

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

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

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

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

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 23/2010

Lösungsorientierte Suchttherapie – Ein supervisorisch-kritischer Blick*

*Dr. Frank-Otto Pirschel***

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>

** Dr. Frank-Otto Pirschel, Bürgerwohlsweg 22, 28215 Bremen

Gliederung

1. Einleitung

2. Das Verhältnis von Sprache und Wirklichkeit im lösungsorientierten Ansatz und in der Integrativen Therapie

3. Suchttherapeutische Praxeologie des lösungsorientierten Ansatzes

3.1 Die Wunderfrage und der Verzicht auf Anamnese und Diagnostik

3.2 Skalierung und Ressourcen

3.3 Respekt, Würdigung und Komplimente

4. Berührungen von Ressourcen- und Problemanalyse (Schnyder, Schmidt, Kottje-Birnbacher)

5. Der Wille in der Psychotherapie

6. Mehrperspektivität und Integration statt lösungsorientierter

Orthodoxie

7. Fußnoten

8. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Die lösungsorientierte Kurztherapie verbindet sich seit Mitte der 1970er Jahre mit dem Forscher- und Therapeutenteam um Steve DE SHAZER, Insoo KIM BERG und Eve LIPCHIK, die am Brief Family Therapy Center in Milwaukee, USA, einen eigenen therapeutischen Weg entwickelten und beforschten. Das renommierteste Institut in der Bundesrepublik Deutschland, das den lösungsorientierten Ansatz konsequent vertritt, seine Ausbildungen diesbezüglich strukturiert und inzwischen mit einer eigenen Suchtambulanz aufwarten kann, ist das Norddeutsche Institut für Kurzzeittherapie (NIK) mit Hauptsitz in Bremen. Die zentrale Aussage des lösungsorientierten Ansatzes lässt sich praxisbezogen wohl dahingehend zusammenfassen, dass das Problemgespräch (problem-talk) vom Lösungsgespräch (solution-talk) abgelöst wird und sich auf diese inhaltlich ausgewiesene Weise ein kürzerer und gleichwohl erfolgreicher Therapieverlauf gestalten lässt. Und auf genau dieser Ebene wird der praktizierende Supervisor in der Regel lösungsorientierten Teams oder einzelnen Therapeuten begegnen. Es ist jedoch unerlässlich, um den supervisorisch-kritischen Blick zu schärfen, auch das Feld der Theorie zu auszuleuchten. Soweit der Supervisor sich der doppelten Pflichtaufgabe „lebenslangen Lernens“ („life long learning“ (PETZOLD/ORTH/SIEPER 2006, S. 651)) und weiterer Wissensvermittlung stellen will, kommt er um die argumentative Auseinandersetzung mit dem lösungsorientierten Verfahren nicht herum. Denn es geht in Supervisionsprozessen auch darum, Kompetenzen und Performanzen von Supervisanden (hier im Suchtbereich) durch Austausch von Fachwissen weiterzuentwickeln.

Allerdings stellen sich beim lösungsorientierten Verfahren anders als bei der Integrativen Therapie einige Schwierigkeiten, die theoretischen Referenzpunkte zu sichern. Während der inzwischen verstorbene Schulbegründer, der US-Amerikaner Steve DE SHAZER zunehmend die Neigung zu entwickeln schien, Aufsätze im Stile eines poststrukturalistisch unterfütterten Augenzwinkerns über die Vieldeutigkeit (und Beliebigkeit?) von Therapie zu verfassen, veröffentlichen die deutschen Vertreter dieses Verfahrens (vgl. insbesondere die Veröffentlichungen aus dem Umfeld des Norddeutschen Institutes für Kurzzeittherapie sowie weitere Veröffentlichungen im Verlag borgmann publishing) eher praxeologische Arbeiten, die sich streng theoretisch gar nicht auf die poststrukturalistische Theoriebildung beziehen. (Das minderte nicht den persönlichen Bezug und die Beziehung, der das NIK auf seiner Internet-Seite dadurch Ausdruck verlieh, dass Workshops mit Steve de Shazer unter der Überschrift „Steve kommt“ eher plakativ vermarktet wurden.) Vielmehr werden die

eingeführten Kategorien weder dekonstruiert noch rekonstruiert und bleiben oftmals ohne Anschluss an die sonstige sozialwissenschaftliche Theoriebildung.

Eine spezifische Praxeologie der Suchtkrankenbehandlung legt das lösungsorientierte Verfahren bewusst nicht vor (s.u.), sondern die allgemeinen Grundsätze des therapeutischen Handelns werden analog auf die Behandlung Suchtkranker übertragen (vgl. BERG/MILLER 1993; 1997). Gleichwohl gibt es einige technische Aspekte, die in der Ausbildung lösungsorientierter Therapeuten betont werden (1), die aus meiner Sicht hilfreich sind, mit suchtkranken Patienten umzugehen. Dazu zähle ich die Betonung einer würdigenden und zugewandten Haltung, des Blicks auf die Fähigkeiten, Wünsche und Interessen der Patienten, der (aktuellen) Kontextualisierung von Problemen und Lösungsprozessen und der Aufmerksamkeit für Veränderungen. Diese Gesichtspunkte sind bei der Entwicklung der Theorie und Praxeologie der integrativ-prozessorientierte Arbeitsweise ebenfalls vielfach entfaltet worden. Sie liefern daher auch die Möglichkeit, in der Supervision Anschlüsse und Verbindungen herzustellen.

Die Arbeit ist in einen einführenden theoretischen Teil und in die praxeologische Untersuchung im zweiten Teil untergliedert. Aus Gründen der Lesbarkeit habe ich das lösungsorientierte Verfahren und das Selbstverständnis Integrativer Therapie und Supervision nicht statisch gegeneinandergestellt (oder auch mal zueinander), sondern die Argumentation selbst unter Benennung der Referenztheorie entfaltet. Der Anspruch des lösungsorientierten Verfahren, pragmatisch, kurz und kostengünstig zu sein, wird hinterfragt und kritisiert. Hinter dem scheinbaren Pragmatismus verbirgt sich die Orthodoxie bewußter Oberflächlichkeit, die möglicherweise die Behandlungsdauer im lösungsorientierten Verfahren verkürzt, die Leiden der betroffenen Hilfesuchenden im günstigen Idealfall des ein-eindeutigen „Problem-Trinkers“ ebenfalls, im Fall wirklicher Suchterkrankung aber schlimmstenfalls zur Verlängerung von Leiden beiträgt.

2. Das Verhältnis von Sprache und Wirklichkeit im lösungsorientierten Ansatz und in der Integrativen Therapie

Von besonderer Bedeutung zum Verständnis des lösungsorientierten Ansatzes ist sein Verhältnis zu Sprache, äußerer Realität und Erkenntnis. Diesen Aspekten gegenüber tritt das Subjekt in den Hintergrund, es verschwindet hinter seinen Sprachspielen bis zur Unkenntlichkeit und muss daher auch nicht in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden. In dem teilweise programmatischen Aufsatz „*Wie man Zahlen zum Sprechen bringt*“ erläutern BERG/ DE SHAZER (1993) ihre Auffassung zu den genannten Problemfeldern. Zunächst referieren die Autoren verschiedene Zugänge zu Sprache, äußerer Realität und Erkenntnis. Diese Darstellung sei hier wegen ihrer gelungenen Verdichtung und der unzweideutigen Hervorhebung des eigenen Ansatzes ausführlich zitiert:

Der gesunde Menschenverstand stützt sich „immer auf eine naive Auffassung der Sprache als transparent und wahr. Die praktische Auffassung der Sprache als transparentes Medium, das bereits bestehende Tatsachen zum Ausdruck bringt, impliziert, daß in der Sprache keine Veränderungen auftreten. Es wird angenommen, die Sprache reflektiere lediglich Veränderungen, die bereits vor ihrer eigenen Veränderung aufgetreten sind. (...) Andererseits wird die Sprache im traditionellen westlichen Denken (das mit der Auffassung des gesunden Menschenverstandes verwandt ist) gewöhnlich als ein Medium betrachtet, das in gewisser Weise die Realität darstellt. Dies beruht auf der Vorstellung einer äußeren Realität, die dargestellt werden kann. Deshalb kann man die Sprache erforschen, indem man prüft, wie gut sie diese Realität darstellt. Und dies führt natürlich zu der Idee, Sprache könne „die Wahrheit“ darstellen, die ihrerseits zur traditionellen westlichen Wissenschaft führt. (...)

Die Buddhisten dagegen würden – von einem dritten Standpunkt aus – behaupten, die Sprache versperre uns den Zugang zur Realität. Das heißt, auch sie glauben an das Vorhandensein einer äußeren Realität.

Die vierte Auffassung wird im allgemeinen als „Poststrukturalismus“ bezeichnet. Sie vertritt die einfache Ansicht „Sprache ist Realität“. (...) Entgegen der allgemeinen Ansicht scheint die Veränderung innerhalb der Sprache zu erfolgen: worüber wir sprechen und wie wir darüber sprechen, ist nicht dasselbe, und mit Hilfe dieses Unterschieds kann man (für den Klienten) eine Veränderung bewirken.

In den letzten 20 Jahren sind wir in der Arbeit mit unseren Klienten von einer Version der traditionellen westlichen Auffassung über ein Version der traditionellen östlichen Auffassung zu einer poststrukturalistischen Sichtweise gelangt, d.h. zu der Einsicht, dass alle in einem therapeutischen Gespräch erreichten Bedeutungen in einem Prozess entwickelt werden, der mehr Ähnlichkeit mit einer Verhandlung hat, als mit dem Verstehen oder Aufdecken dessen, was „wirklich“ geschieht“ (1993, S. 148 f.; Hrvggen. im Original).

Von einem solchen Zugang aus lässt sich a priori das Ende des Problemgespräches („problem-talk“) und der Beginn der Lösungsgespräche („solution-talk“) sozusagen festsetzen (vgl. TALMON 1996). DE SHAZER definiert denn „Therapie“ auch als „*das Erfinden, Entdecken und das Anwenden von Lösungen und/oder Ergebnissen; ein alle Seiten einbeziehendes, kooperatives, in Zusammenarbeit geführtes Gespräch zwischen zwei oder mehr Experten*“ (1992; S. 76).

BERG und DE SHAZER lösen das Spannungsverhältnis zwischen Phänomenen, ihrer leiblichen Wahrnehmung und Sprache einseitig zur Sprache hin auf. Dem gegenüber möchte ich eine Sichtweise stellen, die die in Sprache gefasste gesellschaftliche Formiertheit des Menschen und die Verleiblichung von sozialer Erfahrung nicht künstlich auseinanderreißt und abwehrt, sondern wahrnimmt und damit auch dem (sucht-)therapeutischen Prozess zugänglich macht.

Anders als bei BERG und DE SHAZER gelten in der Integrativen Therapie Leib, Sprache und Gemeinschaft „in einer reflexiven und differentiellen Verwendung von Sprache als leibhaftigem Sprechen mit Anderen“ als in einer unlösbaren „Trimetrie ... aneinander gebunden“ (PETZOLD 2010; vgl. ORTH 2009). In seinem hier zitierten Aufsatz „*Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie*“: *Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit - Hermeneutica*“, liefert PETZOLD eine umfangreiche und philosophisch, neuro- und evolutionsbiologisch gesättigte Darstellung integrativer Theoriebildung zu der uns hier beschäftigenden Thematik, die im Aufsatz von ORTH (2009: „*Leib – Sprache – Gedächtnis – Kontextualisierung*“) mit einigen bemerkenswerten praxeologischen Bezügen angereichert wird. Denn der Frage nach der Sprache, ihrer Bedeutung für eine „intersubjektive Hermeneutik“ und eine „*hermeneutisch orientierte Therapeutik*“ kann keine ernstzunehmende therapeutische Richtung sich entziehen. Integrative Therapie ist zwar stets auch kreative Therapie, aber sie ist mit dieser Orientierung dennoch nicht „allein durch das nonverbale Moment gekennzeichnet,

sondern gerade dadurch dass sie Verbalität und Nonverbalität <verbindet>, entsinnlichte Sprache wieder mit sinnlichen Qualitäten <anreichert> und umgekehrt...“, bewegt sie sich zugleich auf dem Feld der Sprache (PETZOLD 2010, S. 30).

Der strukturalistischen Auffassung, dass „*Sprache ... eine objektive Realität (sei), die den Menschen in Form der Worte und Grammatik gegeben sei*“, gesteht PETZOLD erhebliches Gewicht zu: „*Ein Mensch schafft die Sprache nicht, wird aber durch sie geformt*“ (2010). Und zugleich „*hat **Sprache immer einen Gegenstandsbezug***“, geht „*jedem Sagen eine zu sagende Erfahrung in der Welt*“ voraus, die zur Sprache kommen will (2010, S. 93 – Hrvhgen. i.O.). Ganz ausdrücklich verweist PETZOLD daher auf die von einer solchen Auffassung her notwendige „*Auseinandersetzung(en) mit der poststrukturalistischen Sprachtheorie und Derridas Dekonstruktion*“ (ebd.). PETZOLD dann mit Bezug „auf den „späten“ Ricoeur“ weiter: Sprache beginnt, bildet und formt sich im Sprechen von Sätzen, im Diskurs. Die Sprache hat ihren Ursprung in der „menschlichen Existenz“, im „Mit-Sein“ (das Koexistenzaxiom Integrativer Therapie, PETZOLD), in „Ereignis-Kontexten“: „*Da es zuerst etwas zu sagen gibt, weil wir eine Erfahrung zur Sprache zu bringen haben, ist umgekehrt die Sprache nicht nur auf ideale Bedeutungen gerichtet, sondern bezieht sich auch auf das, was ist*“ (RICOEUR 1976, 21). *Sprache als kommunikativer Akt – etwa in Diskursen, Dialogen bzw. Polylogen – und als aktualisierte Sprache sind miteinander verschränkt, wobei die „langue“ Möglichkeitsbedingung der Kommunikation ist. **Sprache, Sprecher, Ereignis** sind in dieser Hermeneutik vor dem Horizont von Welt mit ihren jeweils konkret erlebten Situationen/Szenen verbunden*“ (PETZOLD 2010, S. 93 – Hrvhgen. i.O.).

