf einer Langzeittherapiestation, dass sie Leberzirrhose hat. Dennoch fing der Konsum wieder von vorne an. Am Ende war es für die Befragte wichtig, zu erwähnen, dass sie es schaffte, 17 Jahre lang täglich Kokain und Heroin zu haben und konsumieren zu können, und in dieser Hinsicht für sich persönlich etwas erreicht hat (vgl. I8: Z159–501).

In Zeiten der Pubertät ist erkenntlich, dass die Interviewte durch die Trennung der Eltern auffällig wurde. Da ihr ihre Mutter keine Grenzen setzen konnte, wurde Susi in dieser Zeit zu einer Rebellin. Mit der Ansicht der Interviewten, ihre Mutter sei kein Vorbild und damit eine Selbsterziehung notwendig gewesen, wird deutlich, dass sie es sich anders gewünscht hätte. Trotz alledem betont sie, dass das einzig Schreckliche die Scheidung war und sie abgesehen davon keine schlimme Kindheit hatte.

Bezüglich des jungen Einstiegsalters in den Konsum von Suchtmitteln kann angenommen werden, dass die Neugier sie dazu bewegte. Gefestigt hat sich der Konsum dann allerdings durch das konsumierende Umfeld. Durch fehlende Aufklärung seitens der Eltern und der Schule konnte sich Susi nur selbst ein Bild von Substanzen und deren Risiken machen und wurde dahingehend durch ihre sozialen Kontakte beeinflusst. Als sie schlussendlich Heroin probierte, entschied sie sich bewusst dafür, was bedeutet, dass kein Gruppenzwang oder Suchtdruck sie dazu drängte, sondern sie selbst dazu bereit war. Auch soziale oder psychische Umstände sind auszuschließen, da sie sich laut ihrer Angaben in der besten Zeit ihres Lebens befand. Somit kam der Probierkonsum aus reiner Neugier wie bereits damals zur Volksschulzeit zustande. Die Drogen hatten für sie vordergründig keine problemverdrängende, sondern eine lebensverbessernde Funktion. Dennoch ist zu bedenken, dass die ÄrztInnen der Ansicht waren, sie führe mit den Drogen Selbstheilungsversuche durch. Da bis auf die Scheidung kein einschneidendes Erlebnis erwähnt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass sie diese nicht verarbeitet hatte. Des Weiteren kam ihre Selbstunsicherheit hinzu, welche sich durch das Heroin minimierte.

Besonders zu beachten ist, dass sie trotz des Konsums die Matura erfolgreich absolvierte, was von vorhandenen Ressourcen zeugt.

Eines der wichtigsten Ereignisse war für sie, als sie ihre große Liebe kennenlernte. Zwar meint sie, dass sie dem Drogen- und Alkoholkonsum nichts abgewinnen konnte, dennoch begann sie, Koks zu sniffen. Da sie dies eher als Gelegenheitskonsum empfand, war sie auch der Ansicht, nicht abhängig zu sein. In weiterer Folge kam es zum Heroinkonsum. Ihre Abhängigkeit reichte soweit, dass sie sich für die Drogen und gegen ihre Beziehung entschied. Auch nach Beziehungsende benutzte sie ihren Exfreund, um an Drogen zu kommen. Ihren Abhängigkeitsgrad realisierte sie dabei nicht. Auch sah sie nicht, dass die Droge bereits so viel Einfluss auf sie und ihr Leben hatte, dass sie sogar bereit war, ein Beziehungsende in Kauf zu nehmen. Den neuen Partner benutzte sie ebenso, um mit Drogen versorgt zu werden. Das wiederholte sich 20 Jahre durchgehend. Es ist deutlich erkennbar, dass ihr Leben in den besagten 20 Jahren nur nach Substanzen ausgerichtet war. Die früher vorhandenen Ressourcen und Copingstrategien sind mit den Jahren und durch den Konsum verloren gegangen. Da sie keine finanziellen Sorgen hatte, nicht arbeiten gehen musste und durch ihre Beziehungen mit Drogen versorgt wurde, war eine so lange Suchtgeschichte ohne soziale Problemlagen möglich. Demnach ist es verständlich, dass sie die Drogenzeit als *aufregend* empfand. Durch den Drogenkonsum verlor sie zunehmend die Fähigkeit, mit schwierigen oder belasteten Situationen umzugehen, schaffte es aber, ihr Leben dennoch als *geil* zu betrachten.

Alex

Alex beschreibt seine gesamte Haftzeit als Belastung. Durch eine Psychiaterin wurde er auf das Substitutionsprogramm aufmerksam. Da er nicht wusste, was das ist und seine behandelnde Ärztin es ihm scheinbar auch nicht näher erklärte, lehnte er ab. Er wusste immer noch nicht, dass er durch die jahrelange Medikamenteneinnahme eine Sucht entwickelt hatte, und wunderte sich deshalb immer wieder, wenn er Entzugserscheinungen erlebte. Nach kurzer Zeit kam er in eine andere Justizanstalt. In dieser wurden die ÄrztInnen ebenso nicht auf seine Abhängigkeit aufmerksam. Als ihm schließlich ein Insasse Heroin anbot, wurden seine Rücken- und Entzugsschmerzen besser. In diesem Moment bemerkte er, dass er eine Sucht entwickelt hatte und es ihm aufgrund seiner Entzugserscheinungen so schlecht ging. Erst an dieser Stelle begann bei dem Interviewten die Prodromalzeit. Aufgrund seiner örtlichen Umstände stellten die Drogen eine optimale Fluchtmöglichkeit dar. Zehn Jahre lang konsumierte er im Gefängnis verschiedene Substanzen. Wiederum durch einen Insassen wurde er über das Substitutionsprogramm aufgeklärt. Daraufhin beschloss er, sich einstellen zu lassen, und hatte ab diesem Zeitpunkt auch keine Probleme mehr mit anderen Insassen, welche die Drogen verkauften. Heute bereut er, dass er das nicht schon früher

gemacht hat. Für ihn war die Substitution jedoch keine Flucht, sondern lediglich die Möglichkeit, ein Schmerzmittel für seinen Rücken zu erhalten. Nach drei Jahren erfuhr er vom Grünen Kreis, der freiwillige Therapiestunden im Gefängnis anbietet. Er meldete sich an und konnte anhand der Gespräche feststellen, dass er schon lange Zeit abhängig war. Über fünf Jahre führte er die Therapie fort, bis er durch sein Engagement in eine Außenstelle der Justizanstalt versetzt wurde, um bald entlassen zu werden. In dieser Zeit starb sein Vater und seine Mutter erkrankte an Krebs (vgl. I9: Z237–306).

Da der Interviewte selbst nicht wusste, dass er eine Sucht entwickelt hatte, und dementsprechend nicht über Entzugerscheinungen oder Substitution informiert war, lehnte er den Vorschlag der Ärztin, in ein Substitutionsprogramm zu gehen, ab. Hier wird erneut deutlich, wie wichtig es ist, bereits in der Suchtprävention anzusetzen. Fehlende Aufklärung und Information können zu einer Abhängigkeit führen, welche in diesem Fall vielleicht sogar hätte verhindert werden können. Auch wurde zu wenig Wissen durch die ÄrztInnen transportiert, um ihre PatientInnen über ihre Medikation zu informieren. Ein weiteres Beispiel hierfür ist, dass der Arzt in der Justizanstalt nicht bemerkte, dass der Interviewte auf Entzug ist. Da er durch andere Insassen zu anderen Substanzen neben den Medikamenten kam, spitzte sich sein Konsum in der Haftzeit zu. Neben der bisherigen schmerzlindernden Funktion der Drogen entwickelten diese eine weitere: die Flucht vor den Schuldgefühlen wegen des Mordes und aus der Realität, weg von der Justizanstalt. Durch die fehlende Aufklärung, die totalitäre Institution und die damit eingegrenzte Verfügbarkeit von Drogen sah sich der Interviewte gezwungen illegal Drogen über Insassen zu besorgen und machte sich damit erneut strafbar. Jene Erklärung zum Substitutionsprogramm, welche er durch die ÄrztInnen bekommen hätte sollen, hat er erneut durch einen Insassen erhalten. Seine Abhängigkeit wurde nicht nur viel zu spät entdeckt, sondern auch dann, als diese bekannt war, scheiterte es an der Weitervermittlung zur Therapie im Grünen Kreis. Auch hier hätte durch den bereits substituierenden Arzt eine Information über das Betreuungsangebot des Grünen Kreises stattfinden müssen. Seine persönliche Einsicht bezüglich der bestehenden Sucht kam erst durch die Therapie zustande. Wäre dies vorher der Fall gewesen, hätte er auch bereits früher daran arbeiten können. Sobald Alex in der Außenstelle der Justizanstalt war, hat er bereits so viele neue Ressourcen erworben, sodass er ohne Substanzen den Tod seines Vaters und den Krebs seiner Mutter verkraftete. Durch die Hilfe des Grünen Kreises war es ihm möglich zu erkennen, dass er eine Sucht entwickelt hatte und ihm die Drogen bei einigen Dingen im Weg standen oder sie verkomplizierten.

Beachtlich ist, dass der Befragte, obwohl die Gefängniszeit für ihn das am meisten belastende Ereignis seines Lebens darstellt, dennoch imstande war, neben seiner

Substitution ohne einen *Beikonsum* auszukommen und sich von seiner Sucht zu distanzieren und diese zu reflektieren.

Martin

Bei Martin fand die Belastungszeit zu jenem Zeitpunkt statt, als er entdeckt hatte, dass seine Frau heimlich Drogen konsumierte. Durch ihren heimlichen Konsum fühlte er sich nicht unterstützt und verletzt. Für ihn ist damit alles zusammengebrochen. Zwar hatte er gerade erst zum ersten Mal eine stationäre Therapie erfolgreich absolviert, aufgrund dieses Ereignisses jedoch wurde er sofort wieder rückfällig. Da er wusste, dass seine Frau ihm mit Scheidung drohen würde und er seiner Verletzung nicht entfliehen konnte, konsumierte er offensichtlicher und exzessiver. Im Nachhinein betrachtet weiß er, dass genau das sein Fehler war, da er dadurch wieder das Verlangen nach Substanzen spürte und nicht einfach wieder aufhören konnte. Kurz danach unternahm er den zweiten Selbstmordversuch. Daraufhin kam er in die Psychiatrie. Während seines stationären Aufenthaltes zog seine Frau mit den Kindern aus und veranlasste die Scheidung. Er begab sich erneut in stationäre Therapie und versuchte die Geschehnisse zu verarbeiten (vgl. I10: Z241–275).

Es kann angenommen werden, dass in der stationären Einrichtung eine andere Art der Betreuung und Behandlung als in anderen Organisationen stattgefunden hatte. Was ihn genau dazu bewegt hatte, dieses Mal durchzuhalten, wurde nicht klar. Deutlich ist jedoch, dass die familiären Aspekte, insbesondere die Ehedynamiken, einen besonderen Einfluss auf das Suchtverhalten von Martin ausübten. Da er derjenige war, welcher Unterstützung benötigte, aber sie von seiner Familie nicht erhielt, sie aber der einzige Grund für ihn war, in stationäre Therapie zu gehen, war seine Motivation nicht mehr gegeben. Hinzu verloren alle seine Bemühungen, ab dem Zeitpunkt, in welchem er seine Frau Drogen konsumieren sah, ihren Sinn. Durch Martins bereits gegebene Instabilität war sein zweiter Selbstmordversuch abzusehen. Anschließend folgten weitere Therapieaufenthalte und ambulante Betreuungen, welche jedoch nur bedingt fruchteten.