Zugleich schafft der leibliche Kern unseres Seins und unserer Wahrnehmung „in der Kommunikation als kreativer Wechselseitigkeit von Sprechern“ (PETZOLD 2010) einen Raum ko-kreativer, aus den Leibarchiven wechselseitig schöpfender (Sprach)Gestaltung:

„*Der wahrnehmungs-, handlungs-, speicherfähige menschliche Körper/Organismus (σώμα), der eingebettet ist in die Lebenswelt, wird durch seine Fähigkeiten zur „Verkörperung“, zur „**Einleibung**“, zur „**schöpferischen Gestaltung**“ in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen zum „**subjektiven Leib**“, zum „**bewegten Leibsubjekt**“, das sich mit seinen Mitsubjekten kokreativ interagierend in seinem Kontext/Kontinuum bewegt (interacting subject embodied and embedded). Dieses*

*anthropologische Konstrukt des „Leibsubjektes“ wird definiert als die in der somatischen Basis und ihrer Geschichte gegründete „Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile“ in ihrer aktuellen Performanz. Darunter ist das fungierende und intentionale Zusammenspiel mit dem Umfeld zu verstehen, die bewusst und unbewusst erlebten Inszenierungen und die in ihnen ablaufenden **dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts**. Sie werden als Prozesse „komplexen Lernens“ mit ihren Lernergebnissen mnestisch im „Leibgedächtnis“ archiviert. Der verleiblichte Niederschlag differentieller Information über das Zusammenwirken von somatischem Binnenraumerleben und Kontexterleben in der „Selbsterfahrung“ (d.i. im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist Grundlage des „**informierten Leibes**“, aus dem als Synergem ein „**personales Leib-Selbst**“ emergiert, das ein reflexives/metareflexives Ich und dadurch eine hinlänglich konsistente, gedächtnisgesicherte Identität entwickeln kann. Das anthropologische Konstrukt des **Leibsubjekts** wird damit zu einem persönlichkeits-theoretischen Konzept erweitert. Die „**leibhaftige Person**“ als **Selbst-Ich-Identität** konstituiert sich durch die jeweils erinnerten und in ihrer aktuellen Performanz im Kontext-Kontinuumbezug erlebten und mit Anderen inszenierten Schemata/Stile. Sie kann sich fungierend-regulationsfähig und reflektierend-handlungsfähig in ihren Interaktionen mit Anderen in der Welt steuern und entwickeln“ (PETZOLD/ORTH/SIEPER 2006, S. 632 f. – Hrshgen. i. O.).*

Gesprochene Sprache hat ihren Ausgangspunkt eben auch in der je individuellen und evolutionsbiologischen „Einleibung“ und „schöpferischen Gestaltung“: Es ist unbestreitbar, dass sich die wahrgenommenen Phänomene, zumal aus den unterschiedlichen Perspektiven eines Familien-Systems, aber nicht nur dort, unterschiedlich beschreiben lassen und dass die in diesem System generierten Kommunikationsschleifen einen Teil der Systemwirklichkeit bilden. Einen Teil! Menschen agieren nicht allein in Sprachspielen, Menschen agieren leiblich, im Grenzgebiet zwischen Selbst und umgebender Umwelt, sie verändern diese Umwelt in ko-kreativen Prozessen (vgl. ORTH/PETZOLD 1996a, S. 98 ff.). Die Sprachspiele der Menschen sind nicht diese Prozesse, sondern die Sprachspiele sind integraler Bestandteil dieser Prozesse (2). Das Wort „Begriff“ unterstreicht diesen Zusammenhang in sinnfälliger Weise: Keine Begriffsbildung ohne Be-Greifen, ohne handfeste Auseinandersetzung mit der Welt und Durchdringung des Gegenstands; und neue, strukturierte und ko-kreative Auseinandersetzung mit der Umwelt als Resultat von

Begriffsbildungen. Wer das Glück hatte, Kinder aufwachsen zu sehen, bekommt diese Dynamik an Wendepunkten der leiblichen Entwicklung sozusagen als Anschauungsmaterial geliefert. Ich erinnere mich gut, als meine Kinder das Krabbeln, das Laufen, das Radfahren und das Schwimmen erlernten und plötzlich konnten und wie diese Prozesse jeweils Sprünge zugleich der Sprach- und Persönlichkeitsentwicklung bildeten. Auf dieser Grundlage wurden dann in Windeseile neue und scheinbar entfernte Felder – Puzzeln, Malen – erschlossen. Weniger persönlich gefärbt und stärker quantitativ empirisch gesättigt fasst PETZOLD den allgemeinen Forschungsstand zusammen:

„Dass „zwischenleibliche“ Geborgenheit, stimmige „Tonusdialoge“ ... von Babyzeiten über die Lebensspanne von größter Bedeutung sind, haben unsere Arbeiten mit Säuglingen, psychiatrischen Patienten und Alterspatienten ergeben... Dass Zwischenleiblichkeit (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsprozesse) auch eine hohe therapeutische Relevanz hat, steht außer Zweifel und hat für die Arbeit mit traumatisierten und multipel belasteten Menschen klare methodische Konsequenzen, was etwa die Verwendung von nonverbalen Therapieelementen, Leibtherapie, Tauer- und Trostarbeit in allen Lebensaltern anbelangt ..., vor allem aber was die Achtsamkeit bezüglich potentieller Schutzfaktoren betrifft“ (PETZOLD 2006, S. 375). (Es sei an dieser Stelle nur darauf hingewiesen, dass PETZOLD damit auch wichtige Hinweise für die Arbeit mit Suchtkranken liefert.)

Der vielschichtigen Gewordenheit menschlichen Seins, Werdens und Handelns wird der Integrative Ansatz theoretisch, therapeutisch und supervisorisch weit mehr gerecht als die Verengung auf die Sprach-Handlungen. Intra- und interpersonale Auseinandersetzung findet nicht sprach-los statt und alle Worte führen selbst eine je eigene Tönung, eine eigene Wirklichkeit her. In Prozessen guter Ko-responzenz wird so unser Wirklichkeitsfeld um die Wirklichkeit des Anderen bereichert und es entsteht eine neue, *unsere* Wirklichkeit. Dieser Prozess kann aber nur gelingen, wenn sich Sprache und Wirklichkeit und die *Sprachen* der sich begegnenden Menschen nicht zu weit voneinander entfernen. Ein Beispiel: Zu einer der Techniken lösungsorientierter Therapie gehört die Umdeutung (reframing), die aber für Patienten nur bedeutsam wird, wenn sie nicht nur ein Sprachspiel ist, sondern wenn sie sich in hinreichender Weise mit dem Erfahrungsraum der Patienten verbinden lässt, ihre Welterfahrung in Kontext und Kontinuum und ihre Weltdeutung in angemessener Weise verschiebt. Ein Aspekt, den übrigens der Hypnotherapeut Milton ERICKSON, Referenzpraktiker von DE SHAZER und BERG, in den zahlreichen Geschichten gelungener Interventionen stets berücksichtigte, und zwar nicht allein als Sprachspiel, sondern als handlungsbezogene Intervention. Bei DE SHAZER tritt an die Stelle einer

Auseinandersetzung mit dem Spannungsverhältnis zwischen Worten und Wirklichkeit und der wirksamen Welt das Verbleiben auf der Sprachebene: „Die lösungsorientierte Kurztherapie ist für den Klienten wie für den Therapeuten ein hartes Stück Arbeit, denn der Therapeut muss alles tun, um an der Oberfläche zu bleiben und nicht zu interpretieren“ (DE SHAZER 2003, S. 99). Mit diesem begrenzten Zugang kann Diskurs-Analyse im Sinne FOUCAULTs und PETZOLDs, die Suche nach den diskursiven Implikaten und ihren Ursprüngen in der Welt da draußen, nicht betrieben werden.

Die „dialektische(n) Verschränkung“ von „evolutionären Narrativen“, von Mustern und Strukturen einerseits und den dahinführenden Narrationen, den Prozessen und Erzählungen andererseits gilt es im therapeutischen Prozess aufzuspüren, zumal Sprache, PETZOLD hier BAKHTIN zustimmend, in ihrer „ausgesprochenen Form (utterance) ... Einmaligkeitsqualität“ hat, eine „individualisierende Kommunalität“ begründet (PETZOLD 2010, S. 72). Stets sprechen „Ich“ und „Wir“ (z.B. Familienmitglieder, Bezugsgruppe, Schicht, Ethnie) zugleich und in einer Art „collagierender Hermeneutik ... dieser Kollektivität“ spielt sich Therapie ab.

Im deutschsprachigen Raum wird bei der Darstellung der lösungsorientierten Therapieform auf konsistente Theoriebildung manchmal gänzlich verzichtet. Das heißt aber nicht, dass nicht wahlweise und eher beliebig anmutend theoretische Referenzen in den Raum geworfen würden. Das mag dann mal abweichend von DE SHAZER geschehen, wie bei HARGENS, der „Sprache ... immer schon <als Verweis> auf einen sozialen Prozeß“ liest, also etwas über die Sprache hinausreichendes bzw., ihr vorgängiges (HARGENS 2000, S. 14), oder der seine Ideen in einer nicht näher ausgeführten Übereinstimmung mit den teilweise klar differenten Theoriegebäuden des radikalen Konstruktivismus, des sozialen Konstruktivismus und der Systemtheorie sieht (vgl. ebd., S. 21)

Nach meinem Verständnis lässt sich zwischen DE SHAZERs Sichtweise und der „Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks“ (EBERT/KÖNNECKE-EBERT 2004, S. 186 f.) eine Brücke nur insofern schlagen, als die Berater und Therapeuten einen Eindruck von Szenen und Atmosphären aus dem Zusammenspiel von Sprache, ihrer je persönlichen Verwendung und dem leiblichen Ausdruck des Patienten gewinnen. Während der lösungsorientierte Therapeut sich aber gerade bemüht, bei der Sprache, denn sie ist die „Sache“, zu bleiben, besteht das „harte Stück Arbeit“ integrativer Therapie und integrativer Supervision in der „metahermeneutischen Mehrebenen-Reflexion“, der „Triplex-Reflexion“

nach PETZOLD (1998), die ich an dieser Stelle mit EBERT/KÖNNECKE-EBERT zusammenfassend darstelle und für unseren Zusammenhang kommentiere:

„Ebene I

Ebene I bezieht sich auf die Betrachtung einer gegebenen Situation durch unterschiedliche Perspektiven und Optiken auf dem Hintergrund von Heuristiken“ (EBERT/KÖNNECKE-EBERT 2004, S. 187).

Therapeuten hören Worte und Schilderungen, sie hören und sehen den Patienten und seine Regungen im Verlauf des Erzählens, Szenen und Atmosphären klingen an, fügen sich aus anderer Perspektive neu. Im Wechsel empathischen Mitschwingens, temporärer Exzentrizität und Reflexion entstehen erste Hypothesen und werden mit theoretisch gesättigten Modellvorstellungen in Beziehung gesetzt, die auf der Ebene II überprüft werden:

„Die zweite Ebene bezieht sich auf die Reflexion der eigenen Wahrnehmung und der dabei verwendeten unterschiedlichen Perspektiven und Optiken sowie der zur Orientierung verwandten Heuristiken. In dieser Ebene findet die „Beobachtung des Beobachtens“ statt“ (ebd., S. 187).

Je nachdem, ob die Therapeutin familiendynamische, psychodynamische oder zeitgeschichtliche Optiken wählt, erfährt sie unterschiedliche Facetten des Gewordenseins vom Gegenüber in seine Welt hinein. Daraus folgen je unterschiedliche Schwerpunkte und Richtungen therapeutischer Intervention. Bei der Reflexion der eigenen Wahrnehmung geht es demnach um die ichbewusste Überprüfung der Wahrnehmung, der gewählten Wahrnehmungsperspektiven, der bewussten Einnahme neuer Optiken und um die Überprüfung der therapeutischen Intervention. Wie selbständig die Beobachterin ihre Selbstbeobachtung gestalten kann, ist von der Summe ihrer reflexiven Selbsterfahrung und ihrer bisherigen Supervision abhängig. Doch „Alter schützt vor Dummheit nicht“, therapeutische Erfahrung nicht vor blinden Flecken. Deshalb ist es sinnvoll und notwendig, die dritte Ebene zu erklimmen, gezielt Bedingungen herzustellen, in der diese Ebene eingenommen werden kann:

„Diese Ebene bezieht sich auf die Reflexion der Bedingungen des Beobachtens, z.B. im Hinblick auf die Entdeckung übergeordneter, verdeckter oder auf den ersten und zweiten Blick nicht sichtbarer oder unbewusster Gesichtspunkte. Diese hyperexzentrische Position kann in der Regel nur durch Supervision oder Diskursgemeinschaft erreicht werden. Auf der

Ebene III findet ein Querdenken des Gewohnten und eine transversale Reflexion von Diskursen unter erkenntnistheoretischen und wissenschaftsgeschichtlichen Perspektiven statt“ (ebd., S. 187).