Patrick

Patrick ordnet seine Belastungszeit ein, als er bereits Schulden hatte und sich kein Heroin mehr besorgen konnte. Es benötigte zwei Jahre, um neben der Substitution nicht noch weitere Substanzen zu konsumieren. Hierbei beschreibt er vor allem sein Problem mit dem Wohnort. In Wien konsumierte er, da er sein *Dealernetzwerk* in der Nähe hatte. War er arbeitsbedingt im Ausland, schaffte er es, gänzlich abstinent zu bleiben. Zwar wurde seine Substitution reduziert und der *Beikonsum* eingeschränkt, dennoch erhielt er eine gerichtliche Weisung für eine ambulante psychosoziale Betreuung (vgl. I11: Z65–92).

Durch aufkommende Schulden war der Interviewte nicht mehr imstande, sich selbst mit Substanzen zu versorgen. Die Substitution stellte daher seine Reserve und Sicherheit dar. Der Sinn der Substitution wurde damit zweckentfremdet. Nach zwei Jahren war der Interviewte bereit, seinen *Beikonsum* aufzugeben, schaffte es jedoch nur bedingt. Es ist anzunehmen, dass diese Entscheidung aus eigener Motivation getroffen wurde, da weder seine Familie noch involvierte Einrichtungen ihm dabei halfen. Zudem bewies er während seiner Auslandsaufenthalte, dass er abstinent sein kann. Diese wurden ihm wahrscheinlich durch die Beschäftigung mit der Arbeit und das fehlende Drogennetzwerk ermöglicht. Hinsichtlich seiner Weisung kann angenommen werden, dass aufgrund der Strafe und der verpflichtenden Betreuung in einer Suchtberatung die Gefahr eines Rückfalls erheblich dezimiert wurde.

Thomas

Als Belastungszeit beschreibt Thomas die Jahre, in welchen er konsumierte. Diese Zeit dauert bis heute an. Für ihn hat die Suchtzeit mit Alkohol begonnen und sich innerhalb eines Jahres auf andere Substanzen, wie Marihuana, LSD, Ecstasy, Speed, Kokain, Heroin und Benzodiazepine ausweitete. Als besonders prägend hat er seine *LSD-Zeit* in Erinnerung. Durch diese Substanz hatte er das Gefühl, bei Partys einer großen Familie anzugehören. Für ihn stellten diese Menschen fünf Jahre lang seinen Familienersatz dar. Auch kam er durch diese Substanz zur religiösen Spiritualität (vgl. I12: Z84–124).

Neben Selbstmordversuchen, Verlusten im Freundeskreis, Delinquenz, abgebrochenen Ausbildungen etc. bewies Thomas Durchhaltevermögen. In ungefähr zehn Jahren unternahm er sechs Langzeittherapieversuche, wovon lediglich einer erfolgreich abgeschlossen wurde. Während seiner stationären Aufenthalte ging es dem Befragten am besten. Er benötigte das geschützte Umfeld, Rahmenbedingungen, Regelungen und eine verpflichtende Tagesstruktur (vgl. ebd.: Z124–258).

Anschließend beschreibt er noch, dass ihm Drogen eine gewisse Geborgenheit geben. Substanzen sind immer für ihn da, verurteilen ihn nicht, machen ihn selbstbewusster und weniger depressiv (vgl. ebd.: Z259–270).

Interessant an der Biographie von Thomas ist, dass er seinen traumatischen Erfahrungen in Bezug zu seiner Sucht kein Gewicht zuordnet. Er betont lediglich, dass für ihn seine Suchtkarriere durch den Alkohol begann. Durch das Gefühl, eine große, liebevolle Familie zu sein, welches ihm LSD vermittelte, wurde der Konsum mit etwas Positiven verknüpft. Da die Party- und Drogenszene seinen Familienersatz darstellte, wurde eine Suchtentwicklung enorm gefördert. Diese positiven Konnotationen, welche zusätzlich den Mangel an

Zuwendung und Liebe ausglich, führten dazu, dass er innerhalb eines Jahres vom Cannabiskonsumenten zu einem Medikamentenabhängigen wurde. Durch die Drogen erfuhr er eine gewisse Geborgenheit und wurde selbstbewusster. Ohne sie empfand er sich als depressiv und konnte sich selbst nicht annehmen. Daher wurden die Drogen zu seinen einzigen Copingstrategien. Weiter noch entwickelte er eine persönliche Beziehung zu ihnen. Ersichtlich wird dies anhand der Aussagen, dass die Drogen immer für ihn da sind, ihn nicht verurteilen und ihm Geborgenheit verleihen.

4.2.6 Bearbeitungszeit

Nach der Krisen- & Prodromalzeit folgt im Optimalfall die Bearbeitungszeit. Diese fand nicht bei allen interviewten Personen statt.

In diesem Abschnitt geht es darum, persönliche Stärken sowie außenstehende Hilfe und Unterstützung näher zu beschreiben. Ebenso soll gezeigt werden, ob und mit welcher Intensität Personen durch ihre Erlebnisse in den vorherigen Phasen gereift sind.

Daniele

Danieles Bearbeitungszeit begann für ihn damit, dass er wieder mehr Fuß im Glauben fassen konnte. Dadurch hatte er das Gefühl, dass verschiedene Wunden heilen konnten. Er schreibt dem Glauben den Start zu einer Änderung zu, welche vorher nicht möglich gewesen wäre. Zwar war ihm dies durch seine gläubige Familie bereits bekannt, jedoch benötigte er eine persönliche Entscheidung dafür. Besonders erwähnte er, dass er konsumierte, wenn er bei seinen Eltern war. Anfangs wussten sie nichts von seinem Konsum, als sie es jedoch mitbekamen, begannen die eigentlichen Probleme. Durch FreundInnen seiner Eltern lernte er eine religiös-spirituelle Glaubensgemeinschaft kennen. Dennoch konnte er mit den Drogen nicht aufhören. Ein Ultimatum seiner Eltern und das Wissen darum, selbst nicht aufhören zu können, führten dazu, dass er in dieser Glaubensgemeinschaft lebte (vgl. I5: Z84–123).

Als interessant stellt sich dar, dass der Befragte von Heilung spricht. Für ihn ist Heilung scheinbar mit religiöser Spiritualität verbunden und geht mit dieser Hand in Hand. Für Daniele brauchte es eine eigenständige Entscheidung für den Glauben. Als diese gefallen war, konnte eine Änderung eintreten. An dieser Stelle wird deutlich sichtbar, dass es die eigene Motivation und den eigenen Entschluss brauchte, um tatsächlich etwas bewirken und ändern zu können.

Es kann angenommen werden, dass die Eltern, welche bereits die Schwierigkeiten Danieles in der Volksschule nicht erkannten, auch das Drogenproblem nicht wahrnahmen. Dennoch

stellten diese keine Hilfe dar. Sie bewirkten, dass die Situation schlimmer wurde und konnten ihrem Sohn keine Hilfestellung geben. An dieser Stelle war es wahrscheinlich sinnvoller, dass ihm FreundInnen seiner Eltern halfen, da sonst die Möglichkeit bestanden hätte, die Hilfe der Eltern nicht annehmen zu können.

Enzo

Die Bearbeitungszeit des Befragten war für ihn beschwerlich. Er konnte sich nicht vorstellen, ein Leben zu leben, ohne materiellen Dingen Relevanz zu zuschreiben. Enzo war skeptisch und hatte Angst, sich in eine religiös-spirituelle Glaubensgemeinschaft zu begeben, welche materiellen Dingen keinen Wert zuschreibt. Er beschreibt dies vor allem als großen Kampf. Mit der Zeit merkte er jedoch, dass eine Pflanze nicht sofort Früchte trägt. Durch die Gemeinschaft lernte er, fröhlich, glücklich und dankbar für sein Leben zu sein. Auch war es ihm möglich, wieder Kontakt zu seiner Familie herzustellen und eine gesunde Beziehung zu ihr aufzubauen. Des Weiteren verurteilte er sie nicht mehr, sondern verstand sie und war stolz auf sie. Seiner Ansicht nach hat er seine neue Freiheit durch das Gebet und durch seinen Glauben gefunden. Enzo betont, dass er in Jesus einen Freund fand, mit dem er sich streiten, freuen, ärgern, konfrontieren etc. kann, was ihm vorher nicht möglich war (vgl. I6: Z110–153).

Seinen Einstieg in die Bearbeitung seiner Sucht hat er als schwierig in Erinnerung. Anfängliche Veränderungen seitens seines Wertesystems empfand er als Kampf. Da er ursprünglich nicht überzeugt war, dass ihm eine religiös-spirituelle Glaubensgemeinschaft helfen könnte, benötigte er Durchhaltevermögen, um diese nicht wieder zu verlassen. Seinen Erfolg hinsichtlich der Drogenabstinenz, die Heilung seiner Verletzungen und das Überwinden des Misstrauens schreibt er seinem Glauben und der Glaubensgemeinschaft zu. Dies hatte zur Folge, dass er wieder eine gesunde Beziehung zu seinen Eltern aufbauen konnte. Heute sieht er seinen Drogenkonsum als Flucht.

Das Gebet stellt für ihn eine große Ressource dar. Dadurch lernte er, sich selbst und seiner Familie zu vergeben. Auch dass er wieder stolz auf sich sein kann und frei von seinen Lasten ist, sieht er als Resultat des Gebets und des Glaubens. Durch die Betonung der Funktion und Bedeutung Jesu als Freund wird ersichtlich, dass Glaube etwas sehr Reales für Enzo ist und er seinen Nutzen daraus ziehen kann. Glaube stellt für ihn die Freiheit dar, welche er vorher nicht hatte.

Nikolaus

Einen Wendepunkt gab es für Nikolaus, als er sich mit einer Freundin seiner Mutter, welche Ärztin ist, traf. Ihr konnte er alles erzählen und deren Ratschläge annehmen. So wandte er

sich auf Anraten der Freundin an einen Priester, mit welchem er über seine Situation sprach. Ihn erlebte er als fürsorgliche Person, welche für ihn da war und ihm einfach zuhörte. Dieser berichtete ihm von einer religiös-spirituellen Glaubensgemeinschaft, welche für den Interviewten die einzige Alternative darstellte. Er empfand die Gemeinschaft als Oase, obwohl er wusste, dass es herausfordernd sein würde (vgl. I7: Z171–280).

Durch einen weiteren Kontakt der Familie, eine Freundin seiner Mutter, erhielt er einen Rat, welchen er annehmen konnte. Das Angebot einen Priester zu besuchen, war das erste, welches er annahm und nutzte. Dieses *einfache Zuhören* dürfte bisher gefehlt haben. Ihm wurden keine Reglementierungen, Vorschriften oder dergleichen, sondern freiwillige Gespräche geboten. Der Priester war die erste Person in dem Hilfesystem, die ihm die Kraft und Motivation gab, um etwas an seiner Situation verändern zu wollen. Die Glaubensgemeinschaft war für ihn, aus nicht angesprochenen Gründen, die einzige Alternative. Obwohl er wusste, dass es dort nicht leicht und viel von ihm gefordert werden würde, entschied er sich dafür. Das zeugt von Veränderungswillen hinsichtlich seiner Situation.

Susi

Susi schildert ihre Bearbeitungszeit nur knapp. Für sie war die Diagnose einer Leberzirrhose am wichtigsten, um eine Veränderung erzielen zu können. Durch diese Erkrankung schaffte sie es eine Zeit lang, mit dem Alkohol aufzuhören. Dennoch begann sie wieder zu trinken und neben ihrer Substitution andere Substanzen zu konsumieren. An dieser Stelle erwähnte sie, dass sie die Therapie nicht mehr richtig verwerten kann. Ursachen dafür sind für sie, dass ihr der Sinn in ihrem Leben und die Selbstliebe fehlen (vgl. I8: Z507–511).

Die beste Methode, um Veränderung in Susis Leben zu erreichen, waren bisher die Angst vor *dem Bösen* während Psychosen oder die Angst, an Leberzirrhose zu sterben.

Die Therapie ist für sie nicht hilfreich, da ihr grundsätzlich der Sinn im Leben fehlt und sie sich nicht selbst lieben kann. An dieser Stelle kommt die Frage auf, inwiefern andere Methoden, Mittel und Wege ihr helfen könnten, Selbstliebe und Sinn zu finden, und ob dies durch vermehrte religiöse Spiritualität ermöglicht werden könnte.