Dabei geht es nach PETZOLD um vor allem das „Querdenken des Gewohnten“ und (unter Bezug auf Foucault) um die Suche nach den anonymen Diskursen in und hinter den vordergründigen Diskursen, um das Aufdecken der hinter den Bedingungen des Beobachtens stehenden Regeln, die sich sozusagen als „zweite Natur“ (MARX) hinter dem Rücken der Menschen durchgesetzt haben und wie selbstverständlich der „Organisation von Wirklichkeit“ eingeschrieben sind (PETZOLD 1998c, S. 154ff.).

3. Suchttherapeutische Praxeologie des lösungsorientierten Ansatzes

Der lösungsorientierte Ansatz negiert jede Spezifik von Abhängigkeitserkrankungen und Suchtproblemen:

„Wir möchten im folgenden einige lösungsorientierte Handlungsimperative aufführen, die Klienten helfen, ihre Ressourcen zu spüren und zur Entwicklung von Lösungen zu nutzen. Dabei ist der oberste Ansatzpunkt des lösungsorientierten Vorgehens, dass es sich bei Suchtproblemen um Schwierigkeiten handelt, die allen anderen Lebensproblemen prinzipiell ähnlich sind und auch mit vergleichbaren Mitteln gelöst werden können. Es besteht also kein besonderer Erklärungs- und Behandlungsbedarf für das Phänomen „Sucht““ (EBERLING et al. 1996, S. 124; Hrvhgen. von mir – FOP; vgl. ISEBAERT 1999).

Diese Auffassung wird unterstrichen durch MICKLEY, der hervorhebt, dass der lösungsorientierte Ansatz versucht

„herauszuarbeiten, was ein Therapeut mittels seines Gesprächs- und Frage-Stils während der Therapiesitzung tun kann, um konstruktive, gesunde Prozesse beim Patienten zu unterstützen. Er ist auf den ersten Blick sehr simpel und radikal pragmatisch. Im Mittelpunkt steht das Therapeutenverhalten, insbesondere sein verbales Verhalten und der Behandlungsplan und weniger der Patient mit seiner „Pathologie“. Es wird von der Grundidee ausgegangen, dass die Lösung und die sogenannten Ursachen eines Problems nicht grundsätzlich miteinander etwas zu tun haben müssen“ (MICKLEY 1995, S. 80).

EBERLING et al. grenzen darüber hinaus das „lösungsorientierte Vorgehen innerhalb der Suchttherapie“ explizit „von der herkömmlichen Suchtarbeit“ ab, weil *„der Fokus der Aufmerksamkeit mehr auf der Förderung und dem Aufbau vorhandener Fähigkeiten und Stärken liegt, weniger auf der Problematisierung von Defiziten wie z.B. dem Suchtverhalten und seiner Erklärung aus sozialisationsbedingten Defiziten. (...) Es geht also weder um die Rekonstruktion der Problemgeschichte noch um das Konfrontieren mit unangenehmen ‚Wahrheiten‘ und schuldhaftem Verhalten, sondern um die Arbeit an der Erreichung und Aufrechterhaltung erreichbarer und realistischer Ziele, welche aus der Sucht herausführen und/oder an ihre Stelle treten“* (1996, S. 121).

Dem möchte ich die Definition von PETZOLD gegenüberstellen:

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/der Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt - zerstört. Drogenabhängigkeit ist eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage“ (PETZOLD 2004, S. 515)

Von dieser Definition ausgehend kommt PETZOLD logisch zur gerade gegenteiligen Auffassung vom therapeutischen Angebot: „Weil diese Situation so komplex ist, bedarf es vielfältiger Therapieangebote und eines multidimensionalen Ansatzes von Therapie“ vor dem Hintergrund eines spezifischen Menschenbildes und einer spezifischen Persönlichkeitstheorie (ebd., S. 515). Auch PETZOLD entfaltet die These, dass der Mensch zugleich Struktur ist: „Es gibt keine Person ohne soziales Netzwerk und ohne Lebenslage. Jede Person ist ein soziales Netzwerk....“ (ebd., S. 517; Hervorhebung i.O.), doch ist seine, ich möchte sagen, „soziostrukturelle“ Verortung des Menschen als subjektiver Einheit im Gegensatz zu den Auffassungen der Poststrukturalisten in einem dialektischen Spannungsverhältnis zwischen den Phänomenen und ihrer Versprachlichung sowie den Phänomenen und ihrer sozialen Vermittlung angesiedelt. Bezogen auf die Lebenslage suchtkranker Patienten bedeutet dies fast immer, sich im Behandlungsprozess den brüchigen, beschädigten und zerstörten Strängen des sozialen Netzwerkes zuzuwenden und Wege zu ihrer Wiederherstellung bzw. zum Aufbau neuer Netze gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln.

Kommen wir nochmals zurück auf die Zitate von MICKLEY und EBERLING et al., in denen sich meines Erachtens eine Geringschätzung spezieller Forschung und Entfaltung therapeutischer Verfahren in Hinblick auf Abhängigkeitserkrankungen ausdrückt, zumal diese zueinander ja höchst unterschiedlichen Verfahren mit den genannten Vorhaltungen weitgehend nicht zu treffen sind (vgl. HEIGL-EVERS/HELAS/VOLLMER 1995; PETZOLD/SCHEIBLICH/THOMAS 2000; UCHTENHAGEN/ZIEGLGÄNSBERGER 2000; WETTERLING/VELTRUP 1997).

Zutreffend sind nach meiner Erfahrung allerdings erhebliche Bedenken gegen einen Teil der aus der Betroffenenbewegung gespeiste therapeutische Haltung der 1970er Jahre in der Bundesrepublik, die mit rigiden Zuweisungen und Programmen Suchtkranke in einer frühen Behandlungsphase überforderte und manche für Jahre traumatisierte. In der Begegnung mit solchen Suchtmitarbeitern imponierten oft deren unaufgearbeitete Selbstwertfragen gepaart mit einer projektiven Entlastungsidentifikation (vgl. ausführlich KÖNIG 1993), bei der die abgelehnte und bekämpfte Seite der eigenen Person, Rückfallimpulse und Craving, in moralisierender Weise ausschließlich auf den Patienten projiziert wird.

Bedenklich wirkt im lösungsorientierte Ansatz die hohe Standardisierung des Verfahrens bis hin zu therapietechnischen Details, wie sie zum Beispiel in der folgenden Zusammenfassung von HARGENS zum Ausdruck kommt, weil aufgrund der damit verbundenen Setzungen entweder kaum Raum für eine angemessene Prozessorientierung bleibt oder Allgemeinplätze als wichtige Größe eingeführt werden:

Das Verfahren ist

- | | |
|---|--|
| <i>„... zeitbegrenzt</i> | <i>fokussieren auf
o Ausnahmen;
o unerkannten Ressourcen und
o Zielen</i> |
| <i>... handlungs-bezogen</i> | <i>Direktiven und Aufgaben, um zu zeigen, dass
neues Verhalten möglich ist; Hoffnung erscheint</i> |
| <i>... (sozial) interaktiv</i> | <i>o wer gehört zum sozialen Umfeld?
o wie ist Hilfe von dort möglich?
o wie beeinflusst Hilfe das Umfeld?
o wie lassen sich andere in Aufgaben einbinden?</i> |
| <i>... an Einzelheiten interessiert</i> | <i>konkret, spezifisch und detailliert; wirkt vagen
Abstraktionen entgegen</i> |
| <i>... humorvoll</i> | <i>„Humor ist die beste Medizin“ (immer? – FOP)</i> |

... *Entwicklungen gegenüber
aufmerksam*

Entwicklungsphasen und Bedürfnisse beachten

... *beziehungs-bezogen*

*in der konkreten Beratung“ (HARGENS 2000, S. 12
f.).*

Fast ist man gewillt, in ironischer Umkehrung zu sagen, dass der lösungsorientierte Ansatz, der stets die pragmatische Seite betont, gerade aufgrund seines Mangels an Prozessorientierung und der Akzeptanz von Beschädigungen und Leiden und der dafür notwendigen Zeit-Räume in der Therapie wenig pragmatisch und eher autoritär ist. Diese Vereinfachung entspricht der Auffassung von DE SHAZER, dass sich mehr die Lösungswege ähneln als die Probleme, denen die jeweilige Intervention gilt. Die gesamte Anamnese und die „ätiologische Theoriebildung“ (MICKLEY 1995, S. 80) werden faktisch für überflüssig erklärt, da der lösungsorientierte Therapeut die Probleme nicht kennen muss: *„Die Klagen, mit denen Klienten zum Therapeuten kommen, sind wie Türschlösser, hinter denen ein befriedigendes Leben wartet. Die Klienten haben alles versucht..., aber die Tür ist immer noch verschlossen, sie halten ihre Situation also für jenseits ihrer Lösungsmöglichkeit. Häufig hat dieser Schluss immer weiter gehende Bemühungen zur Folge: Nun versuchen sie herauszufinden, warum das Türschloss so und nicht anders beschaffen ist oder warum es sich nicht öffnen lässt. Dabei dürfte es doch klar sein, dass man zu Lösungen mit Hilfe eines Schlüssels und nicht mit Hilfe eines Schlosses gelangt... Eine Intervention braucht nur in der Weise zu passen, dass die Lösung auftaucht. Es ist nicht nötig, dass sie es an Komplexität mit dem „Schloss“ aufnehmen kann“ (DE SHAZER, in: SCHLIPPE/SCHWEITZER 1996, S. 35).*

Eine beim ersten Lesen bestechende Metapher. Implizit enthält die Metapher jedoch unhinterfragte Voraussetzungen, die es aufzuhellen gilt. Demnach können Klienten gleichsam instrumentell therapeutisch vermittelte Schlüssel wie ein ihnen äußerliches Werkzeug für ein ebenso äußerliches Schloss benutzen. Auch der Schlosser (Therapeut) muss nicht seinen Kunden (Klienten/Patienten) kennen und kennen lernen wollen, sondern ein Arsenal von Schlüsseln genau unabhängig davon anwenden. Die Zurückweisung dieser Interpretation als „überzogen“ mit dem Allgemeinplatz, die Metapher sei wie alle Sprache „doch nur Reduktion von Komplexität“, trifft als Einwand nicht: Grundsätzlich gilt, dass die „Reduktion von Komplexität“ durch Sprache je nach der Passung dieser Reduktion in der komplexen Wirklichkeit hilfreiche und weniger hilfreiche Wirkungen zeitigt. Der Griff zu einer Metapher, die die Klient/Patient-Therapeuten-Beziehung auf einen Kunden-Schlosser-

Kontakt reduziert vernachlässigt die Vielfalt menschlicher Relationalität (vgl. PETZOLD/MÜLLER 2005; auch: ORTH/PETZOLD 1996b) und entspricht einem „Zeitgeist“ (PETZOLD), der die Welt in den binären Code (Schlüssel passt nicht = 0; Schlüssel passt = 1) zwingen will.

Der Begriff des „Kunden“ wird in der lösungsorientierten Terminologie in Abgrenzung zu den Begriffen des „Besuchers“ und des „Klagenden“ auch tatsächlich gerne benutzt. Die drei Termini sollen je unterschiedliche Klient-Therapeuten-Beziehungen (Beziehung hier im landläufigen Sinn) beschreiben.

„Der „Kunden-Beziehungstyp“ liegt vor, wenn Klient und Therapeut während einer Behandlungssitzung oder an deren Ende gemeinsam eine Beschwerde oder ein Behandlungsziel erkennen. Außerdem macht der Klient deutlich, dass er sich selbst als Teil der Lösung sieht, und ist bereit, bezüglich des Problems etwas zu tun (Berg/ Miller 1997, S. 39).

Gegen den inflationären Gebrauch des Kundenbegriffs gerichtet schreibt PETZOLD prononciert kritisch, dass aus einem kranken, hilfebedürftigen Menschen nicht durch Zuschreibung von außen der souveräne, mit Wahlfreiheit ausgestattete Kunde durch neue Fremdattribution „gemacht“ werden kann, zumal die Selbstattribution meist eine ganz andere ist (1998d, S. 404, 409ff.).

3.1 Die Wunderfrage und der Verzicht auf umfassende Anamnese und Diagnostik

Die Wunderfrage ist keine spezifisch suchttherapeutische Frage, sondern eine grundsätzliche Eingangsfrage. In der kurztherapeutischen Szene geht die Anekdote um, dass DE SHAZER als Live-Supervisor Erstinterviews nach spätestens acht Minuten zu unterbrechen pflegt, wenn bis dahin die Wunderfrage nicht gestellt wurde. Was hat es also mit dieser Intervention, die inzwischen einem ganzen suchttherapeutischen Buch (Die Wundermethode, BERG/ MILLER 1997) den Titel gab, auf sich?

„Nehmen Sie einmal an, heute Abend, nachdem Sie ins Bett gegangen und eingeschlafen sind, geschieht ein Wunder! Das Wunder besteht darin, dass das Problem oder die Probleme, mit denen Sie kämpfen, gelöst sind! Genau das! Da Sie aber schlafen, wissen Sie nicht, dass ein Wunder geschehen ist. Sie verschlafen einfach das ganze. Wenn sie dann

morgen früh aufwachen, was wäre eine der ersten Sachen, die Ihnen auffallen würden, die anders wären und die Ihnen sagen würden, dass das Wunder geschehen und Ihr Problem gelöst ist?“ (BERG/ MILLER 1997, S. 172).