Alex

Auch Alex hat eine kurze Bearbeitungszeit. Nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis pendelte er zwischen seiner Mutter und seinen Töchtern hin und her, bis er schlussendlich neben seiner Mutter eine Wohnung fand. Vor allem seine Mutter nahm in seiner Bearbeitung einen besonderen Platz ein, da sie immer für ihn da war, auch in der Zeit, in welcher er im

Gefängnis war, ist es ihm ein besonderes Anliegen, für sie zu sorgen. Obwohl er dennoch gerne bei seinen Töchtern wäre, dies aufgrund der Pflege seiner Mutter jedoch nicht möglich ist und ihn somit in eine angespannte Lage bringt, dachte er nicht an einen Rückfall. Mittlerweile lernte er, mit Belastungen umzugehen und diese auch ohne Drogen auszuhalten (vgl. I9: Z312–327).

Eine essentielle Ressource stellt damals wie heute seine Mutter dar. Durch sie und ihre Unterstützung hielt er die Zeit im Gefängnis durch. Diese Dankbarkeit ihr gegenüber ist so stark, dass er jetzt für sie da sein möchte und deshalb gleich in eine Wohnung neben ihr zieht. Gleichzeitig spürt er eine innere Spannung, da er ebenso für seine Töchter da sein möchte. Durch die Erkenntnis, süchtig zu sein, schaffte er es, sich von Belastungen zu distanzieren und andere Mittel und Wege zu finden, mit diesen umzugehen, anstatt Drogen zu konsumieren.

Martin

Für Martin hat keine Bearbeitungszeit stattgefunden. Er betont, dass er immer noch ein Suchtproblem hat, welches er nicht in den Griff bekommt. Das Einzige, was er bearbeitet und reflektiert hat, sind seine Selbstmordversuche, welche er heute nicht mehr unternehmen würde. Des Weiteren ist ihm bewusst, dass er durch seine Sucht seine Familie verloren hat. Dies schmerzt ihn besonders (vgl. I10: Z281–286).

Der Interviewte sieht, dass er schon lange Zeit ein Suchtproblem hat, welches er nicht in den Griff bekommt. Was er durch seine Sucht verlor, ist für den Interviewten klar benennbar: seine Familie. Dennoch fühlt er sich nicht imstande, ohne Substanzen leben zu können. Aufgrund seines instabilen Zustandes kann angenommen werden, dass eine Bearbeitungszeit nicht stattfand und er sich noch in der Krisen- & Prodromalzeit befindet.

Patrick

Patricks Bearbeitung begann, sobald er von Wien weg und auf das Land zog. Da er dort keine/n DealerIn hatte und jedes Mal nach Wien hätte fahren müssen, um Drogen zu besorgen, fiel es ihm leichter abstinent zu bleiben (vgl. I11: Z99–107).

Es war ein Umzug notwendig, um von ausreichend vorhandenen DealerInnen wegzukommen. Der jetzige Wohnort bietet keine Drogen, wodurch er nach Wien fahren müsste. Aufgrund der Distanz kommt er somit gar nicht dazu, sich Substanzen zu beschaffen. Hier ist die Relevanz des Umfeldes deutlich zu erkennen. Auch die Möglichkeit, sich schnell Drogen beschaffen zu können, ging mit dem Umzug verloren. Dadurch wird ein

Konsum erschwert, was sich förderlich auf eine Abstinenz auswirkt. Auch muss festgehalten werden, dass es eine gewisse Stabilität benötigt, um nicht trotz des beschwerlichen Weges nach Wien zu fahren.

Thomas

Die Bearbeitungszeit von Thomas beginnt für ihn nach dem ersten erfolgreichen Abschluss einer stationären Therapie. In dieser Zeit konnte er durch eine intensive Beziehung zu einem Therapeuten einige Traumatisierungen aufarbeiten und sein Leben reflektieren. Durch seine Geschichte wurde er empathischer und entwickelte grundsätzlich mehr Mitgefühl für Mitmenschen (vgl. I12: Z276–336).

Mit Hilfe eines männlichen Therapeuten konnte er zum ersten Mal eine gesunde Beziehung zu einem Mann aufbauen. Da er bis zu diesem Zeitpunkt keine männlichen Bezugspersonen gehabt hatte, stellte dies eine wichtige Möglichkeit dar, um verschiedene Erlebnisse und auch den erlebten Mangel an männlichen Bezugspersonen aufzuholen. Durch die stabile und gesunde Beziehung zu dem Therapeuten war es Thomas möglich, neben verschiedenen Traumata auch seine Sucht zu behandeln und zu bearbeiten.

4.2.7 Gegenwart und Zukunftszeit

Als Abschluss werden Gegenwart und Zukunftszeit der interviewten Personen dargestellt. In diesem Abschnitt geht es darum, Bilanz zu ziehen, positive und negative Veränderungen zu nennen und einen Blick in die Zukunft zu werfen.

Daniele

Seit 13 Jahren ist Daniele nun in der Gemeinschaft, was für ihn ein Wunder darstellt. Seit seinem Eintritt hat er das Gefühl, sich stark weiterentwickelt zu haben, weil er sich mittlerweile als Erwachsener fühlt. Diese Meinung hat er, da er vor seinem Eintritt nichts schaffte und kein Bewusstsein für Verpflichtungen hatte. Heute ist er stolz, ein Studium absolviert zu haben und Priester werden zu wollen. Für ihn heißt Gemeinschaft, selbst zu reifen, zu lernen, aber auch im Glauben zu bleiben. Diese drei Dinge gehören für ihn zusammen und stehen in ständiger Wechselwirkung. Für ihn stellt es ein Mysterium dar, dass der Glaube ihn letzten Endes befähigte, sich selbst zu lieben und ihn in seiner Entwicklung so viel weiterbrachte (vgl. I5: Z129–158).

Angenommen wird, dass für Daniele 13 Jahre in der Gemeinschaft ein Wunder darstellen, da er sich in seiner Krisenzeit nicht vorstellen konnte, dass eine solche Änderung für ihn als Person und für sein Leben möglich ist. Es ist deutlich erkennbar, dass die Gemeinschaft

Daniele dabei half, sich selbst annehmen und lieben zu können. Da er davor keine Verantwortung und Verpflichtungen übernahm und sich nicht als Erwachsener fühlte, kann gesagt werden, dass für ihn die Gemeinschaft der optimale Ort darstellte, um reifen zu können. Durch sie lernte er, sich selbst wertzuschätzen. Diese Wertschätzung übertrug sich dann auf sein Umfeld. Er lernte, seinen Verpflichtungen nachzugehen und Gutes zu tun. Heute ist er stolz auf sich, kann sich selbst schätzen und sehen, was er erreichte. Für ihn war der Glaube ausschlaggebend, sein Leben ändern zu können.

Enzo

Enzo betont nochmals, dass er vor dem Eintritt in die Gemeinschaft ein totaler Versager war. Er sieht sein damaliges Leben als falsch und das heutige als wahrhaftig und real. Früher war er faul, interessierte sich nicht für andere und machte Arbeiten nicht fertig. Heute treibt er Sport, kümmert sich um seine Mitmenschen und bringt Dinge zu Ende. Wichtig ist für ihn zu erwähnen, dass er der Gemeinschaft und seiner Familie dankbar ist, da er durch sie viel lernen und sich zum Besseren verändern konnte (vgl. I6: Z159–178).

In der Zeit vor seinem Eintritt in die Glaubensgemeinschaft bezeichnet er sich als einen totalen Versager. Grund für diese Bezeichnung ist, dass er seine eigene Person und sein Leben als falsch sah. Damit ist die Flucht in das materielle Leben und in die Drogen gemeint. Heute kämpft er dafür, wahrhaftig zu sein, das heißt ohne großen Bezug zu der Materialität und zu den Drogen zu leben. Seine Bilanz, wie er sich im Gegensatz zu früher veränderte, fällt positiv aus. Seine Familie gab ihn nie auf und die Gemeinschaft lehrte ihn einige Dinge und trug dazu bei, dass aus ihm der Mensch wurde, welcher er heute ist.

Nikolaus

Der Befragte beginnt seine Gegenwart und Zukunftszeit damit zu beschreiben, dass die am nächsten stehenden Menschen nicht helfen können. Grund dafür ist, dass zu viele Gefühle und Verletzungen da sind, welche das Annehmen von Hilfe verhindern.

Er führt seine Erzählung fort, in welcher er berichtet, dass er zwar eine Psychotherapie machte, sich jedoch immer wie ein Patient oder Klient fühlte. Für ihn war die Therapie nicht hilfreich, da er sich dennoch wie ein Versager vorkam. Er fühlte sich abhängig von der Diagnose eines Arztes und den Medikamenten, die er deshalb einnehmen sollte. In der Glaubensgemeinschaft hingegen hatte er das Gefühl, in einer Familie zu sein, in welche alle auf einer Ebene stehen. Die verpflichtende Arbeit in der Gemeinschaft gab ihm das Gefühl, seine Würde wieder aufbauen zu können. Durch die praktische Arbeit konnte er seine Fehler wieder gut machen, was er in einer Psychotherapie nicht konnte. Für ihn ist besonders der christliche Glaube so anregend, da die freie Entscheidung immer bei der Person bleibt und

damit die Würde nicht genommen wird. Hinsichtlich zukünftiger Herausforderungen und Aufgaben sieht er sich zuversichtlich, diese meistern zu können (vgl. I7: Z286–481).

Als relevant stellt sich das Thema der Selbstwertschätzung und Würde dar. Da ihm diese bereits im Kindesalter durch seine Mutter genommen wurde, kann angenommen werden, dass er dasselbe Beziehungsmuster in der Therapie auslebte. Da er sich nicht auf derselben Ebene mit dem Therapeuten sah, konnte er nichts davon für sich verwerten. Die Diagnose, welche dann eine Therapie in Aussicht stellte, machte ihn zu einem von ihr und den betreuenden und behandelnden Personen sowie den Medikamenten Abhängigen. Das vermittelte ihm das Gefühl eines Versagers. Die Gemeinschaft war jedoch wie eine Familie für ihn, wo er symbolisch seine Taten und Handlungen durch Mitarbeit und Anteilnahme an der Gemeinschaft, wiedergutmachen konnte. Das führte dazu, dass er seine Würde wieder aufbaute. Durch den christlichen Glauben lernte er, seine Entscheidungen frei treffen zu können, sich dadurch als mündigen Erwachsenen zu sehen und die eigene Würde wiederherzustellen.

Susi

Auf die Frage nach der Zukunft wird schnell klar, dass Susi ein Problem damit hat. Die Unsicherheit und Angst, nicht zu wissen, wohin sie will und was sie weiter tun soll, belasten sie. Sie stellt sich dabei immer wieder die Frage, ob der fehlende Sinn durch mangelnde religiöse Spiritualität zustande kommt und sie vielleicht mehr Glauben haben müsste, um nicht so unsicher zu sein. Sie merkt, dass sie mit ihrem Leben unzufrieden ist und einiges ändern möchte, jedoch aber nicht weiß wie das geschehen soll. Beispielsweise würde sie gerne ohne Substitution leben können, Mutter sein, einen größeren Freundeskreis haben etc. (vgl. I8: Z517–551).

Da sie nicht weiß, wie ihre Zukunft aussehen soll, hat sie mit dieser Zeit Probleme. Das äußert sich in Selbstkritik und Frustration. Wie sie damit am besten umgehen soll, weiß sie selbst nicht. Für sie stellt sich die Frage, ob der fehlende Sinn eine religiös-spirituelle Ursache hat. Wie sie Sinn finden kann, kann sie ebenso nicht beantworten. Die Unzufriedenheit mit ihrem Leben kommt derzeit stärker zum Vorschein. Dies äußert sich besonders in der Reue, keine eigene Familie zu haben und auch immer noch von der Substitution abhängig zu sein.

Alex

Alex empfindet seine Gegenwart als deprimierend, da er seit seiner Haftzeit nicht mehr derselbe positive Mensch ist. Früher war er eine lustige Person, welche andere unterhielt,

das ist heute nicht mehr so. Er hängt seinem früheren Ich nach, welches sanguinischer war, Menschen vertrauen konnte und die Familie zusammenhielt (vgl. I9: Z334–388).

Er betont, wie positiv und vertrauensselig er früher war und wie sich das durch seine Haftzeit verändert hat. Aufgrund seines Misstrauens ist es für ihn schwierig geworden, neue Freundschaften zu schließen. Auch war er immer ein Familienmensch, der sich mit seiner Familie regelmäßig traf. Seit seiner Haft hat sich auch das verändert. Es ist ersichtlich, dass der Interviewte durch seine Sucht viel durchmachen musste und einiges an Veränderung erlebte. Dennoch sind Drogen kein Thema mehr für ihn. Es ist anzunehmen, dass die lange Haftzeit und die Erlebnisse, welche in dieser stattfanden, traumatisch waren und Depressionen bewirkten.

Martin

Bezüglich der Gegenwart erwähnt der Befragte, dass es ihm grundsätzlich gut geht, er jedoch weiß, dass er den Alkohol in den Griff bekommen muss. Seine Tabletten, welche durch den behandelnden Arzt verschrieben wurden, hat er abgesetzt und in weiterer Folge will er versuchen, den Alkohol zu reduzieren, was ihm bis dato jedoch noch nicht gelungen ist. Reflektiert er über seine Vergangenheit, kommt er zu dem Entschluss, dass eine Suchtverlagerung hin zu Marihuanaanbau und -konsum besser wäre. Lediglich in Bezug zum Alkohol würde er sich wünschen, dass es *Klick* macht und er es schafft, nicht mehr zu konsumieren (vgl. I10: Z292–302).

Grundsätzlich beschreibt er seinen Zustand als gut. Diese Beschreibung ist insofern interessant, als deutlich zu erkennen ist, dass der Befragte unter seinem Alkoholkonsum leidet. Obwohl er psychisch belastet ist, setzt er dennoch seine Tabletten ab und beschreibt dies als positiv. Dies zeigt, dass der Interviewte keine Krankheitseinsicht besitzt. Aus seiner Sicht sollte und will er lediglich seinen Alkoholkonsum in den Griff bekommen und das am besten mittels einer einfachen Lösung, die *Klick* macht. Anderenfalls wäre für den Befragten eine Suchtverlagerung zu Marihuana vorstellbar. Er hegt förmlich eine positive Bindung zum Cannabis, welches er auch nicht als Droge sieht.

Patrick

Patrick äußert sich zur Gegenwart, indem er rückblickend meint, dass er schlichtweg keine Drogen hätte nehmen sollen. Für ihn begann es mit Marihuana und hörte mit Benzodiazepinen und Heroin auf. Er trinkt keinen Alkohol mehr und nimmt nur noch hin und wieder Drogen. Das einzige Ziel, welches er im Moment verfolgt, ist die Reduktion seiner Substitution. Generell möchte er lernen, ohne *Substitol* auszukommen, da es ihn stört, ohne

Tabletten den Tag nicht überstehen zu können und abhängig von Apotheke und Arzt zu sein (vgl. I11: Z115–131).

Die komplexen Situationen, welche der Drogenkonsum mit sich brachte, lassen ihn aus heutiger Sicht sagen, dass er die Drogen niemals hätte nehmen sollen. Auch ist es seine Motivation, den *Beikonsum* gering zu halten, um schlussendlich gänzlich ohne Substanzen leben zu können. Inwiefern eine Krankheitseinsicht vorhanden ist, lässt sich nicht sagen. Auch wird nicht ersichtlich, was seine weitere Antriebskraft neben den Problemen ist. Ebenso ist zu bedenken, dass aktuell ein aufrechter *Beikonsum* besteht, was die Einsicht hinsichtlich der Notwendigkeit einer Substitution eigentlich schärfen sollte.

Thomas

Hinsichtlich der Zukunftszeit äußert der Interviewte sofort sein Problem. Er fühlt sich orientierungslos und weiß nicht, wie es für ihn weitergehen soll, daher macht ihm die Zukunft Angst. Da er plant, erneut in eine stationäre Langzeittherapie zu gehen, ist er von sich enttäuscht, es wieder nicht geschafft zu haben. Dadurch zweifelt er an sich selbst und fragt sich, ob er es überhaupt jemals schaffen wird, von den Drogen wegzukommen. Auch ist er betrübt, dass er durch die Drogen sein Strahlen und Funkeln verloren hat. Insbesondere der Verlust seines besten Freundes und seiner Tochter durch seinen Drogenkonsum schmerzt ihn. Trotz allem ist er der Ansicht, dass er zukünftige Herausforderungen meistern kann, auch wenn die Unsicherheit, wie es mit ihm weitergehen soll, besteht (vgl. I12: Z342–358).

Aufgrund seiner Orientierungslosigkeit hat er ein Problem mit seiner Zukunft. Da er nicht weiß, wohin er soll, was aus ihm wird etc., erfüllt ihn der Gedanke an die Zukunft mit Unsicherheit und Unbehagen. Hinzu kommt die Enttäuschung über sich selbst, da er erneut eine stationäre Therapie benötigt. All diese Rückschläge und auch die Unwissenheit darüber, ob es dieses Mal klappt sind verantwortlich dafür, dass ihn die Zukunft nicht mit Freude, sondern Angst erfüllt.

Durch die Verluste, welche er wegen der Drogen erlitten hat (Charaktereigenschaften, Ausstrahlung oder aber auch konkrete Personen), hängt er noch mit Wehmut an der Vergangenheit. Die Zukunft erhält dadurch weniger Gewicht und Beachtung. Dennoch ist er der Ansicht, zukünftige Herausforderungen meistern zu können. Diese Meinung kann er deshalb vertreten, da er bereits jetzt merkt, mit einer anderen Motivation als die Jahre zuvor in die Therapie zu gehen.

5. Conclusio

5.1 ExpertInnen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass drei der vier befragten ExpertInnen die Ansicht vertreten, dass religiöse Spiritualität in der Sinnsuche und -stiftung enthalten ist. Lediglich die Sozialarbeiterin sieht es nicht so, wobei dies an den unterschiedlichen Definitionen der Begrifflichkeiten liegen könnte, denn in weiterer Folge wird auch von dieser Person Spiritualität mit Trost, Halt und Angstfreiheit in Verbindung gebracht und als nützlich im Recovery- und Genese-Prozess erachtet.

Die persönliche Einschätzung der Häufigkeit dieser Thematik ist hierbei unterschiedlich. Bei drei von vier ExpertInnen kommt religiöse Spiritualität häufig als Thema vor und wird auch mit KlientInnen besprochen. Lediglich in der Klinischen Sozialen Arbeit lässt sich feststellen, dass die Häufigkeit des Themas nicht genannt wurde. Wohl ist Reflexion gegenüber der eigenen Einstellung gegeben, jedoch keine aktive Auseinandersetzung mit dem Wert, dieses Thema auch in Betreuungen zur Sprache zu bringen. Die interviewte Sozialarbeiterin sieht keinen großen Bedarf, weder bei den KlientInnen noch im Allgemeinen, es sei denn, die Begrifflichkeit „religiöse Spiritualität“ wird in „Sinn“ gewandelt.

Da religiöse Spiritualität besonders in Form von Sinnsuche aufkommt und der fehlende Sinn bei drogenabhängigen KlientInnen meist ausschlaggebend für eine Abwärtsspirale ist, benötigt es deren Bearbeitung. Durch eingeschränkte Handlungsfähigkeit, Ressourcen und Copingstrategien sind die Betroffenen in ihrem eigenen Versagen gefangen und brauchen Hilfe und Unterstützung von außen. Da die Frage nach religiöser Spiritualität für die Mehrheit der ExpertInnen eine Sinnfrage darstellt, vertreten diese wie bereits erwähnt die Überzeugung, dass dies auch dementsprechend Betreuungsthema sein sollte.

Zum Thema religiöse Spiritualität und Gesundheit werden zwei Aspekte erwähnt. Zum einen werden Ressourcen, welche durch diese Ebene geschaffen und neu aktiviert werden, genannt. Hierbei ist erkennbar, dass religiöser Spiritualität positive Eigenschaften und Auswirkungen zugeschrieben werden. Zum anderen werden etwaige Problemfelder, welche sich in diesem Gebiet bilden können, verdeutlicht.

Der befragte Arzt und die Psychotherapeutin sind sich einig, dass religiöse Spiritualität und Gesundheit nicht voneinander zu trennen sind. Demnach muss sowohl auf Ressourcen als auch auf aufkommende oder bereits bestehende Schwierigkeiten durch diverse Glaubensvorstellungen und Wertesystemen geachtet werden. Ein Zusammenhang zwischen religiöser Spiritualität und Suchtverhalten und die Frage inwiefern ein religiös-spiritueller Aspekt auch an der Entstehung einer Suchtentwicklung beteiligt sein kann, wurde folgendermaßen beantwortet:

Einerseits wird betont, dass es keine Zusammenhänge zwischen einem Drogenkonsum und einer Bewusstseinsweiterung mehr gibt, andererseits wird darauf eingegangen, dass das Suchtverhalten mit religiöser Spiritualität in Verbindung stehen kann. Diese Verbindung wird heutzutage jedoch als Betäubung des fehlenden Sinnes und der damit einhergehenden Problemlagen der KlientInnen verstanden. Das bedeutet, dass suchtabhängige Personen in der Bearbeitung von religiöser Spiritualität profitieren und sich dies auf ihr Suchtverhalten auswirken kann. Da Suchtkrankheit mit fehlendem Sinn assoziiert wird, ist in religiöser Spiritualität, durch ihre sinnstiftende Wirkung, ein enormes Potential enthalten, welches sich positiv auf das Suchtverhalten der KlientInnen auswirken könnte.

Hinsichtlich der Kompetenz kann festgehalten werden, dass diese unterschiedlich definiert wurde. Während der interviewte Arzt diese mit Hinführung und Nachfragen in Verbindung bringt, sieht die Psychotherapeutin sie in der Berührbarkeit und der Lehrende in der aktiven Thematisierung. Alle drei haben gemeinsam, dass sie eine bewusste Hinführung zu der Thematik betreiben. Eine solche findet bei der befragten Sozialarbeiterin jedoch nicht statt. Erkennbar wird, dass eine Behandlung immer dann stattfindet, wenn es explizit von den KlientInnen angesprochen wird.

Bezüglich der Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells sind die Einstellungen des befragten Lehrenden und der Sozialarbeiterin durchaus gegensätzlich. Während er eine durchgängig offene, zugewandte Sichtweise hinsichtlich einer Erweiterung einnimmt, sieht sie diesbezüglich keine Notwendigkeit. Durch eine Erweiterung des Modells würde die Berücksichtigung dessen verstärkt und es käme zu einer vermehrten Auseinandersetzung mit der religiös-spirituellen Ebene in der Praxis. Vor allem in Bezug zu der Qualifikation in religiöser Spiritualität für Klinische SozialarbeiterInnen und der Integration in den Lehrplan wurde festgestellt, dass religiöse Spiritualität kaum in der Ausbildung vorkommt, was mit der geringen Bedeutung in der Praxis in Zusammenhang stehen könnte. Dies könnte demnach eine Erklärung dafür sein, dass professionelle HelferInnen diese Ebene wenig bis gar nicht wahrnehmen, ihr kaum Bedeutung zuschreiben und sie nur selten zum Thema machen. Für die Klinischen SozialarbeiterInnen bedeutet dies, dass eine Qualifikation durch die Behandlung wichtiger Themen in der Ausbildung sinnvoll wäre. Da religiöse Spiritualität nicht Teil davon ist, sondern die eigene persönliche Haltung, das Interesse und die Offenheit bestimmen, ob und wie es angesprochen und behandelt wird, gibt es keine einheitliche Herangehensweise und auch kein standardisiertes Wissen. Auch die Antworten der interviewten Sozialarbeiterin verdeutlichen den Bedarf der Erweiterung des Lehrplans, um in diesem Themengebiet mehr Selbstsicherheit, -reflexion und Wissen zu schaffen, wie es bereits der befragte Lehrende ausgedrückt hat. Nach- und Vorteile einer Integration

religiöser Spiritualität in der Arbeit mit KlientInnen werden recht vage ausgedrückt und lassen sich schnell erfassen: ganzheitliche Betrachtung und Bearbeitung, erweiterte Copingstrategien und Ressourcen.