Die Frage selbst, insbesondere in ihrer Schriftform, wirkt banal, aus eigener Praxis kann ich aber bestätigen, dass die Frage, bei einer guten Therapeut-Patienten-Passung und gut eingeführt, durchaus in der Lage ist, ein wunder-volles narratives Klima zu erzeugen. In einem prozessorientierten Vorgehen, wie es die Integrative Therapie darstellt, ist diese Passung an der Grenze zwischen den Subjekten Therapeut und Patient in einem fortwährenden Ko-respondenzprozess zu erzeugen (zu hinterfragen und gegebenenfalls auch zu verwerfen). Das schließt den Gebrauch der Wunderfrage (und anderer Imaginationstechniken) nicht aus, wohl aber ihre allein aus dem Expertenwissen der Therapeuten herrührende Einführung und Art der Einführung (vgl. kritisch in Richtung Psychoanalyse PETZOLD/MÜLLER 2005, S. 4 f.), wie sie auch im nachfolgenden Ausschnitt zum Ausdruck kommt:

„Wir benutzen das Wort „angenommen“ und lenken durch unseren Gesichtsausdruck, durch Stimmlage und –modulation die Aufmerksamkeit darauf. Wir stellen uns durch angemessene Pausen auf das Tempo ein, mit dem die KlientIn Bilder von Lösungen entstehen lässt. Wir möchten, dass unsere KlientIn die Alltagswirklichkeit des Problems lange genug „verschwinden“ lässt, um an eine Wirklichkeit zu glauben, wo das Problem nicht vorkommt.

(...) Besteht eine KlientIn allerdings darauf, dass sie nicht weiß, was an einem Wundertag anders ist als sonst, so sagen wir: „Raten Sie!“ Noch nie war es einer KlientIn unmöglich zu raten. Unser Gespräch über den Wundertag kommt nun voran, ...“ (BERG/REUSS 1999, S. 37).

Ziel der Frage ist es, den Patienten möglichst konkret und möglichst die Veränderungsvision ausbauen zu lassen, um einerseits die Vision beim Patienten selbstreferentiell zu verankern und zweitens von der umfassenden zukunftsorientierten Konkretisierung ausgehend Lösungsräume in der Gegenwart zu erschließen, z.B. mit der Anschlussfrage:

„Wenn Sie zurückdenken, wann gab es zuletzt einen Zeitraum, der schon ein bisschen so war wie ein Wunder?“

In der Begrifflichkeit der Integrativen Therapie könnte man sagen, dass bei einem bis hierhin gelingenden Kommunikationsverlauf ein Kontinuumsbezug, von der Zukunft in die

Vergangenheit in die Gegenwart hinein, hergestellt wird, herzustellen versucht wird, allerdings unter Ausblendung aller problemverursachenden und -vertiefenden Kontextanteile.

Durch diese Art Perspektivenwechsel wird mit einer weiterhin lösungsorientierten Brille, also einer weiterhin die Probleme ausblendenden Brille, auch das System – oder im Sprachgebrauch Integrativer Therapie: der Kontext -- abgetastet:

„Woran würden Ihre Frau/Ihre Kinder/Ihr Chef bemerken, dass das Wunder geschehen ist?“

„Was würden Ihre Frau/Ihre Kinder/Ihr Chef sagen, wenn sie das Wunder bemerkt haben?“

Viele Patienten werden durch solche Fragestellungen vor nicht unerhebliche Probleme gestellt, weil die Einfühlung in die Wahrnehmung anderer Personen und deren möglicher Ausdruck ihnen schwer fällt und dieser Mangel an Einfühlung selbst zum Gegenstand therapeutischer Intervention gemacht werden könnte und oft müsste. Gelingt diese Einfühlung allerdings und unterstellt der Patient den abgefragten Umfeldpersonen eine positive Spiegelung seiner Veränderungen, stellt dies einen stabilisierenden und stärkenden Baustein in der Wunderorientierung dar.

In der Gesamtbetrachtung ist bei der Wunderfrage die Art und Weise ihrer nicht-prozesshaften Einführung und des Zeitpunktes zu kritisieren, nicht so sehr die Technik der Imagination und der Mobilisierung der Vorstellungskraft, der Überschreitung des Vorgefundenen. Ressourcendiagnostik und Lösungsorientierung in einem breiter angelegten Feld therapeutischen Wirkens (siehe unten Exkurs 1) spielen eine wichtige Rolle, wird aber der „Zauber der Worte“ (vgl. DE SHAZER) Selbstzweck, wird der hilfebedürftige und leidende Patient übersehen und abgestoßen. Therapeutische Allmachtsphantasien und aggressiver Impuls gehen eine Koalition gegen den Patienten ein.

Gleichwohl stoßen wir bereits an dieser Stelle auf das Problem, dass die Ressourcen zur Realisierung des Wunders und zur Stabilisierung der Ausnahmen nicht ausreichend „theragnostisch“ (PETZOLD) betrachtet werden und dass über einen alltagsprachlichen Gebrauch hinaus eine Anbindung an ressourcentheoretische Ansätze nicht erfolgt. Im Gegenteil ist grundsätzlich festzustellen, dass *„im NLP und in der systemischen Therapie bzw. Familientherapie ... der Ressourcenbegriff geradezu inflationär und zumeist schlagwortartig gebraucht wird. (...) Das Ressourcenkonzept ist hier für gewisses Simpelversionen des „radikalen Konstruktivismus“ eine Art „Kolumbus-Ei“: „Alles sind unsere Konstruktionen, deshalb müsst Ihr nur Eure (falschen) Glaubenssysteme ändern, und*

dann werden die Probleme lösbar“ (vgl. Winiarski 1995). (...) Der Bezug auf Ressourcentheorie und –forschung (wird) unverzichtbar, will man nicht in Common-sense-Konzepten verbleiben, die in ihrer heuristischen Brauchbarkeit ... doch relativ bald an Grenzen kommen. Sie können sogar zu einer Fehlerquelle werden, wenn man z.B. die Unterscheidungen von „objective resources“ und „perceived resources“, „wahrgenommenen“ und „nichtwahrgenommen Ressourcen“ vernachlässigt ...“ (PETZOLD 1998a, S. 357 f.; siehe ausführlich unten).

3.2 Skalierung und Ressourcen

Die Skalierung macht sich die „Magie der Zahlen“ zu nutze und folgt dem Prinzip der „Reduktion von Komplexität“. Mit Skalen von 1 bis 10 werden verschiedene *„Einschätzungen der KlientIn hinsichtlich Motivation, Zuversicht, Fortschritt, Vertrauen, Problem und einer Reihe weiterer Faktoren“* abgefragt (BERG/ REUSS 1999, S. 43). Die zugrundeliegende Hypothese geht davon aus, dass durch die Bindung an ein objektiviertes Maß die Vieldeutigkeit der Sprache zu umgehen ist, ohne die Wirksamkeit der Therapie zu vermindern, ja, diese umgekehrt sogar zu erhöhen:

„Mit Hilfe von Skalen können Therapeut und Klient die natürliche Funktionsweise der Sprache benutzen, indem sie einen vereinbarten Begriff (z. B. „6“) und ein Konzept (z. B. ist „6“ auf einer Skala, auf der „10“ für das Ziel steht, eindeutig besser als „5“) entwickeln, das offensichtlich mehrdeutig und flexibel ist. Da man nicht absolut sicher sein kann, was der andere mit seinem Gebrauch eines Wortes oder Konzepts gemeint hat, können Therapeut und Klient mit Skalierungsfragen gemeinsam einen Weg finden, um über schwer zu beschreibende Dinge zu sprechen, einschließlich des Fortschritts in Richtung auf das Ziel/die Ziele des Klienten. (...) Hier bietet uns die Skala eine Möglichkeit, durch den Gebrauch von Zahlen zur Beschreibung des Unbeschreiblichen ein kreatives Missverständnis zu erreichen und trotzdem eine gewisse Zuversicht zu haben, dass wir als Therapeuten die Arbeit leisten, für die der Klient uns konsultiert hat“ (BERG/ DE SHAZER 1993, S. 161).

Offenkundig wird hier das Gegenteil des Integrativen Weges beschritten, der im therapeutischen Verfahren selbst auf kreative Weitung als Medium und Ziel zugleich gerichtet ist, während die Skalierung auf die durchgängige Reduktion von Komplexität zielt.

Umgekehrt stellt sich das Integrative Verfahren in Therapie und Supervision der Vielgestaltigkeit des Sozialen und sieht gerade in der Konnektivierung und im transversalen Denken die Möglichkeit, Erkenntnis und die Sprache darüber zu erweitern.

Zurückhaltender gegenüber einer standardisierten und engen Ressourcenzuschreibung äußert sich VOGT-HILLMANN (2002). VOGT-HILLMANN, Praktiker und Praxeologe der lösungsorientierten Kindertherapie, stellt fest, dass die generalisierte Fokussierung von Ressourcen *„durch Therapeuten und andere Behandler an der Selbstwahrnehmung der Klienten <möglicherweise> vorbeigeht. Nicht alles, was andere an jemandem wahrnehmen können, stimmt mit dessen Selbstwahrnehmung überein. Und stimmt es doch überein, verweist es nicht automatisch auf eigenes Kontrollerleben bezüglich der genannten Ressourcen; und auch nicht darauf, als verfügbar wahrgenommene Ressourcen auch entsprechend optimal nutzen zu können“* (S. 123). Mit expliziten Bezug auf PETZOLDS umfassende kritische Betrachtung des Ressourcenbegriffs und dessen differenzierten beratungs- und therapeuleitenden Überlegungen sucht VOGT-HILLMANN Wege, in der lösungsorientierten Kinder- und Jugendlichentherapie die Passung zwischen der Wahrnehmung der Therapeuten und ihrer Patienten zu verbessern. Der Aufsatz ist sozusagen ein Versuch, PETZOLDS Ressourcentheorie in die lösungsorientierte Therapie zu *integrieren*. So definiert VOGT-HILLMANN unter Bezugnahme auf PETZOLD *„Ressourcen als Sourcen... und Source meint „Quelle“, „zweckdienliches Mittel“, das „... zur Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben (genutzt wird). Sourcen werden in zielorientierten Handlungen eingesetzt“* (Petzold 1998a)“ (VOGT-HILLMANN 2002, S. 125). Anders als die orthodoxe lösungsorientierte Sichtweise greift VOGT-HILLMANN auch dort auf PETZOLD zurück, wo der nicht davon ausgeht, dass der Patient bereits alle Ressourcen für die Lösung besitzt, sondern teilweise verloren haben kann und teilweise erst entwickeln muss (ebd., S. 127). Implizit verabschiedet VOGT-HILLMANN sich damit auch von dem lösungsorientierten Paradigma, der Patient kenne die Lösung bereits.

Mindestens ebenso bedeutsam wie die Bezüge auf PETZOLD sind die stillschweigenden Auslassungen von VOGT-HILLMANN. PETZOLD betont nämlich, dass er seine ressourcentheoretischen Überlegungen *„im Bezug auf einen systemtheoretischen Referenzrahmen“* konzeptualisiert, weil das *„systemtheoretische Sprachspiel ... einen hohen Grad an Verallgemeinerung (erlaubt)“* (Hervorhg. I.O.). Zugleich *„wird neben dem systemischen Referenzrahmen im Sinne unseres multitheoretischen Ansatzes immer auch auf sozialphänomenologische Theorien Bezug genommen, die mit Konzepten wie „Person“*

oder „Situation“ eine größere Plastizität und interventionsbezogene Konkretheit haben“ (1997, S. 354 f.). Die Bewertung und die Verwendbarkeit von Ressourcen wird weiterhin bestimmt durch „Außenattributionen“; wessen Ressourcen von der Umwelt wahrgenommen und positiv konnotiert werden, hat leichteren Zugriff auf seine Ressourcen: „Wir sprechen hier von „attributiven Einflüssen“ und fügen den bisherigen Theoriebezügen noch eine attributionstheoretische Perspektive hinzu“ (1997, S. 360). In diesem Referenzrahmen steht PETZOLDs Definition nutzbarer Ressourcen:

*„**Nutzbare Ressourcen** sind alle im ‚**Ressourcenreservoir**‘ eines Systems (Person, Gruppe, Organisation) vorhandenen materiellen Bestände (Geld, Maschinen) und mentalen Bestände (Kenntnisse, Wissensvorräte), welche in interne (Kontrollüberzeugungen, Kompetenzen/Fähigkeiten, Performanzen/Fertigkeiten) und externe (z.B. Informationen von Kollegen, Freunden, Sozialagenturen) differenziert werden. Sie können als ‚**Eigenressourcen**‘ im Zugriff des Systems stehen oder als ‚**Fremdressourcen**‘ von anderen Systemen bereitgestellt werden.*

***Ressourcengebrauch** setzt voraus, dass Ressourcen vom System (d. h. dem Subjekt, dem Team, der Organisation) wahrgenommen werden (**perception**), basal klassifiziert werden (**marking**) und aufgrund funktionaler emotiver Bewertungsprozesse (**valuation**) und kognitiver Einschätzungsprozesse (**appraisal**) als verfügbare Ressourcen eingestuft werden, so dass sie zugänglich und mobilisierbar sind (**ressourcing**), Erwartungen schaffen und faktisch in möglichst optimaler Weise genutzt werden (**acting**)“ (1997, S. 366).*