5.2 Betroffene

Für die Befragten mit einer religiös-spirituellen Zuordnung sind der Glaube und das Gebet wichtige Ressourcen. Sie beschreiben, wie das Gebet ihre Verletzungen heilte, was eine Therapie so nicht vermag. Ihre religiöse Spiritualität und deren praktische Ausübung schafften für sie Orientierung und Sicherheit, wodurch eine Veränderung in ihrem Leben möglich wurde. Auch gibt sie Antworten auf Fragen des Lebens, was durch eine *Basishilfestellung* nicht möglich wäre. Des Weiteren werden sie in ihrer religiösen Spiritualität dazu befähigt, sich selbst und anderen Menschen zu vergeben und ihre Würde erneut aufzubauen. All das schreiben sie dem Glauben und Gebet zu.

Von besonderer Relevanz ist, dass in Zusammenhang mit religiöser Spiritualität oftmals das Wort *Freundschaft* gefallen ist, sei es in Gott, Jesus oder anderen eine/n FreundIn gefunden zu haben. Dies stützt sie und stellt eine reale Beziehung für sie dar.

Alle jene, welche sich vorerst als nicht-religiös-spirituell einstufen, weisen weit weniger Sicherheit und Optimismus auf. Zwar gibt es eine gewisse Art an Zuwendung zur religiösen Spiritualität, diese ist jedoch weitaus unsicherer und im alltäglichen Leben nur wenig integriert. Sie wird zwar als hilfreich erlebt, dennoch schreiben sie ihr keine speziellen Funktionen zu. Als ebenso interessant stellt sich heraus, dass vor allem die Angst vor dem Bösen, Krankheit und Tod sowie die generelle Angst eher Antriebskraft sind, um sich religiöser Spiritualität zuzuwenden. Dennoch bleibt diese Angst präsent, da eine tatsächliche Praktizierung der religiösen Spiritualität nicht stattfindet und Unsicherheit in dieser Thematik herrscht, mitunter weil sie sich an niemanden wenden können, welche sie in religiös-spirituelle Lehren schult. Hierbei wurde mehrmals der Neid gegenüber Personen mit einer gefestigten religiösen Spiritualität ausgesprochen. Schlussendlich erwähnten alle Befragten, dass sie es von interessant bis hin zu notwendig erachten, religiöse Spiritualität in Beratungen und Betreuungen zu integrieren.

Abschließend folgt ein Resümee bezüglich der biografischen Geschichte der interviewten Personen:

Anhand der Schilderung aller Vorgeschichten der Interviewten wird ersichtlich, dass verschiedene Erlebnisse zu einer Abhängigkeit führen bzw. diese fördern können. Traumata

werden unterschiedlich erlebt und beurteilt. Demnach kann keine Wertung des Schweregrades einer Traumatisierung vorgenommen werden.

Erschreckend ist das minimale Bewusstsein und Wissen über Substanzen und Abhängigkeit und die unzureichende Aufklärung seitens der Eltern, LehrerInnen und anderer VertreterInnen im Netzwerk. Zu beachten ist, dass insbesondere das soziale Umfeld, Familie und/oder FreundInnen einen großen Einfluss auf den Verlauf einer Biografie nehmen. Auffallend ist, dass falsche FreundInnen oder Vorbilder häufig als MitverursacherInnen für eine Abhängigkeit genannt wurden. Ebenso waren Familie und Arbeit Dimensionen, welche in Zusammenhang mit der Vorgeschichte und der dann folgenden Suchtzeit stehen. Bezüglich einer Förderung des Suchtverhaltens durch religiöse Spiritualität ist lediglich ein Befragter aufgefallen, welcher LSD konsumierte, um sich in diese Dimension begeben zu können.

Bezugnehmend auf die Krisen- & Prodromalzeit ist bedenklich, dass sowohl das familiäre System als auch das restliche Umfeld, wie beispielsweise Bildungseinrichtungen akute Krisen- und Prodromalzeiten spät bis gar nicht entdeckten oder sogar noch förderten. Ebenso waren in dieser Zeit auch kaum suchtspezifische Einrichtungen involviert.

Dennoch ist mehrheitlich ein Unterschied zwischen den religiös-spirituellen und nicht-religiös-spirituellen Befragten in dieser Zeitspanne erkenntlich: Jene, welche sich von Beginn an religiös-spirituell zuordneten, brachten mehr Ressourcen und Copingstrategien mit. Sie waren eher befähigt sich einzugestehen, dass sie Hilfe brauchen und sich diese auch zu holen. Auch wurde Hilfe weniger oft zweckentfremdet als bei den nicht religiös-spirituellen Befragten. Des Weiteren ist interessant, dass eine Krankheitseinsicht und deren Bearbeitung eher bei den religiös-spirituellen Personen vorzufinden sind.

In der darauffolgenden Phase, der Belastungszeit, kam es vermehrt zu Fehlschlägen in der Suchtbearbeitung. Nicht nur, dass Suchterkrankungen meist spät erkannt wurden, sondern auch die mangelhafte Vernetzung und Weitervermittlung der professionellen HelferInnen trug einen großen Teil zu missglückten Behandlungen und Betreuungen bei. Oftmals wurde zu wenig Aufklärungsarbeit geleistet und/oder es wurde zu wenig Rücksicht auf die Bedürfnisse der Betroffenen genommen. Ebenso wurde nicht ganzheitlich im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells gearbeitet, da gehäuft nur einzelne Ebenen behandelt und auch Familiensysteme nicht ausreichend in den Betreuungsverlauf integriert wurden. Demnach wusste das soziale Umfeld nichts von der Situation der/s Betroffenen, wodurch diese

beispielsweise Substitution zweckentfremden, Geld der Eltern für Drogen anstatt für Psychotherapie ausgeben konnten etc.

Die nächste Etappe stellt die Bearbeitungszeit dar. In dieser wird deutlich, dass bei den nicht religiös-spirituellen Betroffenen kaum eine Bearbeitung stattfand. Viele konsumieren immer noch, streben eine Suchtverlagerung an, hegen ein freundschaftliches Verhältnis zu Drogen, haben keine Krankheitseinsicht u. v. m. Während bei den religiös-spirituellen Interviewten mehrmals die Rede von religiöser Spiritualität und deren Unterstützung und Nutzen ist, scheint die andere Gruppe noch tiefer in ihrer Sucht und damit in der Prodromalzeit zu stecken.

In der Gegenwart und Zukunftszeit befinden sich mehrheitlich religiös-spirituelle Befragte. Die Interviewten der nicht religiös-spirituellen Gruppe stecken entweder noch in der Prodromalzeit fest oder befinden sich in der Gegenwart, jedoch mit viel Angst und Unsicherheit sowohl ihrer jetzigen Situation als auch der Zukunft gegenüber.

Die religiös-spirituelle KlientInnengruppe hingegen weist weniger Rückfälle, mehr Stabilität, weniger Unsicherheit und Angst und eine deutlich optimistischere Haltung auf. Diese ist für sie in ihrer religiösen Spiritualität begründet. Vor allem jene, welche in einer Glaubensgemeinschaft leben und/oder religiös-spirituell praktizierend sind und das positive religiös-spirituelle Gedankengut fest in ihren Alltag integrieren, sind den anderen Befragten in der Bearbeitung und Entwicklung voraus.

Für die Klinische Soziale Arbeit bedeuten diese Ergebnisse, dass eine Weiterentwicklung in Richtung erweitertes bio-psycho-soziales Modell notwendig ist, um eine ganzheitliche Betrachtung, Behandlung und Betreuung gewährleisten zu können. Im Zuge dessen wird eine Qualifikation in diesem Bereich erforderlich, um einerseits Studierende auf diese Thematik hin zu sensibilisieren und andererseits theoretisch fundiertes Wissen zu transportieren. Wird diese Dimension in die Praxis mit einbezogen, können suchtabhängige KlientInnen hinsichtlich Stabilität, Rückfall, Abstinenz, Kohärenz, Resilienz etc. profitieren. Auch wurde ersichtlich, dass Probleme in der religiösen Spiritualität lange unentdeckt bleiben und dazu führen, dass Therapien und dergleichen nicht mehr genutzt und verwertet werden können.

Wie bereits erwähnt, werden im Gesundheitsbereich immer mehr Forschungen durchgeführt, welche sich mit neuen Strategien, Methoden und Theorien der heilenden Wirkung von religiöser Spiritualität beschäftigen. Nicht zuletzt gibt es eine kontinuierliche Forschung im

Bereich der Sucht und themenbezogene Symposien werden abgehalten (s. 3.3 & Suchthilfe
Wien – Symposium: „Harm- and Riskreduction“).

Quellenverzeichnis

Literaturquellen

Baacke Dieter, **Schulze** Theodor (1979): Aus Geschichten lernen. München. In: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/7789/16/7_Das_narrative_Interview.pdf.

[01.06.15]

Birnhuber Gerhard (2014): Die Beziehung zwischen den verschiedenen Typen des Religiös-Spirituellen Befindens, der Persönlichkeit und dem Suchtverhalten. Diplomarbeit.

Booth Leo (1999): Wenn Gott zur Droge wird. Missbrauch und Abhängigkeit in der Religion. Schritte zur Befreiung. München, Kösel-Verlag.

Bortz J., **Döring** N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg, Springer-Verlag. 4. Auflage.

Dehmel Stefanie, **Ortmann** Karlheinz (2006): Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Berlin und Leipzig.

Deloie Dario (2011): Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Eisner Andreas Johannes (2013): Religiös-spirituelles Befinden bei psychisch Kranken: Erste Ergebnisse einer Körper-zentrierten Achtsamkeitsmeditation im klinisch-psychiatrischen Feld. Diplomarbeit. Naturwissenschaftliche Fakultät der Universität Graz.

Engel Georg L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 8. April 1977, Vol. 196, Number 4286. S. 129–136.

Engel Georg L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. The American Journal of Psychiatry, 137:5, S. 535–544.

Ernst Heiko, **Damolin** Mario, **Moebius** Monica, **Nuber** Ursula (1988): Scheinheil und Sinnsuche. Thema: Transzendenz. Psychologie heute. Weinheim: Beltz Verlag.

Flick Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Reinbek bei Hamburg.

Froschauer Ulrike, **Lueger** Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien, Facultas Verlag.

Gläser Jochen, **Laudel** Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.

Hahn Gernot, **Pauls** Helmut (2008): Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In: Gahleitner S., Hahn G. (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1. Auflage. S. 22–43.

Holl Adolf (2012): Können Priester fliegen? Plädoyer für den Wunderglauben. Salzburg, Residenz Verlag.

Kampfhammer Hans Peter (2014): Schizophrenie und Religion. Empirische Studie zur Psychodynamik von Spiritualität und Psychose. Dissertation, Medizinische Universität Graz.

Kusche Elke (2013): Der Einfluss von Religiosität/Spiritualität auf den prä- und postoperativen Gesundheitszustand von Patienten mit Bypass-OP. Dissertation. Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Lueger Manfred (2010): Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: Facultas Verlag.

Meuser Michael, **Nagel** Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner Alexander/Littig, Beate/Menz Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden. 2. Auflage.

Murken Sebastian (1997): Ungesunde Religiosität – Entscheidungen der Psychologie? Marburg.

Murken Sebastian (1998): Soziale und psychische Auswirkungen der Mitgliedschaft in neuen religiösen Bewegungen unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Integration und psychischen Gesundheit. Trier.

Murken Sebastian (2003): Spiritualität in der Psychosomatik? Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge. Eine Einführung in das Tagungsthema. Marburg. S. 1–4.

Murken Sebastian (2003): Spiritualität in der Psychosomatik? Konzepte und Konflikte zwischen Psychotherapie und Seelsorge. Marburg.

Ohling Maria (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Pauls Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Verlag Beltz Juventa. 3. Auflage.

Rauchfleisch Udo (2004): Wer sorgt für die Seele? Grenzgänge zwischen Psychotherapie und Seelsorge. Stuttgart.

Röhr Hans-Peter (2009): Sucht – Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden. Düsseldorf: Patmos Verlag. 3. Auflage.

Schulze Theodor (1985): Lebenslauf und Lebensgeschichte. Zwei unterschiedliche Sichtweisen und Gestaltungsprinzipien biografischer Prozesse. In: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/7789/16/7_Das_narrative_Interview.pdf Nachfolgend zitiert als Theodor Schulze 1985.

Schulz Silke (2007): Spiritualität und Soziale Arbeit. Chancen und Grenzen. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.

Schütze Fritz (1983): Biografieforschung und narratives Interview. In: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/7789/16/7_Das_narrative_Interview.pdf Nachfolgend zitiert als Schütze 1983.

Thalhamer August (2015): Für die Versöhnung neuen Wissens und alter Weisheit in der Seelenheilkunde. Streitschrift gegen die Reduktion des Menschen auf naturwissenschaftlich erfassbare Materie. Steyr, Ennsthaler Verlag.

Unterrainer Friedrich Human, **Huber** H. F., **Ladenauf** Karl Heinz, **Wallner-Liebmann** Sandra, **Liebmann** P.M. (2010): MI-RSB 48. Die Entwicklung eines multidimensionalen Inventars zum religiös-spirituellen Befinden. *Diagnostica*, 56(2), S. 82–93.

Unterrainer Friedrich Human, **Schöggel** Helmut, **Lewis** Andrew J., **Fink** Andreas, **Weiss** Elisabeth, **Kapfhammer** Hans Peter (2013): Religiös-spiritueller Befinden bei psychisch Kranken: Ängstlich/Depressive und Suchtkranke im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Wien: Springer-Verlag.

Weber Joachim (2005): *Spiritualität und Soziale Arbeit*. Münster: Lit Verlag.

Weinhold Kathy, **Nestmann** Frank (2012): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: **Gahleitner** Silke Birgitta, **Hahn** Gernot (Hrsg.): *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten*. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 52–67.

Wiesauer Sheyda (2013): *Religiös-spiritueller Befinden und seelische Gesundheit: Eine Vergleichsstudie zwischen Bahai und christlich-katholisch Gläubigen*. Diplomarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz.

Zeitschriften

Deloie Dario (2013): Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2013_9-1_Endversion.pdf. S. 6–10. [09.11.15]

Gollnow Michael (2010): Kirchengemeinden als Solidargemeinschaften. Eine Inklusionsoption für psychisch beeinträchtigte Menschen. *Klinische Sozialarbeit* 6(2). S. 10–12.

Hahn Gernot (2013): Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2013_9-1_Endversion.pdf. S. 3. [09.11.15]

Hildenbrand Bruno (2007): *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*: http://www.eccsw.eu/download/klinsa_2007-3-1_fulltext.pdf. S. 4–6. [07.11.15]

Jeserich Florian (2011): Religion/Spiritualität und Gesundheit. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler*. 3. Jahrgang, Ausgabe 1.

Klein Constantin, **Albani** Cornelia (2011): Religion/Spiritualität und Gesundheit. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler*. 3. Jahrgang, Ausgabe 1. S. 10–36.

Klein Uwe (2007): *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*: http://www.eccsw.eu/download/klinsa_2007-3-1_fulltext.pdf. S. 3. [07.11.15]

Schwalter Marion, **Richard** Matthias, **Murken** Sebastian, **Senst** Rolf, **Rüddel** Heinz (2003): *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, Jg. 51. Die Integration von Religiosität in die psychotherapeutische Behandlung bei religiösen Patienten – ein Klinikvergleich. S. 361–374.

Unterrainer Friedrich Human, **Schöggel** Helmut, **Ladenauf** Karl Heinz, **Wallner-Liebmann** Sandra, **Kapfhammer** Hans Peter (2009): Spiritualität & Sucht. Struktur und Inhalt der Gottesbeziehung von Abhängigen im Vergleich zu allgemein-psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* (2009). Wien.

US Fachzeitschrift „Spirituality and Clinical Practice“ – APA.

Wallroth Martin, (2013): Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2013_9-1_Endversion.pdf. S. 4-6. [09.11.15]

Wilfing Heinz (2014): Klinische Methoden und bedarfsgerechte Praxis. Soziale Arbeit, 12, 2012, S. 211–216.

Internetquellen

APA – American Psychological Association. <http://www.apa.org/pubs/journals/scp/>. [18.02.6]

Herriger Norbert (o. J): Werkstatt-Seminar Biographieforschung: Kritische Lebensereignisse und ihre biographische Bewältigung. Forschungsmethodik und Interviewleitfaden: <http://www.empowerment.de/empowerment.de/files/080825-Materialien8Biographieforschung.pdf>. [24.06.15]

Daju – Fachstelle kirchliche Jugendarbeit Bistum St. Gallen (o. J.): http://www.daju.ch/files/daju_ch/files_kurse/dokumente/Jusesotagungen./Juseso%20Herbst%202015/Petzold.pdf. [18.11.15]

European Centre for Clinical Social Work - Eccsw (o. J.): <http://www.eccsw.peerconnect.eu/?oid=s67>. [11.03.16]

Forschungsnetzwerk (o. J.): http://www.ams-forschungsnetzwerk.at/downloadmhb/557_Arbeitsmaterial_Meine%20berufliche%20Identitaet.pdf. [18.11.15]

GAMED – Akademie für Ganzheitsmedizin: „Spiritualität in der Medizin – Chance oder Zumutung?“. <http://www.spiritualitaetundmedizin.com/>. [18.02.16]

Steiger Ruedi (2016): Die 5 Säulen der Identität nach H. G. Petzold. http://www.therapiedschungel.ch/content/5_saeulen_der_identitaet.htm. [18.02.16]

Stiftung für Salutogenese GmbH (2013): <http://www.salutogenesezentrum.de/cms/main/wissenschaft/a-antonovsky.html>. [30.10.15]

Sucht Schweiz (2013): http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf. [08.11.15]

Veranstaltungen & Außerordentliches

Jubiläumskongress 10 Jahre PSZW – Klinik Eggenburg am 9. / 10. Juni 2016: „Der Mensch dem Mensch ein Mensch – Spiritualität als Grundmelodie des Lebens“. Dr. Arnold Mettnitzer.

Sigmund Freud Privatuniversität (2015): Kongress: International Congress on Science and/or Religion Wien.

Suchthilfe Wien (2016): Symposium zum Thema „Harm- and Riskreduction“ unter Einbindung internationaler ExpertInnen.

Symposium der Akademie für Ganzheitsmedizin – GAMED (2015): Spiritualität in der Medizin – Chance oder Zumutung? Wien.

Universität Bern und München: Lehrstühle für „CAS - Spiritual Care“.

Datenverzeichnis

Interview 1 (I1) Experte: Hr. Dr. Pale, Arzt aus dem Suchtbereich. [03.11.15]

Interview 2 (I2) Expertin: Fr. Mag.^a Aktün, Psychotherapeutin aus dem Suchtbereich. [10.11.15]

Interview 3 (I3) Experte: Hr. Mag. Schörghofer DSA, Lehrender des FH Campus Wiens. [11.10.15]

Interview 4 (I4) Expertin: Fr. Gerstl DSA, Sozialarbeiterin aus dem Suchtbereich. [10.11.15]

Interview 5 (I5) Daniele [02.10.15]

Interview 6 (I6) Enzo [02.10.15]

Interview 7 (I7) Nikolaus [02.10.15]

Interview 8 (I8) Susi [18.10.15]

Interview 9 (I9) Alex [13.10.15]

Interview 10 (I10) Martin [03.11.15]

Interview 11 (I11) Patrick [25.11.15]

Interview 12 (I12) Thomas [19.10.15]

Die Interviews werden im Text in folgender Weise gekennzeichnet – Bsp.: (I4: Z48) = Interview 4: Zeile 48.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell (vgl. Frederich 2001: o. S.).

Abbildung 2: Risiko- und Schutzfaktoren als „Mediator“ zwischen Ätiologie und Intervention (vgl. Sucht Schweiz 2013: 1).

Abbildung 3: Modell der Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. Sucht Schweiz 2013: 3).

Abbildung 4: Modell der Sucht-Trias (vgl. Sting & Blum 2003 in: Sucht Schweiz 2013: 4).

Abbildung 5: Identität und Persönlichkeitsstruktur (vgl. Daju o. J.: o. S.).

Abbildung 6: Die fünf Säulen der Identität nach H. G. Petzold (vgl. Steiger 2016: o. S.).

Abbildung 7: Vorstellung der InterviewpartnerInnen

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden – Biografisches Interview

Anhang 2: Interviewleitfaden – ExpertInneninterview

Anhang 3: Auszug – Interviewtranskript

Anhang 4: Lebenslauf

Anhang 1: Interviewleitfaden – Biografisches Interview

Einleitung

I: Zunächst einmal herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, mir heute für ein biografisches Interview zur Verfügung zu stehen.

Im folgenden Gespräch soll es darum gehen, dass Sie mir von Ihrem Leben bezugnehmend auf Ihren Drogenkonsum erzählen. Das Ziel ist, Ihr ganz persönliches Erleben dieser Zeit nachzuzeichnen und besonders Ihre Art und Weise der Bearbeitung und der Bewältigung kennenzulernen. Ich möchte also mehr über Ihre Erfahrungen, Gefühle, Belastungen und Unterstützungshilfen erfahren, die Sie beim Durchleben der Lebenssituation begleitet haben. Wir wählen im folgenden Gespräch das Bild der Lebensreise. Das heißt, dass wir im Gespräch der Chronologie ihres Lebenslaufes folgen: 1. Vorbereitungszeit (Zeit vor dem Drogenkonsum), 2. Krisenzeit (akute Krise, wo das Leben durcheinander geriet), 3. Belastungszeit (Belastungen die mit der Krise verbunden waren), 4. Bearbeitungszeit (Umgang mit Belastungen und Unterstützungen) und 5. Gegenwart und Zukunftszeit (persönliche Bilanz).

1. Vorgeschichte

I: Beginnen wir mit der Vorgeschichte. Hier interessiert mich Ihre ganz persönliche Geschichte. Vielleicht fangen wir dort an, wo Sie noch keine Drogen konsumiert haben und wo Sie denken, dass das als Vorgeschichte wichtig wäre.

Nachfragen:

- Partnerbeziehung
- Lebenssituation (Arbeit/Wohnen/soziale Kontakte/Freizeit)
- Evtl. Kinder
- Psychische, physische und soziale Probleme

2. Krisenzeit

I: Und dann kam die Krisenzeit. Beschreiben Sie mir bitte, was für Sie im Nachhinein Ihre persönliche Krisenzeit war (Ereignisse vor dem Drogenkonsum, Erwartungen an Drogen, erwünschte Wirkungen, (ev. auch spirituelle Erfahrungen, Erleuchtung etc.) und negativ erlebte Wirkungen, Kontrollverlust etc.). Woran haben Sie festgestellt, dass etwas anders bzw. schwieriger wurde?