Die Fähigkeit, Ressourcen als verfügbare wahrzunehmen, ist ein Prozess in Kontext und Kontinuum, keine Sache, die man hat oder nicht. Diese Fähigkeit muß in der „sozialökologischen Lebenswelt“ (PETZOLD 2004/1988, S. 527) immer neu konstituiert werden, sie ist Wandlungen unterworfen. Bei langjährig Suchtkranken stellen wir in der Regel eine umfassende Beschädigung aller am Ressourcengebrauch beteiligten Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsprozesse fest. Wir blicken auf eine Karriere von Ressourcen(selbst)beschädigung, Ressourcenverlust, Ressourcendiebstahl und das Resultat einer fundamentalen, eben auch den Leib betreffenden Ressourcenarmut. Das liegt nach meiner Überzeugung in der großen Mehrzahl der Fälle an der Beschädigung und Zerstörung der „interaktiven Sozialität“. PETZOLD hat diesen Gedanken in tiefer Weise für das therapeutische und supervisorische Feld herausgearbeitet zu haben, ohne seine Bedeutung darauf zu beschränken und ohne seine Bedeutung auf „Sprachspiele“ zu beschränken:

„Der Mensch ist ein soziales Wesen, deswegen braucht er den Anderen (Levinas, Plessner) und deshalb muß auch eine heilsame Therapie immer einen „significant caring other“ als protektiven Faktor (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) einbeziehen. Gerade in der Therapie Drogenabhängiger, deren soziale Netzwerke oft so desolat sind, dass kein „caring other“ mehr da ist, kommt den TherapeutInnen genau diese Rolle zu. Es ist keine ideologisch überhöhte, hochstilisierte „therapeutische Beziehung“ (Petzold/Orth 1999), es ist die bloße existentielle Präsenz eines Therapeuten und der Menschen in einer Therapiegruppe für einen Patienten, der „niemanden mehr hat“, die als therapeutischer Wirkfaktor „purer Mitmenschlichkeit“ (Märtens, Petzold 1998) lebensrettend oder heilend sein kann, denn der Mensch ist – anthropologisch gesehen – immer Koexistierender. Er braucht den Mitmenschen, um Mensch zu sein (Marcel). Oder auf der Ebene der Persönlichkeitstheorie: das Ich braucht das Du (Buber), ja mehr noch: die Vielheit der Anderen (Bakhtin), das Wir; denn das Selbst ist ohne die Anderen, ohne das Wir nicht erfahrbar (George Herbert Mead), es ist in seiner Identität immer ein Soziales (Erikson) und konstituiert sich über die dialogische Erfahrung hinausgehend im POLYLOG (Petzold 1971, 2002c)“ (PETZOLD 2004/1988, S. 527).

Diesen Aspekt vernachlässigen lösungsorientierte Praktiker nicht einfach, sondern greifen ihn vor dem ganz anderen theoretischen Hintergrund der Veränderung von Kommunikationsschleifen durch die Technik des „Perspektivenwechsels“ (nicht zu verwechseln mit den „multitheoretischen Optiken“ nach PETZOLD) auf: „Wie reagieren ihre Kinder, wenn Sie nicht trinken?“; „Was sagen die Kollegen, wenn Sie Ihre Arbeit zuverlässig machen?“ Oder, stärker mit dem Ausleuchten von Möglichkeitsräumen beschäftigt: „Wenn Sie aufhören würden zu trinken, wie würde Ihr Mann darauf reagieren?“

Es liegt auf der Hand, dass die dargestellten Überlegungen von VOGT-HILLMANN nicht allein auf sein Spezialgebiet der Kindertherapie zu beschränken sind, sondern auch eine Lücke in den suchtspezifischen Veröffentlichungen lösungsorientierter Therapeuten schließen könnten. Integrative Supervision sollte sich VOGT-HILLMANNs selbstreflexive Überlegungen aus der lösungsorientierten „Ecke“ zu nutze machen und zum Ausgangspunkt praxeologischer Weiterbildung der Supervisanden nutzen. Kognitive Dissonanzen, die sich bei lösungsorientierten Suchttherapeut/inn/en einstellen, wenn sie sich auf längere Prozesse der Begleitung von Abhängigkeitserkrankten einlassen, die per se mit dem Glaubenssatz „Einfach, kurz und gut“ (EBERLING/HARGENS 1996) kollidieren, bilden den

Ausgangspunkt einer Supervision, die Mehrperspektivität fördert, also lösungsorientierte Brillen und Techniken nicht ausgrenzt, die Supervisanden dort abholt, wo und wie sie arbeiten, und ihnen Ergänzungen und Weiterungen ihrer Tätigkeit anbieten kann.

3.3 Respekt, Würdigung und Komplimente

Eine große Rolle kommt im lösungsorientierten Verfahren den Komplimenten zu, die als „Äußerungen“ definiert werden, „die Lob oder Unterstützung ausdrücken und die wir der KlientIn in der Regel bezogen auf das umschriebene Ziel oder Lösungsprozess anbieten“ (WALTER/PELLER 1994, S. 140). Es ist keine geringe Leistung lösungsorientierter Praktiker, immer wieder für den Respekt vor den Patienten einzutreten und die angemessene Würdigung von deren Schritten als sinnvollen therapeutischen Schritt, unmittelbar für die Patienten und für die Entwicklung der Passung zwischen Therapeut und Klient, hervorzuheben. Den Komplimenten werden zahlreiche Funktionen für das Gelingen des Lösungsprozesses zugeschrieben:

1. *Sie schaffen eine positive Atmosphäre;*
2. *Sie heben die Fortschritte hervor;*
3. *„(Sie verringern) Befürchtungen vor einer Bewertung durch die TherapeutIn“;*
4. *Sie verringern die Furcht vor Veränderungen und versichern die therapeutische Unterstützung;*
5. *„(Sie normalisieren“) Ereignisse und Gefühle“;*
6. *Sie betonen die Beteiligung der Klienten am Veränderungsprozess;*
7. *„(Sie unterstützen) jede Sichtweise einer Person ..., sollte das KlientInnensystem aus mehr als einer Person bestehen“ (vgl. ebd., S. 141 ff.).*

Nach meiner Erfahrung ist es eindeutig von Vorteil und therapeutischer Qualität, die Leistungen von Suchtkranken auf dem Weg zur Änderung ihres Konsumverhaltens zu würdigen und Komplimente für gewünschte Veränderungen zu machen. Den Verdienst lösungsorientierter Beratungstechniken kann sicher besonders der erweisen, der die eingeschliffenen und entwertenden Rituale aller Berufsgruppen auf Aufnahme- und selbst sogenannten Motivationsstationen für Suchtkranke kennt. In Unkenntnis oder Abwehr aller theoretischen und praxeologischen Forschungen insbesondere zur Dynamik von Motivation sind bis heute Entwertung, disziplinarische Willkür und autoritäre Gängelung zwar nicht mehr die Regel, aber ein viel zu oft anzutreffendes Verhalten. Auch die Formel von der

„therapeutischen Konfrontation“ offenbart sich ohne Rückgebundenheit an den Wunsch nach (therapeutischer) Beziehung allzu oft als Angriffshandlung im täglichen „Stellungskrieg“ mit den Patienten („Dem hab´ ich mal gezeigt, wo`s langgeht“; „Jetzt kennt sie ihre Grenzen“...).

Umgekehrt sollten auch die Komplimente und die Würdigung eingebunden in einen Prozess des Sich-vom-Anderen-ergreifen-lassens sein, denn nur dann werden Komplimente den Anderen auch *berühren*. Anderenfalls bleiben es Sprach-Spiele, die vielleicht beim ersten und zweiten Mal zünden, dann aber (nach DE SHAZER) „an der Oberfläche bleiben“ und Beziehung eher beschädigen als aufbauen und festigen.

4. Berührungen von Ressourcen- und Problemanalyse (Schnyder, Schmidt, Kottje-Birnbacher)

Zu einer solchen Förderung der Mehrperspektivität kann auch das von Ulrich SCHNYDER (1993) vorgestellte Modell ambulanter Krisenintervention beitragen, weil SCHNYDER einerseits vor einem theorie- und forschungsgesättigten Hintergrund (S. 55 ff.) eine genaue Problemanalyse des Klienten vornimmt, andererseits Aspekten wie Begrüßung/Kontakt herstellen (S. 57 f.), der „Copinganalyse“ und der „Ressourcenanalyse“ (S. 62) ausreichend Raum widmet. Damit bietet SCHNYDER Ansatzpunkte, an denen lösungsorientierte Therapeuten „andocken“ können, ohne ihren eigenen theoretischen Hintergrund gleich „verraten“ zu müssen.

Unter Ressourcen versteht SCHNYDER „*alle erdenklichen „Hilfsquellen“ ..., die zur Bewältigung der aktuellen Krise wichtig sein könnten. Innere Ressourcen sind beispielsweise intellektuelle und praktische Fähigkeiten, körperliche Gesundheit, ethische oder religiöse Werte. Aber auch die Erfahrung durchgestandener Krisen, eine zuversichtliche Lebenseinstellung, die Fähigkeit, schwierige Lebensumstände zu ertragen, gehören hierher. ANTONOVSKY hat für diese innere Stärke den Begriff des „sense of coherence“ geprägt (...). Äußere Ressourcen finden sich in erster Linie im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, aber beispielsweise auch in Form von finanzieller Sicherheit*“ (S. 62). Die Bewertung der „*Tragfähigkeit des sozialen Netzes*“ stellt einen wichtigen Faktor bei der Entscheidung über die Form der Krisenintervention – ambulant oder stationär – dar.

Die „Copinganalyse“ SCHNYDERS geht dem habituellen Coping (früheren Bewältigungsstrategien), dem aktuell krisenbezogenen Coping und der differenzierten Betrachtung erfolgreicher und weniger erfolgreicher Bewältigungsstrategien nach (S. 62). Krisenintervention ist zeitlich beschränkt: bei SCHNYDER idealtypisch auf sieben Termine einschließlich des Follow-up-Termins (S 73). Eine der Grundlagen für die erfolgreiche zeitliche Beschränkung bildet die gemeinsame Formulierung *„einige(r) wenige(r) erreichbare(r) Ziele ... und eine(r) realisierbare(n) Zukunftsperspektive“* (S. 64). In der supervisorischen Praxis ist es wichtig, diese offenkundigen Übereinstimmungen mit einzelnen Aspekten des lösungsorientierten Vorgehens mit den ebenso offenkundigen Abweichungen zu verknüpfen und auf diese Weise zusätzliche Perspektiven zu vermitteln. Es ist in der Beratung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankten nicht falsch, in der ersten Phase geringer oder mit unrealistischen Vorstellungen verknüpfter Motivation die Patienten ihren je eigenen Weg gehen zu lassen. So lassen sich in ambulanten, offenen Motivationsgruppen mit häufigem Wechsel und diskontinuierlichem Besuch der abhängigen Klienten das Integrative Verfahren und die motivationstheoretischen Überlegungen von PETZOLD (vgl. JÄKEL 2001) und von MILLER/ROLLNIK (1999) sowie einzelnen Elemente des lösungsorientierten Vorgehens verknüpfen. In dieser Verbindung von reflektierter Wahrnehmung und motivationstheoretischen Überlegungen können sich die Behandler davor bewahren, den Oberflächenäußerungen der Patienten einfach (womöglich motivierter als der Patient) zu folgen, sondern auch auf das Scheitern und die dann notwendigen zusätzlichen Interventionsschritte vorbereitet sein. Integrative Supervision, die eine dynamisch-prozessorientierte Beratungs- und Behandlungsstrategie fördert, wird implizit (durch entsprechende Hinweise in Fallbesprechungen) und explizit (in Form von Minilectures, Veranstaltungs- und Lektürehinweisen) die Grenzen rein lösungsorientierten Vorgehens benennen müssen und immer wieder die Gedanken der Mehrperspektivität einbringen.

Die Kritik eines reinen Lösungsgesprächs kommt gelegentlich auch aus der lösungsorientierten und hypnotherapeutischen Schule selbst. So schreibt SCMIIDT prononciert kritisch:

„In der Wahrnehmung der Klienten bekommt die einseitige Einladung zum „solution-talk“ sehr häufig eine ganz andere Bedeutung als die von den anbietenden Therapeuten gemeinte. Die Bedeutung einer Kommunikation bestimmen eben nie die Sender einer Botschaft,

sondern die Empfänger. Oft gehörte Rückmeldungen von Klienten, auch nach sehr gut geführten lösungsorientierten Interviews, sind dann zum Beispiel: „Mein schlimmes Leid wurde nicht ernst genommen, dafür hat sich niemand interessiert“ ... Solche Eindrücke führen nicht selten zu Abbrüchen des Kontakts oder gar zu Symptomeskalationen, die dann sehr wohl den Effekt bringen, dass das Leid wahrgenommen wird; der Preis dafür wird dann aber auf Seiten der Klienten bezahlt. In der Folge kann auch nicht mehr das eigenständige intuitive Wissen der Klienten genutzt werden, das sich in ihrem Problemerleben zeigt. Denn, wer ein Problem erlebt, muss dafür ja eine Ist-Soll-Diskrepanz „zeichnen“. Er muss also eine Vorstellung über das Gewünschte schon in sich tragen, sonst kann er diese Diskrepanz nicht in sich tragen. Ein Problem zu erleben kann also nur heißen, schon ein Wissen über Gewünschtes zu repräsentieren“ (SCHMIDT 1999, S. 83).

Diese Einlassungen von SCHMIDT ko-respondieren mit PETZOLDS Überlegungen, den „Begriff „Problem“ nicht einseitig negativ <zu konnotieren>. Im eigentlichen Sinne des Wortes kann es sich um „vor mir liegende Schwierigkeiten“, aber auch um Aufgaben, Ansprüche, offene Fragen handeln, so dass stets geprüft werden muss, wie der Begriff im jeweiligen Kontext bzw. von Personen oder Personengruppen gewertet wird“ (PETZOLD 1998a, S. 359).