Nachfragen:

- Erste Signale eines problematischen Konsums
- Einholen von Rat und Information

- Sich einer Person anvertrauen
- Eingeständnis einer Drogenabhängigkeit
- Umstände und Verläufe
- Reaktionen der Familie, PartnerIn, FreundInnen, Arbeit
- Unterstützung durch professionelle HelferInnen und GesprächspartnerInnen
- Unmittelbare Veränderung der Lebenssituation

3. Belastungszeit

I: Schauen wir nun auf die Belastungszeit, die unmittelbar nach der Krisenzeit beginnt. Welche Belastungen haben Sie ganz persönlich für sich erfahren (psychische, physische, soziale) und haben sich diese mit der Zeit verändert?

I: Welchen Belastungen war Ihre Beziehung/Ehe in dieser Zeit ausgesetzt (mangelnde Unterstützung, fehlendes Verständnis, Rückzug der Partnerin/des Partners, emotionale Belastungen, Veränderungen im Umgang miteinander und im Zusammenleben etc.)?

I: Sind auch Ihre Beziehungen zu Ihrer Familie und guten FreundInnen Belastungen ausgesetzt gewesen (Schuldvorwürfe, Enttäuschung, Rückzug etc.)?

I: Auch die Zusammenarbeit mit professionellen HelferInnen kann unter Umständen zur Belastung werden. Haben Sie auf dieser Beziehungsebene Belastungen erfahren?

4. Bearbeitungszeit

I: Nach schwierigen Lebenssituationen entdecken viele Menschen neue Stärken und erfahren Mut machende Hilfe und Unterstützung. Sie können beginnen, diese Lebenszeit zu bearbeiten. Schauen wir zunächst einmal auf Ihre persönlichen Stärken und Fähigkeiten. Welche haben Sie davon nutzen und oder sogar neu entdecken und entwickeln können?

I: Welche Unterstützung haben Sie durch Ihre PartnerIn, Familie, FreundInnen und vielleicht auch durch den Arbeits- oder Ausbildungsplatz erfahren?

I: Haben Sie durch professionelle HelferInnen Hilfe und Unterstützung erfahren? Wenn ja, welche und wie?

I: Was wäre der richtige Zeitpunkt für Sie, an dem Sie professionelle Hilfe annehmen könnten. Woran könnten HelferInnen erkennen, dass Sie zur Akzeptanz von Hilfe bereit sind?

5. Gegenwart und Zukunftszeit

I: Wenn Sie zum Abschluss unseres Gespräches noch einmal für die Gegenwart Bilanz ziehen und einen Blick in die Zukunft werfen: Welche (positiven) Veränderungen haben Sie und auch Ihr Umfeld durch Ihren Drogenkonsum erfahren (Einstellungen, Lebensperspektiven, Persönlichkeitsmerkmale)? Was haben Sie in dieser Zeit gewonnen oder auch verloren?

I: Wenn Sie heute in die Zukunft sehen und an zukünftige Aufgaben und Herausforderungen denken, glauben Sie, dass Sie diese mit Ihren neuen Erfahrungen und Fähigkeiten bewältigen können?

I: Was wurdien Sie aus heutiger Sicht anders machen?

I: Gibt es noch einen abschließenden Gedanken, der Ihnen wichtig ist?

(vgl. Herriger o. J.).

Anhang 2: Interviewleitfaden – ExpertInneninterview

I: Haben Sie – unabhängig von Ihren eigenen Werthaltungen – eine Vorstellung von religiöser Spiritualität und welche Bedeutung diese für KlientInnen (PatientInnen) haben könnte?

I: Wie sehen Sie religiöse Spiritualität in der Klinischen Sozialen Arbeit? Ist es ein relevantes Thema, wird es behandelt oder auch nicht, wird es abgelehnt etc.?

I: Wenn nicht, was ist Ihrer Meinung nach der Grund, warum Religion/Spiritualität in der Arbeit mit KlientInnen oft ausgeklammert und nicht thematisiert wird?

I: Was sind Ihre Erfahrungen bezgl. Thematisierung von Religion/Spiritualität in der Arbeit mit KlientInnen?

I: Wie stehen Sie zu einer Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells hinsichtlich einer religiös-spirituellen Komponente? (Wie könnte eine Erweiterung begründet werden?)

I: Benötigt es Ihrer Ansicht nach eine erweiterte Qualifikation Klinischer SozialarbeiterInnen im religiös-spirituellen Bereich oder ist diese auch jetzt schon ausreichend im Lehrplan enthalten – wenn ja, inwiefern (Ethik)? Wenn noch nicht ausreichend, hätten Sie einen Vorschlag für einen wichtigen spirituellen Aspekt?

I: Welche Vor- und Nachteile hätte Ihrer Meinung nach eine Erweiterung/Integrierung dieser Dimension/Ebene in den Lehrplan?

I: Welche Vor- und Nachteile hätte Ihrer Meinung nach eine Erweiterung/Integrierung dieser Dimension/Ebene in der Arbeit mit KlientInnen? Sehen Sie dadurch eine bessere rehabilitative Chance oder auch ein Risiko?

Anhang 3: Auszug – Interviewtranskript

I: Beginnen wir mit der Vorbereitungszeit. Hier interessiert mich Ihre ganz persönliche Geschichte. Vielleicht fangen wir dort an wo Sie noch keine Drogen konsumiert haben und wo Sie denken, dass das als Vorgeschichte wichtig wäre.

B: Die Zeit vor dem Drogenkonsum, naja – also ich kann mich, was jetzt die Religion betrifft ja, es ist .. traurig aber das war so – in unserer Familie das war so a traditionelle Gschicht, dass, dass ma einmal tauft wird und die Erstkommunion kriegst von der Schui automatisch und Glaube hats bei uns nie gebn. Das war ka Thema. Wobei i a sagen muss, also unsere Familie eher aus ärmlichen Verhältnissen ist, also Großeltern total, also wirklich sozial niedere Schicht ja. Die Mutter hat sich halt dann, weil sie ja so ein typisches Kriegskind is, ka gscheide Schulausbildung, hat sich so hoch und für sich was geschafft. Sie ist dann bei HP, das is a gute Firma nan, hats dort über 25 Jahr gorbeit, also sie hat sich schon auf ihre Füße gestellt. Meine Großeltern haben ewig gspart, haben sich auch Urlaube, kleine, geleistet und haben ihr ganz schön was hinterlassen, für uuunsere Verhältnisse. Aber .. von der Erziehung her, da hats ned viel gebn. Mei Mutter, die bereut heute so viel. Die hat mich mit 17 übrigens kriegt und sagt heute: ach Gott, du hast so vü gfragt Susi, du worst so wissbegierig und i hob imma sogn miassn: i was ned oder gib a Ruha, weils ma peinlich wor vor de Leit, weil i ka Antwort gwusst hob. Also do hots, es hot ka Klassik gebn, ka Musik, gar nix, ka Kunst, Kultur, da hab ich nichts, ja. Und, und eben religiös, nix. Ma wird zwar tauft, dass is. Des ghört si so, aber an Gott den gibt's jo ned, des is a Bledsinn, den gibt's jo ned. Also so bin i scho mal aufzogen worden und ich hamma später eigentlich oft dacht: eigentlich hab ich mich selbst erzogen ja. Weil i bin immer so Revoluzzer gwesn, aber was einschneidend war, aber da überspring i glei glaub i wos.

I: Und dann kam die Krisenzeit. Beschreiben Sie mir bitte, was für Sie im Nachhinein Ihre persönliche Krisenzeit war (Ereignisse vor dem Drogenkonsum, Erwartungen an Drogen, erwünschte Wirkungen, ev. auch spirituelle Erfahrungen, Erleuchtung etc. und negativ erlebte Wirkungen, Kontrollverlust, etc.). Woran haben Sie festgestellt, dass etwas anders bzw. schwieriger wurde?

B: Akute Krise, ja.. Also, was für mich sehr einschneidend war is .. wie da Vater gangen is na. Der Vater war für mich der Wahnsinn ja, so der Übermensch, also, .. i bin a Einzelkind. Auf den hab ich aufgeschaut wie nur was. Der Boxer, Profiboxer, so a cooler schnittiger Typ. Ich war immer so das typische Mädchen, die was gsagt hat: ich heirat den Papa [lächelt]. Und dann, er war so, so ein Lebemann, hat die Mutter ziemlich schnell betrogen. Also die haben sich kennen glernt da war sie 16, er 17. Dann mit 17 schon das Kind, also gleich schwängern lassen. Na und dann war alles anders. Dann is sie mim Kind daham gsessn und er is furt gangen. Ich mein, welcher 18 jährige Bursch wü daham bleibn, na es gibt schon

welche, aber er hot ned dazua gehrt ned. Hat sie halt ständig betrogen, für sie, sie hat sich das anders vorgstellt ned. Jetzt hats müssen mim Kind daham sitzen, also ich war wahrscheinlich a Belastung für sie. Sie hot a so Sätze gsogt wie: i hob mit dir gor ned gwusst, wos i anfangan soi, i hob die wie a Puppn hoit so sche ozogn und frisiert und Zopfal gflochten. Aber so von Erziehung wor da ned viel. Und was auch interessant is, da Vater hat sich scheiden lassen, da war ich 9. Ich hab immer glaubt mit 7. Also für mich is das wie .. nach der Volksschule, der hat mich hingführt mit da Schultüte, den ersten Schultag und dann auf einmal war er weg. Aber .., ja was auch interessant ist, ich hab kaum Erinnerungen und bitte da war ich doch schon 9 Jahre alt, wie die Scheidung erst war ja, ich hab kaum Erinnerungen Papa, Mama, Susi. Also mit Mutter hab ich Erinnerungen und mit Vater hab ich Erinnerungen, aber nicht zu dritt. Also der dürft ziemlich viel da Lepschi gwesn sein, wie ma so sogt ja [lacht]. Also zu dritt ganz wenig und wenn dann, dann warn Streitereien. Also das werd ich nie vergessen, da is er mal heim kommen in der Nacht und dann hams herumwickelt und er zum, hat gemeint zu Mutter: du blede Kua gehst ma nur am Wecka, do schlof i lieba bei da Susi und is zu mir ins Zimmer kumman und hot se zu mir ins Bett glegt. Oiso i hob so a großes Bett ghobt. Aber es gibt kaum Erinnerungen wo ma da zu dritt waren. Und das war für mich das Schlimmste. Also .. ich hab nie das Gefühl ghabt, er is weg. Also ich und er, da hab ich viele Erinnerungen, aber zu dritt .. hab ich da die Mama aus, aus, ausblendet, dass was i ned ja. Aber wie ich da eines Tages von der Schule heimkomm und, ich hab immer glaubt, es war in der ersten, na es wor in da dritten Volksschui, die Mutter hat gsogt, ich komm rein und sie: Susi, da Papa hat uns verlossen. Und des wor so org für mi weil, für mi, für mi, der hot mi ned verlossen ja, er hot sie verlossen. Und er wor a super Daddy, aber hoit a Weekend Daddy ja. Jedes Wochenende abholt und von der Erziehung .. er hät da einiges mehr drauf ghabt als sie, ja. Er hat meine Begabungen, die hat er voll erkannt, wollt as fördern und er hat ma dann auf einmal später auch anboten, ob ich nicht zu ihm ziehen will, aber da hab ich irgendwie kniffen. Weil bei der Mutter do is ollas eingongan ja, wie da hob i mochn kennan wos i wü. Die hob i quasi so unterbuttern könnan, zum Vater hob i aufgschaut ja. Und da war i glaub zu gehemmt, verklemmt, dass ich da riskiert hätt, mich da jetzt in seine Hände zu begebene, aber es wär sicher von der Erziehung her besser gwesn. Na auf jeden Fall, dass war das einschneidenste Erlebnis glaub i. für die, für die Zukunft für die Sucht. Weil i glaub ned, dass ich a unglückliches Kinder wor bis, bis dahin hot de Mutter gsogt. Weil ich wor eher so a Tonangeberin, die Freunde und so einteilt und die Spiele erfunden und was ma spielen und wo was spielen. Also kein Kind, das nur fad herumsitzt und nicht weiß, was tun soll. Eigentlich a selbstbewusstes und goschates Kind und viele hamma immer gsagt: du bist ja da ganze Papa, du bist da ganze Papa ja. Er war halt so mein, mein Wundermensch ja. Und dann sagt de Frau, der is weg, der hat uns verlassen. Und natürlich, die Wochenenden waren schon und der, der war super aber das is

ned nur einmal gwesn, dass ich am Sonntag dann nachhause kommen bin und zu Mutter und mich einsperrt hob und bitterlich gweint hob und ma docht hob: jetzt muss i wieder an, an, a Wochen bei der sein. Und dann hat er was ganz was dummes, ungeschicktes gmacht – also sie waren beide aus der Unterschicht ja – der hot mi, obwohl er bei vüle Sochn gscheit wor, hot er mi aufghust gegen mei eigene Mutter. Das hat er sicher nicht mit Absicht gmacht, aber es hat halt immer gheißen: die Schirche, die Deppate, der Trottel. Jetzt natürlich, wennst das einem 6-, 7-, 8-jährigen Kind dauernd vursogst und des is a Person zu derst aufschaut, dass is ja dann schlimm. Weil für mi wor se dann die Schirche, der Deppate, der Trottel nan. Und da war ich furchtbar unglücklich mit dera allanig zum sein, noch dazua a Einzelkind, ned amal Geschwister oder wos ja. Immer mit der Frau. Und sobald ich geschlechtsreif war, also scho mit 13, bin ich sofort zu de Jungs ja. Also sofort zu de Jungs und gleich mal den ersten Freund und nur weg von da Mutter immer. Und es hat sich irgendwie so ergeben, dass sie sich dann so an anderen Mann gfunden hat, da war ich so 14 schätz ich, da hab ich meine erste echte Beziehung ghabt und ähm, und zufällig, der hat im Gemeindebau gwohnt und zufällig hat der genau gegenüber eine Wohnung ghabt. Und für meine Mutter was das ähnlich glaub ich, wie ich das mim Richard [ihr Partner] hab. Also das is Wahnsinn, ich war eigentlich immer gegen mei Mutter und hobs ned so richtig akzeptiert und immer ankämpft gegen sie und immer gegen, gegen, gegen gearbeitet. Auf jeden Fall hat sich die Geschichte wiederholt. Sie hat den Mann nicht zu 100 %, das war auch nicht ihr Typ ja und ich glaub sie hat ihn aus gewissen Gründen gnommen, wie z. B. ah na dann bin i ned allanig und dann hob i a Wohnung für de Susi und sie hat so einen Satz gesagt und hat das aber ewig abgestritten ja. Sie hat gsagt: schau dann hamma sogar a Wohnung für dich. Und genau so wors. Die Wohnung is leer gstanden und er is zu uns zogen und mit 16 hats an Streit gebn wiedermal, da wor i scho schwerer Hippie und i hob meine Schallplatten und Jeans packt, bin umegangen und bin quasi auszogen. Und bitte i wor ja bis, i hob ziemlich spät maturiert, mit 3-jähriger Verspätung, ein, einmal mit 7 in die Schule kommen, weil ich ein September-Kind bin, zweitens hab ich, bin ich in Putzen durchgefallen, das is das Zweite und drittens ich hab a Gehirnhautentzündung ghabt im Jahr der Matura, d. h. da bin ich durchgefallen und ein Jahr später antreten. Also ich glaub, ich hab erst sowas mit 22 oda wos maturiert jo. Des haßt, einerseits hab ich mich komplett unabhängig gefühlt, hab nur gmocht wos i wü, in der Nocht in der Camera [Club], am nächsten Tog nur des Minimum jo und aber andererseits finanziell natürlich von ihr abhängig nan. Na sie hat natürlich oft aufgesperrt, hat ma Sachen hinglegt und Geld. Dann is sie irrsinnig brutal in mei Privatsphäre eine und immer unter dem: des is ja mei Wohnung usw. und auch schon lang vorher, immer dieses aufsperrn und eineschnüffel. Und später, wie ich dann voll drauf war, also auf de harten Drogen, wens ma ned guad geht und i wü e niemanden sehn und dann kummt da wer und: ah und du kugelst ja nur – immer vorwurfsvoll alles na. Ja aber auf jeden Fall, des wor für mi gonz krass, diese

Scheidung ja. Also, dass wir da keine Familie, dass der Vater, des versteht a Kind wahrscheinlich ned so guad. Warum is da Papa nimma da, warum is da a andere Frau. Und ich war aber immer ein bissl schüchtern bei ihm. I kann mi erinnern, der wor so aufbrausend und manchmal hat a an Schreier loslassn und i glei zum weinen anfangen. I wor hoit sehr sensibel und er hoit des Gegenteil na. Na, na sicher ja, weil ich war so a Lieblings-Lehrer-Kind, ich hab immer lauter Einser ghabt. Und die Mutter hat a gsogt, i wor immer a braves Kind und genau in der dritten Volksschule, a totale Veränderung. Notenabfall und bin äh aggressiv worden, mit Banden hab i mi rumtrieben. I man wor a tiafes Pflosta zu der Zeit. Zum Beispiel, ich bin ja über Drogen gar ned aufklärt worden. Ich hab, ich hab über das alles immer gschimpft und wie ich das erste Mal Heroin probiert hab mit 29 oda was, dann war das so a Aha-Erlebnis, dann war das so: hach wenn ich das vurher gwusst hätt. Des is ja genau, ich hab das wie a Medikament gsehn, dass is ja die Medizin, die mir gfehlt hat ja. Die Ärzte ham immer gsagt, ich hab so Selbstheilungsversuche gmacht na. Ja es war, warum ich das gnomman hab, bin ich dann schon später drauf kommen weil ich irgendwie unsicher war. Und ich hab aber kaschiert unter Coolness, also ich bin immer so cool rüberkommen bei den Leuten und wenn mich dann manche Frauen kenn glernt ham, habens immer gsgat: hach du bist ja ganz a nette, wir ham immer glaubt, du bist so unnahbar, so a Tussi und so ned. Also i hob des kaschiert, des Unsichere, und mit Heroin wor i nimma unsicher. Na gut also das amal mit dem Vater war krass und dass ich ständig mit der Mutter zampickt bin, das is ma furchtbar am Nerv gangen und dass ich dann halt so aggressiv und ich hab mich verändert halt na.

Anhang 4: Lebenslauf

| | |
|---|---|
| <p>Persönliche Daten</p> <p>Name</p> <p>Geburtsdatum</p> <p>Geburtsort</p> <p>Nationalität</p> | <p>Pia Nash (ehem. Nashandasse), BA</p> <p>09.03.1992</p> <p>Korneuburg</p> <p>Österreich</p> |
| <p>Schulbildung</p> | <p>1998 – 2002 Volksschule Bertha von Suttner Gasse 9 1220 Wien</p> <p>2002 – 2010 AHS, Theodor Kramer-Str. 3 1220 Wien</p> |
| <p>Akademisches Studium</p> | <p>2011 – 2014 Fachhochschule St. Pölten 3100 St. Pölten Soziale Arbeit</p> <p>2014 – 2016 Fachhochschule Campus Wien 1100 Wien Master für Klinische Soziale Arbeit</p> |
| <p>Fort- und Weiterbildungen</p> | <p>Ausbildung zur Fitness-, Step- und Aerobic Trainerin – USI Wien 2010 – 2011</p> <p>Geschlechterdimensionen in der Suchtberatung – eine intersektionale Analyse im Kontext reflektierender Praxen 2014 – PSZ GmbH</p> <p>Interne Suchtschulung 2015 – PSZ GmbH</p> <p>Psychiatrische Störungsbilder 2015/16 – PSZ GmbH</p> <p>Das Weddinger Modell, Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext 2015 – PSZ GmbH</p> <p>Soziale Arbeit mit traumatisierten KlientInnen 2015 – OBDS</p> |

| | |
|---------------------|---|
| | |
| Berufspraxis | <p>Coach in Minopolis 2007 – 2010 Angestellte Pädagogische Kinder- und Jugendarbeit: Beaufsichtigung, Begleitung, Spiel und Animation, Beschäftigung.</p> <p>Gruppenleitung bei Austrian Holidays 24.07.10 – 14.08.10 und 09.07.11 – 30.07.11 Leiterin Kinder- Jugend- und Teamarbeit: Leitung, Organisation, Beaufsichtigung, Spiel und Animation, Beschäftigung, Konfliktlösung</p> <p>Trainerin bei Mrs. Sporty 2010 – 2011 Begleitendes Trainieren, Präsentieren und Durchführen von Trainingsübungen, Check ups, Beratung</p> <p>Hip-Hop- und Fitnesstrainerin - Tanzschule „Tanzstelle“ 2011 – 2013 Vermittlung von tanztechnischen Grundlagen, Choreographie, Bodywork</p> <p>Wissenschaftliche Mitarbeiterin für Soziale Inklusionsforschung 02.04.12 – 30.11.12, im Ausmaß von 105 Stunden Recherchearbeiten, Zielgruppen kontaktieren, Fragebögen erheben</p> <p>ASVÖ – Kids in Motion „Kinder Gesund Bewegen“ 2012 – 2014 Trainerin bei Gesundheitsförderungsprojekten an Wiener Kindergärten und Volksschulen</p> <p>Pädagogische Betreuerin im SOS Kinderdorf in Italien – Caldonazzo</p> |

| | |
|------------------------|--|
| | <p>10.07.12 – 10.08.12</p> <p>Mitarbeit und Mitgestaltung des pädagogischen Alltags, Einzelbetreuung, Vorbereitung und Durchführung freizeitpädagogischer Maßnahmen</p> <p>Suchtprävention NÖ – Freie Dienstnehmerin</p> <p>2013 – jetzt</p> <p>Beratung, Information, Weitervermittlung, Öffentlichkeitsarbeit</p> <p>Jedmayer – Freie Dienstnehmerin</p> <p>2013 – 2014</p> <p>Spritzentausch, Barbetrieb, Informationsgespräche, Beratungsgespräche, Notschlafstelle, Safer Use Gespräche, Krisenintervention</p> <p>PSZ GmbH – Suchtberatung Mistelbach</p> <p>2014 – jetzt</p> <p>Information, (psychosoziale) Beratung und Betreuung für Personen mit einer Suchterkrankung und deren Angehörige, Weisungen, Vermittlung an Entzugs- oder Entwöhnungseinrichtungen, Spitalsverbindungsdienst</p> <p>Studiengangvertreterin des Masterstudiengangs Klinische Soziale Arbeit</p> <p>September 2014 – Juni 2015</p> |
| <p>Praktika</p> | <p>SOS Kinderdorf – Wien Floridsdorf</p> <p>September 2010 – Februar 2011</p> <p>MA 11 Kinder, Jugend, Familie</p> <p>09.01.12 - 06.02.12; im Ausmaß von 120 Stunden</p> <p>Kennenlernen sozialarbeiterischer Tätigkeiten, Mitarbeit und Mitgestaltung des pädagogischen Alltags, Einzelbetreuung, Vorbereitung und Durchführung freizeitpädagogischer Maßnahmen</p> <p>Anton Proksch Institut – stationärer Entzug 2/1</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>03.09.12 – 31.10.12; im Ausmaß von 240 Stunden</p> <p>Optimierung der Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich eines selbstgestalteten Lebens, Sicherung der Existenz, psychosozialer Beratung, Erstellen von Sozialanamnesen, Hilfe und Unterstützung bei Verschuldung, Arbeitslosigkeit, Wohnungssicherung und juristischen Belangen etc.</p> <p>Anton Proksch Institut – Langzeittherapiestation Mödling</p> <p>05.05. – 06.06.14; im Ausmaß von 190 Stunden</p> <p>Optimierung der Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich eines selbstgestalteten Lebens, Sicherung der Existenz, psychosozialer Beratung, Erstellen von Sozialanamnesen, Hilfe und Unterstützung bei Verschuldung, Arbeitslosigkeit, Wohnungssicherung und juristischen Belangen etc.</p> |
|--|--|