Vom SCHMIDT entgegengesetzten Pol aus sucht KOTTJE-BIRNBACHER (1997) als tiefenpsychologisch fundierte Therapeutin den Anschluss an die stärkere Ressourcenaktivierung für ihr Verfahren. KOTTJE-BIRNBACHER greift GRAWEs Schematisierung therapeutischer Wirkprinzipien auf. GRAWE (1995) differenziert zwischen vier therapeutischen Wirkprinzipien: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Hilfe bei der Problembewältigung und Hilfe bei der Klärung des Erlebens und der dahinterliegenden Motive. Zur Ressourcenaktivierung schreibt GRAWE: „In den meisten von uns bisher analysierten Therapieprozessen von ganz unterschiedlichen Therapieformen ist das Prinzip der Ressourcenaktivierung eher missachtet als ausdrücklich gepflegt worden“ (1995, S. 136). KOTTJE-BIRNBACHER kritisiert „die klassische Fokusformulierung“ der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die „einseitig vergangenheits- und pathologiezentriert, entsprechend der problemzentrierten Sicht des Patienten“ (S. 171) sei. Ein Perspektivwechsel, Mehrperspektivität, sei notwendig: „Diese Perspektive wird sinnvollerweise durch eine systemische, progressionsorientierte Perspektive ergänzt, die die Aufmerksamkeit auf Ressourcen und Ziele lenkt“ (S. 171). Damit macht KOTTJE-BIRNBACHER sich die Forderung von GRAWE zu eigen, die auf eine „gleichgewichtige Sicht von Problemen und Ressourcen und eine auf den jeweiligen

Patienten und die jeweilige aktuelle klinische Situation abgestimmte Balance von Klärungs- und Handlungsanregungen“ (KOTTJE-BIRNBACHER 1997, S. 170) zielt.

Die Vermeidung jeglicher Vorab-Festlegung auf ein Lösungs- oder ein Problemgespräch wäre das Resultat dieser bisherigen Überlegungen. Vielmehr sollten Therapeuten die Bereitschaft mitbringen, sich offen und prozessorientiert auf die Begegnung mit den Klienten einzulassen und im Gespräch Probleme und Lösungen gleichermaßen zu erkunden (so beispielhaft in: PETZOLD/GOFFIN/LOUDHOF 1996; PETZOLD 1996).

5. Der Wille in der Psychotherapie

In der lösungsorientierten Literatur taucht der Begriff des Willens zwar auf, aber erstaunlicherweise ohne ihn einer genaueren theoretischen (psychologisch, philosophisch und politisch) und praxeologischen Prüfung zu unterziehen. Das ist umso überraschender, als gleichzeitig die lösungsorientierte Behandlung sehr stark mit Skalierungen der Überzeugung, der Motivation, der Zielnähe und des Willens arbeitet. Aufgrund dieser theoretischen und praxeologischen Leerstelle fehlt den lösungsorientierten Behandlungen die Möglichkeit, in zureichender Weise auf Patienten zu reagieren, die zwar motiviert sind und ihre Zielsetzungen gut beschreiben können, die aber beim Beginn oder beim Durchhalten der Zielerreichung scheitern. Gerade in der Suchtkrankenbehandlung sind dies Alltagsprobleme, die einer eigenen Theoriebildung und eigener therapeutischer Interventionen bedürfen. So weisen PETZOLD/SIEPER in einem wichtigen Aufsatz zur „Willenstherapie“ darauf hin, dass gerade bei Suchtkranken, bei „Abhängigen“ „wenig zielführende volitionale Stile“ zu beobachten sind: „der Entschlusslosigkeit, des Zauderns, der übereilten Entscheidung, des unzeitigen Aufgebens“ (2008, S. 542). Die Integrative Therapie liefert bedeutsame Beiträge zum Umgang mit diesen Willensproblemen, die ich nach meiner Auffassung Supervisoren, die im Suchtbereich tätig sind/sein wollen, unabdingbar kennen sollten. PETZOLD/SIEPER nähern sich diesem Thema einerseits umfassend theoretisch und geben andererseits wichtige praxeologische Hinweise.

Auf dem Feld der Psychotherapie umreißt der Begriff des Willens „die Gesamtheit aller volitiven Aktivitäten (das Wollen), die mit ihnen verbundenen motivationalen, emotionalen und kognitiven Prozesse mit ihren neurophysiologischen und –psychologischen Grundlagen, letztlich auch deren Umsetzung im *Wollen*, d.h. in *willensbestimmten*

Handlungen. Der **Wille ist ein Synergem** in prozessualen Vollzug, das auf antizipierte Ziele und Zielrealisierungen gerichtet ist“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 526 – Hervorhebungen i.O.). An anderer Stelle differenzieren die Autoren die Perspektiven, unter denen der Wille betrachtet werden kann, weiter aus:

- „1. Ist er <der Willen – FOP> der fungierende Impetus des Wollens als eines sich anbahnenden, un- bzw. vorbewussten, innen- oder außenmotivierten Willensgeschehens (Prävolitionen);
2. ist er eine bewusst erfahrene, prozessuale Realität, der Prozess, in dem sich die Kraft leiblichen Strebens, die Macht der Affekte, die Stärke der Vernunft *spürbar* zu einem **Synergem**, einer erlebten Qualität des *Wollens (Qualia)* verbindet, die *sprachlich benennbar* wird;
3. ist der *Wille* das System der nicht-bewussten *und* bewussten synergetisch zusammenwirkenden zerebralen Prozesse (...), die der Negation (dem *nolens*, „Nein, das will ich nicht!“) oder der Affirmation (dem *volens*, „Ja, das will ich!“) zugrunde liegen;
4. ist der *Wille* Produkt sozialer Verhältnisse die den Impetus und seine Qualitäten enkulturierend und sozialisatorisch formen/deformieren zu „volitionalen Stilen“: durch gewährten Freiraum oder Repression, Armut und Reichtum, Zugehörigkeit zu benachteiligten Schichten oder zu Oberschichten, durch männliche und weibliche Geschlechterrollen etc.“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 527 f. – Hrvhgen. i. O.).

Unter theoretischer Betrachtung möchte ich nochmals hervorheben, dass PETZOLD/SIEPER auch den Willen, wie alle Wesenskategorien Integrativer Theorie als prozessuale und soziale Größe fassen, die in den kleinen und großen Erlebens- und Leidensprozessen des stets gesellschaftlich vermittelten Erfahrungsraums gebildet und verändert werden. Unter praxeologischer Perspektive im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit geht es vor allem darum, das Willensgeschehen des je individuellen Klienten zu verstehen, gemeinsam verstehbar zu machen und von dort aus Perspektiven und Wege der Veränderung zu weisen.

Lösungsorientierte Therapie sucht Antworten darauf in Fragen nach den möglichen Verbesserungen bei Skalenwerten und ihrem Gehalt: Wie würden Sie merken, dass Sie von 5 auf 6 kommen? Die Frage stellt in der Logik des lösungsorientierten Verfahrens bereits eine Intervention dar, denn in der Suche und dem Formulieren der Antwort soll sich beim Patienten die Überzeugung und der Wille herausbilden, einen nächsten Schritt tun zu können.

Implizit gehen PETZOLD/SIEPER davon aus, dass dies möglicherweise unzureichend ist, der volitionale Stil die Klientin nicht bereits bei der Formulierung und Willensbildung handicapt, sondern vielleicht bei den ersten Schritten der Umsetzung oder des weiteren Durchhaltens. Eine Möglichkeit, dem volitionalen Stil und den Bedingungen seiner Herausbildung auf die Spur zu kommen, bieten die Autoren mit dem „Narrativen willensdiagnostischen Interview (NWI)“ (2008, S. 536 ff.) an. Das NWI ist ein „halbstrukturiertes Interview“, das zum Erzählen einlädt und so „therapeutische Qualität gewinnt“. Die vier strukturbildenden Oberthemen sind die „*subjektiven Theorien des Patienten/der Patientin*“ (1), „*Willensverhalten: Entscheidungen*“ (2), „*Willensverhalten: Umsetzen und Durchhalten*“ (3) sowie „*Willensverhalten: Feinstrukturen*“ (4) (. Das „explorative(n) Gespräch“ zwischen Patient und Therapeut soll auf diese Weise beiden Beteiligten „Aufschluss über das Willensthema“ geben „*und zwar im Bereich der **volitiven Dezisionalität, der volitiven Umsetzungsfähigkeit, wie auch im Bereich der volitiven Persistenz, der Durchhaltekraft***“ (alle Zitate PETZOLD/SIEPER 2008, S. 536 ff. - Hervorhebungen i. O.).

Als weiteres willensdiagnostisches Instrument stellt die Integrative Therapie dem Therapeuten/ der Therapeutin das „Willenspanorama“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 535) zur Verfügung (siehe Fußnote 3). Beim Willenspanorama handelt es sich um eine „*Bildgeschichte, die unter dem Thema steht: „ Eine Bildgeschichte meines Willens – Wer/was hat meinen Willen gefördert, behindert, beschädigt wann, wie, wodurch?*“ Von den frühesten Erinnerungen an dokumentieren die PatientInnen in diesem semiprojektiven Medium auf einem Packpapier.- oder Flip-Chart-Bogen ihre Erinnerungen, Eindrücke, Meinungen, Wertungen“. Fördernde Erfahrungen ebenso wie Defizite und Negativfaktoren der Willenssozialisation kommen zum Ausdruck und können durch einen „Kommentar zum Bild“ zusätzlich verschriftlicht und auf diese Weise durch ein weiteres Medium der therapeutischen Auseinandersetzung zugänglich gemacht werden werden (S. 535 f.).

Integrative Therapie bietet nicht nur diagnostische (genau genommen stets theragnostische) Instrumente, sondern mit der Lauf- und Walkingtherapie, der Orientierung auf die Kampfkünste und dem Training von Imaginationstechniken auch gut ausgearbeitete explizit willensstärkende Wege, die wir an dieser Stelle jeweils kurz betrachten wollen. Als Hintergrund zu den folgenden Ausführungen ist zu berücksichtigen, dass bei allen Übungsvorschlägen der Therapeut stets wiederkehrend gemeinsam mit den Patienten „*durchspürt und thematisiert, wie die Reaktion des Patienten auf die Aufgaben ist, die der Therapeut vorschlägt, um zu verhindern, dass sich hier „Folgsamkeiten“ reinszenieren, die*

biographische Unterwerfungsmuster reproduzieren, was durchaus negative Auswirkungen auf die Therapie haben kann“ (PETZOLD/SIEPER, S. 563).

Beim therapeutischen Laufen (vgl. MEI/PETZOLD/BOSSCHER 1997; VELT 2008) interessiert uns hier vor allem die Verknüpfung mit den willensbildenden Maßnahmen und der Umsetzung von herausgebildeten Entscheidungen sowie dem Erreichen von Zielen. Gearbeitet wird mit der Anknüpfung an frühere Erfahrungen („Sport hat mir früher immer gut getan“), der Herausbildung von Aktualmotivationen (Dieser oder jene läuft auch mit) und „**Teleomotionen**, indem wir einen Videofilm zeigen von Patienten am Anfang des Trainings und mitten im Programm, wenn die Erfolge sichtbar werden“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 559 - Hervorhebung i. O.). Willenstherapeutische Laufarbeit thematisiert die „**Willenskraft**“, das Überwinden zwischenzeitlicher Tiefs, das Durchleiden und Überwinden von Durststrecken: „Das Erleben der „eigenen Wirksamkeit“ (Flammer 1990) als Wirksamkeit des Willens wird Fokus in der Lauf/Walking-Therapie. Die eigene „erlebte Ausdauer“ als eigenleiblich gespürte Qualität wird dabei so stark, dass sie depressives Erleben und Fühlen hemmen und damit die Inszenierung alternativer Erlebensmuster gefesselt werden kann... Es werden damit erwünschte **Performanzen** als vollzogene Erlebens- und Verhaltensmuster verankert...“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 562). Ersetzt man in diesem Zitat den Bezug auf depressive Patienten durch Abhängigkeitskranke wird unschwer sichtbar, dass die Lauftherapie auch für diese Gruppe erhebliches willensförderndes Potential besitzt.

Einen besonderen Abschnitt sind den Autoren das japanische Budo, der chinesische Wushu, der slawische Kolo, also Wege der Kampfkunst, wert, weil sie „*Wirkungen (haben), die der von Psychotherapien vielfach an die Seite gestellt werden ...*“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 564 f.). PETZOLD/SIEPER verweisen in ihrem Aufsatz an zahlreichen Stellen darauf, „*wie motorische und mentale Performanz zur Unterstützung von Willensarbeit miteinander kombiniert werden können. Im Willensgeschehen sind spezifische mentale Prozesse am Werk, ja unabdingbar, nämlich die mentalen Vorwegnahmen des im willentlichen Streben zu erreichenden (Teleomotion), um den Impetus des Wollens zu stärken. Die „antizipatorische Handlungssteuerung“ (Goschke 2006) erfordert systematische Antizipationsarbeit*“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 566 f.). Für dieses Training eignen sich die verschiedenen Imaginationenverfahren, die die Integrative Therapie durch Weiterungen hin zu den olfaktorischen und kinästhetischen Vorstellungen hin erweitert hat und so rein bildorientierte Methoden überschreitet (vgl. S. 569 f.). Im Mittelpunkt „*mental-imaginaler Willensarbeit*“ steht der Anspruch, „*zu erreichenden Ziele*

minutiös in der Phantasie durchzuspielen“. Selbstverbalisationen und Eigenzuspruch, die Herausbildung der „*inneren Gefährtschaft*“ werden stets durch „*affirmative Mimik und Gestik unterstrichen*“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 571).

Bezogen auf supervisorische Prozesse bedeutet dies alles, SupervisandInnen gegebenenfalls bei sichtbarer Entscheidungsschwäche, Umsetzungs- und Durchhaltungsschwierigkeiten von suchtkranken KlientInnen auf diese eigenständigen Problemfelder hinzuweisen. Im Sinne der Wissensvermittlung von Supervision können und sollten die SupervisandInnen mit den diagnostischen Instrumenten des Willens-Panoramas und des NWI sowie den bewegungs- und sporttherapeutischen sowie kreativen Imaginationsmethoden zur Veränderung und Verbesserung vertraut gemacht werden. Soweit der Kontext es hergibt, sollten die Instrumente auf dem Wege der Selbst-Erfahrung vermittelt werden.

6. Mehrperspektivität und Integration statt lösungsorientierter Orthodoxie

Die zentrale Problematik des lösungsorientierten Ansatzes liegt in der theoretischen Grundannahme des linguistisch unterfütterten radikalen Konstruktivismus. Die erkenntnistheoretische Schwierigkeit, dass zwischen einem Ding und seiner sprachlichen Widerspiegelung stets ein Spannungsverhältnis existiert, wird zugespitzt zum Gedanken einerseits der Unerkennbarkeit der uns umgebenden Welt und andererseits der beliebigen Richtigkeit von Konstruktionen über die Welt. Das Spannungsverhältnis einer Subjekt-Objekt-Dialektik im Erkennens- und Erkenntnisprozess wird aufgelöst zugunsten eines unsinnlichen Subjektivismus. Die gesamte menschliche Seite von sinnlicher Wahrnehmung, Wahrnehmung mit unseren Sinnen, Verleiblichung von Wahrgenommenem und Erfahrenem, Erlittenem, dem Entäußern im kreativen Prozess und so auch seiner Handhabung im therapeutischen Prozess wird gänzlich ausgeblendet oder auf eine rein eklektische Weise, also theoretisch inkonsistent, „drangehängt“. Insofern kann durchaus gesagt werden, dass die lösungs- und ressourcenorientierte Praxis teilweise den eigenen theoretischen Hintergrund überschreitet, sozusagen intuitiv spürt, dass die Wirklichkeit nicht im linguistischen Konstruktivismus aufgeht. Aber: Weil dieses Handeln intuitiv ist, also zwar erfahrungsgesättigt und spontan kreativ aber nicht streng theoriegeleitet, wird und kann es nicht einmal einer ausgewiesenen Praxeologie zugänglich gemacht werden.

Die Integrative Therapie und Supervision bieten von ihren Grundauffassungen her das Instrumentarium, die Grenzen systemisch-lösungsorientierter Suchtbehandlung zu erkennen, ohne damit das gesamte Vorgehen verwerfen zu müssen. Im Gegenteil: Die grundlegende Bedeutung, die der Mehrperspektivität und dem multitheoretischen Arbeiten zugewiesen wird, erfordert geradezu die differenzierte Auseinandersetzung auch mit dem systemisch-lösungsorientierten Vorgehen. Bezug nehmend auf Heraklit, einen der wesentlichen Referenz-Philosophen integrativer Theoriebildung heben PETZOLD/ORTH/SIEPER das „multitheoretische Reflektieren“ und die „Praxis der Angrenzungen“ hervor. Erst das Paradigma multitheoretischen Arbeitens ermögliche, „*die unterschiedlichsten „Sichtweisen auf die Welt“ zu gewinnen ... Wir können uns damit in vielfältigen „Diskursformen und differentiellen Diskursebenen“ (Ricoeur 1998) bewegen, verschiedene „Sprachspiele“ nutzen ... , können theoretische Referenzrahmen in ihrer je spezifischen Leistungsfähigkeit nutzen. So kann eine konkrete Situation in unterschiedlichen **Referenzrahmen** betrachtet werden ... Mit *e i n e m* **Referenzrahmen** sind komplexe Wirklichkeiten nicht hinreichend zu erfassen. Derartige **Multireferentialität** bzw. **Mehrperspektivität** führt zu Konvergenzen und/oder Divergenzen“ (PETZOLD/ORTH/SIEPER 2006, S. 630 f.).*

Konkret bezogen auf unsere Untersuchung bedeutet das: Der vorliegende Theoriebestand und die Praxeologie des systemisch-lösungsorientierten Verfahrens werden nicht auf Grund ihrer Widersprüche und Lücken verworfen und entsprechend ausgebildete Supervisanden nicht a priori und verdeckt entwertet, sondern überzeugende Diskurselemente und hilfreiche Anteile im Rahmen der Suchtkrankenbehandlung werden vom Supervisor aufgegriffen und fortentwickelt. Kaum ein Verfahren ist dafür besser geeignet als das Integrative, da die Mehrperspektivität differenziert ausgearbeitet vorliegt:

„Die wichtigsten <Perspektiven>, die jeweils multireferentiell eingestellt und genutzt werden können ...:

1. **Leibperspektive.** *Sie steht an erster Stelle, weil alle Prozesse des Wahrnehmens und Erfahrens, jede „Selbsterfahrung“ und alle „dynamischen Regulationsprozesse“ menschlicher Subjekte ihre Grundlage in der Leiblichkeit des Menschen haben. (...)*
2. **Beziehungsperspektive** *(interpersonale bzw. intersubjektive Ko-respondenz ...).*
3. **Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne** *(...).*
4. **Kontextperspektive**, *d.h. Netzwerk, Social world, Lebenslage (...).*
5. **Motivationsperspektive** *(...).*

6. *Störungs-/Problemperspektive* (...).
7. *Ressourcenperspektive* (...).
8. *Sinnperspektive* (...) (PETZOLD/ORTH/SIEPER 2006, S. 636).

Obgleich das lösungsorientierte Verfahren keinen annähernd so elaborierten Begriffsapparat zur Verfügung stellt, ist es dennoch möglich, diese acht Perspektiven auf ihre „V e r b i n d u n g s f ä h i g k e i t“, auf die Möglichkeit zu „schwachen Integrationen“, zu Annäherungen an den lösungsorientierten Ansatz hin zu betrachten. Dabei fallen uns die Beziehungsperspektive (lösungsorientiert: welche Ressource-Personen gibt es?), die Entwicklungsperspektive (lösungsorientiert: welche Ressource-Personen und Ressource-Aktivitäten gab es und könnte es zukünftig geben?; vgl. FURMAN 2000), die Motivationsperspektive (lösungsorientiert: Auftrags- und Zielklärung: wo auf einer Skala von 1 bis 10 siedeln Sie Ihre Bereitschaft an, eine Hausaufgabe zu erfüllen?) und die Ressourcenperspektive auf. Es geht hierbei nicht um die gleiche theragnostische Erschließung von Inhalten im dyadischen oder Gruppen-Prozess, sondern um Orte für die Einnahme weiterer Perspektiven oder auch nur die Veränderung des Lichts. Für den supervisorischen Prozess mit lösungsorientierten Therapeuten bedeutet dies, die Supervisanden ebenfalls zum Perspektivwechsel dort einzuladen, wo sie sich mit ihren Folien bewegen und den therapeutischen Prozess steuern. Gelingt dieses in der Integrativen Theorie umfassend fundierte Spiel mit den Perspektiven auf allen Ebenen des supervisorischen Prozesses, also auch der Supervisand-Klient-Ebene, kommt es zu einer Weitung, von der ich hoffe, dass am Ende der suchtkranke Patient einen biographischen Gewinn hat.

Zusammenfassung: Lösungsorientierte Suchttherapie – Ein supervisorisch-kritischer Blick

Das lösungsorientierte Therapieverfahren wird an Hand grundlegender theoretischer und suchtspezifischer praxeologischer Arbeiten vorgestellt. Die Arbeit verweist Supervisoren auf die Anschlussstellen zwischen integrativem und lösungsorientiertem Verfahren und die Diskussionen über einseitige Ressourcenbetrachtung im lösungsorientierten Diskurs. Zugleich werden die deutlichen Unterschiede insbesondere im Hinblick auf einen Mangel an Mehrperspektivität, an Prozessorientierung und an einer überzeugenden Erkenntnistheorie des lösungsorientierten Ansatzes aufgegriffen. Der Aufsatz leistet einen Beitrag zum Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen von Supervisanden, die ausschließlich lösungsorientiert ausgebildet wurden.

Schlüsselwörter: Lösungsorientierte Therapie, Integrative Therapie/Supervision
Mehrperspektivität, Ressourcen, Sprache, Willen,

Summary: Solution focused therapy – a supervisory-critical view

The solution focused therapy method is presented on the basis of fundamental theoretical and specific praxeological surveys of addiction therapy. This survey refers supervisors to the connection points between integrative and solution focused therapy and the discussions of one-sided view of resources in the solution focused discourse. At the same time, the significant differences in particular with regard to a lack of a multiperspective approach, to process orientation and a compelling theory of knowledge by the solution focused theory are discussed. The paper contributes to understanding the possibilities and limitations of supervisees that were trained exclusively on solution focused therapy.

Keywords: Solution focused therapy, Integrative Therapy/Supervision, multiperspective

7. Fußnoten

- 1) Ich greife hier auch auf meine eigenen Ausbildungserfahrungen beim Norddeutschen Institut für Kurzzeittherapie in den Jahren 1996/97 zurück. Neben den maßgeblichen deutschsprachigen Lehrtherapeuten und NIK-Begründern Wolfgang Eberling und Manfred Vogt habe ich in dem Jahr auch zahlreiche ausländische Therapeuten, u.a. Steve de Shazer und den Belgier Luc Isebaert, als Live-Supervisoren erlebt. Dieser Erfahrungsschatz bildet natürlich eine weitere Hauptquelle der vorliegenden Arbeit. Die in meiner Arbeit an verschiedenen Stellen formulierten kritischen Bemerkungen beziehen sich selbstverständlich auf den lösungsorientierten Ansatz und seine theoretischen Grundlagen, keinesfalls auf die persönliche Integrität der Therapeutinnen und Therapeuten.
- 2) Ich zitiere zur Auseinandersetzung mit dem „radikalen Konstruktivismus“ sehr ausführlich PETZOLD einschließlich der teilweise scharfen polemischen Hiebe und zahlreichen Verweise: „Sozialkonstruktivistische und kulturalistische Kritik (Janich 1996) an der „Mode der Konstruktivismen“, besonders der des „radikalen Konstruktivismus“ (v. Foerster 1985, 1993; v. Glasersfeld 1985), ist bedenkenswert. Man wendet sich ihm in der Supervisionsliteratur neuerdings vermehrt mit halbgenen Thesen zu (z.B. Schreyögg 1996; Kersting/Neumann-Wirsig 1996), ohne die relevante Diskussion (z.B. Schulte 1993; Janich 1996; Nüse 1995)

zur Kenntnis genommen zu haben oder die verschiedenen konstruktivistischen Perspektiven differentiell zu bewerten und auszuwerten. Es sei deshalb auf eine weitere kritische Position verwiesen: Norbert Bischof, einer der führenden Wissenschaftstheoretiker in der modernen Psychologie (vgl. Bischof 1966), schreibt aus der Perspektive des von ihm vertretenen „kritischen Realismus“, dem auch der Integrative Ansatz verbunden ist, treffenderweise zum radikalen Konstruktivismus: „Gerade gegenwärtig werden wir Zeuge einer publizistisch sehr aktiven Denkmode, die in seinem (Kants, sc.) Kielwasser segelt, allerdings auf einem Argumentationsniveau von Haeckelscher Schlichtheit. Das neue Zauberwort heißt „radikaler Konstruktivismus“ und wird von einer Gruppe von Amateurphilosophen verbreitet, die wohl irgendwann einmal durch ein Damaskus-Erlebnis aus dem naiven Realismus geworfen wurden und nun, in Folge fehlgeleiteter Heilsgewissheit, den Ungetauften ihre Wahrheit verkünden. Man wundert sich nicht, dass auch Capra mit dieser Fast-Food-Philosophie sympathisiert“ (Bischof 1996, 92). Auch Watzlawicks ... Machwerk „Die erfundene Wirklichkeit“ wird hier genannt. Bischof bringt die Absurdität des „radikalen Konstruktivismus“ auf den Punkt. Nach ihm weiß ich „doch nur, dass ich selbst und die von mir „konstruierte“ Welt existiert; was oder wen meine ich dann eigentlich, wenn ich blauäugig weiterhin von „Wir“ rede, wie irgendein dahergelaufener naiver Realist; (...) die Konstruktivisten jedenfalls spielen unablässig mit dieser Denkfigur (des Solipsismus; sc.), erklären sich aber empört als missverstanden, wenn man sie dabei erwischt. Das Sensorium, so sagt man, ist zwar einem ständigen Bombardement von Reizen ausgesetzt, aber die Reize bedeuten nichts, sie sind sinnloses Rauschen, ein bloßer Kitzel, der keine andere Funktion hat, als den Organismus zu eigenschöpferischer Aktivität anzuregen. Der Leser fragt sich dann freilich, wozu die Natur Wunderwerke wie das Auge erschaffen hat, mit zahllosen, wohl abgestimmten technischen Details wie einer akkommodierbaren Linse und einer auf Bogenminuten präzisen Blickmotorik, wenn die Lichtreize schließlich doch nur zur Kneipp-Massage unserer Phantasie benötigt werden. Es ist aber charakteristisch, dass solche naheliegenden Einwände in den konstruktivistischen Zirkeln überhaupt nicht diskutiert werden, noch nicht einmal zum Zweck ihrer Widerlegung. Wahrnehmung ist eine rekonstruktive Tätigkeit. Die Sinnesdaten, z.B. die Reize auf der Retina, werden nicht eins zu eins, d.h. zweidimensional weitervermittelt, sondern durch unser Gehirn aktiv weiter bearbeitet, angereichert aus den Gedächtnisarchiven, korrigiert und ergänzt, bis dass sie als Wahrgenommenes in das Bewusstsein treten“ (ebd., 93). Konrad Lorenz (1941) hat mit dieser Erkenntnis die „evolutionäre Erkenntnistheorie“ begründet. In der biologischen Evolution hat sich unser Wahrnehmungs- und Erkenntnisapparat der „Welt an sich“, den „Dingen an sich“, die uns letztlich auf immer unzugänglich (transzendent) bleiben, angepasst. Das, was unser eigener Anschauungsapparat in der Mannigfaltigkeit der Eindrücke, im „Gewühl der Sinne“ an Ordnungen schafft, ist der transzendente Ausdruck unserer eigenen Ordnungskraft.

(...) Es gibt diese Realität als „objektive“, für alle Lebewesen gültige Wirklichkeit, allerdings bleibt sie transzendent, ein Bereich des Transphänomenalen. Was von ihm über die jeweiligen Sinnesausstattungen zugänglich ist, wird in Abhängigkeit von der jeweiligen Wahrnehmungskapazität der Sinne und Verarbeitungskapazität des Gehirns in „phänomenalen Welten“ rekonstruiert, und diese Welten sind deshalb unendlich viele. Sie erscheint dem „individuellen, naiven Verständnis“ allerdings als die einzig „wahre Welt“. Eine „kritisch-realistische Perspektive“ bricht mit dieser naiven Überzeugung. Sie unterscheidet strikt zwischen einer phänomenalen Welt, um die wir wissen, die uns aber als solch unzugänglich bleibt. Diese durch die Gestalttheorie entwickelte Position bietet die Möglichkeit, zwei Perspektiven zu entwickeln, nämlich einmal die transzendente bzw. transphänomenale, auf die die exakten Naturwissenschaften gerichtet sind,

wobei sie immer den Weg über in kulturellen Leistungen begründete Symbolsysteme (z.B. Sprache) nehmen müssen, es sich also um Konstruktionen über die transphänomenale Wirklichkeit handelt; und es gibt die phänomenale Perspektive, die Erlebniswelt, die Realität als „für-wahr-genommene“, über die man sich verständigt und die damit zu einer gemeinsamen, durch Sozialität fundierten „Sicht der Welt“ (social world) wird, d.h. zu einer gemeinsamen Konstruktion von Realität wird. Da es viele Verständigungsgemeinschaften gibt, gibt es sehr viele Möglichkeiten für phänomenale Welten, ein unerschöpflicher Reichtum. Moderner Erkenntnistheorie kommt die Aufgabe zu, das was wir über die „Welt an sich“ wissen – und sei es nur ein Wissen um Annäherung –, und das, was wir über die Erscheinungswelt wissen (der Leib als der wahrgenommene Körper und die Seele als die leibhaftig erlebte Welt nebst dem Geist als das Reich des Bewusstseins und der Bewusstseinsinhalte) miteinander zu konnektieren, soweit dies eben möglich ist. Es ist dies nur möglich, wenn man die phänomenale und die transphänomenale Welt nicht miteinander vermischt (wie in der Tiefenpsychologie üblich). Nur klar Getrenntes kann konnektiert werden. Nur so ist ein Erkenntnisgewinn möglich, der sich nicht in plattem Materialismus reduziert, bis nichts mehr vom Menschsein, ja nichts mehr von evolutionärer Generativität übrig ist, oder der in „transpersonale (!) Psychologie“, in einen transzendenz-sehnsüchtigen Spiritualismus abhebt, dessen nebelhafte „ewige Wahrheiten“ beim nächsten Windstoß der Erkenntnis unwiederbringlich zerstoßen sind“ (PETZOLD 1998b, S. 48/49).

3) Um ihrer grundlegenden diagnostischen Bedeutung im Integrativen Verfahren gerecht zu werden, sei an dieser Stelle die „Panorama-Technik (entwickelt von PETZOLD 1969c, life panorama technique)“ ausführlich erläutert. Zugleich wird dadurch deutlicher, wie reichhaltiges Material auch das im Text vorgestellte „Willenspanorama“ liefert: „Die Panorama-Techniken, von denen die Technik des Lebenspanoramas ... eines der bedeutendsten diagnostisch-therapeutischen Instrumente der Integrativen Therapie ist, sind am „life span developmental approach“ der klinischen Entwicklungspsychologie ausgerichtet ... Sie sind darauf gerichtet, Menschen eine Übersicht über wesentliche, lebensbestimmende Themen und Einflüsse ihrer Vergangenheit und Gegenwart zu geben und ihnen eine prospektive Aussicht auf ihren Zukunftshorizont zu ermöglichen. Die Charts sind *semiprojektiv*. Das „**dreizügige Karrierepanorama**“ ist das klinische Standardinstrument, das die Negativeinflüsse (chains of adverse events), die Positiveinflüsse (chains of protective factors) und Defiziterfahrungen (chains of deficits) in ihrer Interaktion zu erfassen sucht ... Damit werden in einer Prozesstechnik critical life events, Mangelerfahrungen, pathogene und salutogene Einflüsse in Einmaligkeit und Wiederholungen zugänglich und höchst wichtige klinische Daten generiert, deren „Erfassen im Überblick“ für den Klienten wie für die TherapeutIn wesentlich sind und im Durcharbeiten therapeutische Prozesse von großer Effektivität in Gang setzen, weil immer auch „proaktiv“ geschaut wird: „Wie soll es anders werden, was **will ich** und werde ich verändern!“ Panorama-Techniken können themenspezifisch zugespaßt werden“ (PETZOLD/SIEPER 2008, S. 535).

8. Literatur

Berg, Insoo Kim und Steve de Shazer 1993: Wie man Zahlen zum Sprechen bringt, in: Familiendynamik, 18. Jg., H. 2, S. 146 – 162.

Berg, Insoo Kim und Scott D. Miller 1993: Kurzzeithherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungs-orientierter Ansatz, Heidelberg.

Berg, Insoo Kim und Scott D. Miller 1997: Die Wunder-Methode. Ein völlig neuer Ansatz bei Alkoholproblemen, Dortmund.

Berg, Insoo Kim und Norman H. Reuss 1999: Lösungen – Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmißbrauch, Dortmund.

Bischof, N. 1966: Erkenntnistheoretische Grundlagenprobleme der Wahrnehmungspsychologie, in: Metzger, W., Handbuch der Psychologie, Bd. I, Göttingen, S. 21 – 78 (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

Bischof, N. 1996: Das Kraftfeld der Mythen. Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben, München, (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

De Shazer, Steve 1992: Aus der Sprache gibt es kein Entrinnen, in: Schweitzer, Jochen/ Retzer, Arnold und Hans Rudi Fischer (Hg.): Systemische Praxis und Postmoderne, Frankfurt am Main, S. 64 – 77.

De Shazer, Steve 2003: Sinn stiftende Verfahren, in: Familiendynamik, 28 Jg., H. 1, S. 95 – 108.

Eberling, Wolfgang/ Heese, Joachim/ Gallenberger, Birgit/ Haegele, Peter A./ Kruse, Peter/ Pavlekovic, Boris und Conrad Tönsing 1996: Suche nach Lösungen. Einige Handlungsvorschläge zu einer ressourcen-aktivierenden und systemisch-lösungsorientierten Such(t)-Therapie, in: Eberling, Wolfgang und Jürgen Hargens (Hg.), Einfach kurz und gut. Zur Praxis der lösungsorientierten Kurztherapie, Dortmund, S. 119 – 150.

Eberling, Wolfgang und Manfred Vogt-Hillmann (Hg.) 1998: Kurzgefaßt. Zum Stand der lösungsorientierten Praxis in Europa, Dortmund.

Ebert, Wolfgang und Barbara Könnecke-Ebert 2004: Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. In: Hilarion G. Petzold, Peter Schay und Wolfgang Ebert (Hg.): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, forschung, Wiesbaden, S. 173 – 220.

Flammer, A. 1990: Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Bern; nach: Petzold, Hilarion G. und Johanna Sieper 2008: Integrative Willenstherapie. Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen, in: dies. (Hg.), aaO., S. 473 – 592.

Foerster, Heinz von 1985: Sicht und Einsicht: Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie, Braunschweig (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

Furman, Ben 2000 (2. Aufl.): Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben, Dortmund.

Glaserfeld, E.N. von 1996: Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme, Frankfurt (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

Gotzsche, T. 2006: Der bedingte Wille: Willensfreiheit aus der Sicht der kognitiven Neurowissenschaft, in: Roth, G./ Grün, K.J. (Hrsg.): Das Gehirn und seine Freiheit. Beiträge zur neurowissenschaftlichen Grundlegung der Philosophie, S. 107 – 156, nach: Petzold, Hilarion G. und Johanna Sieper (Hg.) 2008: Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Band II, Bielefeld und Locarno.

Grawe, Klaus 1995: Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie, in: Der Psychotherapeut, 40 Jg., S. 130 – 145.

Hargens, Jürgen 2000: Von Lösungen, Möglichkeiten, Ressourcen und Problemen; in: ders. und Wolfgang Eberling (Hg.): Einfach kurz und gut. Teil 2, Dortmund.

Heigl-Evers, Annelise/ Helas, Irene und Heinz C. Vollmer (Hg.) 1995: Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Göttingen.

Isebaert, Luc 1999: Suchttherapie nach dem Brügger Modell, in: Heribert Döring-Meijer (Hg.), Ressourcenorientierung - Lösungsorientierung, Göttingen, S. 140 – 150.

Jäkel, Brigitte 2001: Motive und Motivationen als Grundlage menschlichen Verhaltens. Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie, in: Integrative Therapie 1-2, S. 145 – 172.

Janich, P. 1996: Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus, Frankfurt (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

Kersting, H.-J. und H. Neumann-Wirsig (Hg.) 1996: Systemische Perspektiven in der Supervision- und Organisationsentwicklung, Aachen (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

König, Karl 1993 (2. Auflage): Kleine psychoanalytische Charakterkunde, Göttingen.

Kottje-Birnbacher, Leonore 1997: Konfliktbearbeitung und Ressourcenaktivierung. Die katathym-imaginative Psychotherapie als tiefenpsychologisch-systemisch fundierte Therapie, in: Der Psychotherapeut, 42. Jg., S. 170 – 177.

Mei, S. van der/ Petzold, Hilarion G. und R. Bosscher 1997: Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, in: Integrative Therapie, H. 3, S. 374 – 428.

Mickley, Manfred 1995: Ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze innerhalb der Systemtherapie; in: Annelise Heigl-Evers, Irene Helas und Heinz C. Vollmer (Hg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität, Göttingen – Zürich, S. 79 – 93.

Miller, William R. und Stephen Rollnik 1999: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Freiburg.

Nüse, R. 1995: Über die Erfindungen des Radikalen Konstruktivismus, Kritische Gegenargumente aus psychologischer Sicht, Weinheim (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

Orth, Ilse 2009: Leib – Sprache – Gedächtnis – Kontextualisierung, in: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Ausgabe 11/2009 (http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/orth_leibsprache_polyloge_11-2009.pdf)

Orth, Ilse und Petzold, Hilarion G. 1996a (1993): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, in: Petzold/Sieper 1996 (1993), S. 93 – 116.

Orth, Ilse und Petzold, Hilarion G. 1996b (1993): Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung und Pädagogik, in: Petzold/Sieper 1996 (1993), S. 117 – 124.

Petzold, Hilarion G. 1996 (1993): Integrative fokale Kurztherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken, in: ders. und J. Sieper 1996 (1993), S. 267 - 340.

Petzold, Hilarion G. 1998: Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis, Paderborn.

Petzold, Hilarion G. 1998a (zuerst: 1997): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, in: Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis, Paderborn, S. 353 – 394.

Petzold, Hilarion G. (unter Mitarbeit von Francisca Veal (Rodriguez-Petzold) und Johanna Sieper) 1998b (zuerst: 1996/1997): Supervisorische Kultur und Transversalität – Grundkonzepte integrativer Supervision, in: Petzold, Hilarion G. 1998: Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis, Paderborn, S. 23 – 100.

Petzold, Hilarion G. 1998c (zuerst 1994): Mehrperspektivität – ein Metakonzept für Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, in: Petzold 1998, S. 101 – 177.

Petzold, Hilarion G. 1998d (unter Mitarbeit von Christa Petzold und Francisca Veal (Rodriguez-Petzold)): „Kundenorientierung“ in psychosozialen Institutionen und Organisationen – kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem „differentiellen Kundenbegriff“, in: *Petzold 1998*, S. 395 – 430.

Petzold, Hilarion G. 2004: Drogenabhängigkeit als Krankheit, in: *ders./ Schay, P. und W. Ebert (Hg.)*, Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, Wiesbaden, S. 513 – 532.

Petzold, Hilarion G. 2006: Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit – programmatische Überlegungen, in: *ders./ Schay, P. und W. Scheiblich (Hg.)*, Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation, Wiesbaden, S. 357 – 391.

Petzold, Hilarion G. 2007: Materialien zu „Leib, Sprache, Gemeinschaft“ und Therapie aus integrativer Sicht – Polylogische Reflexionen, Hermeneutica“ (unveröffentl. e-Version; vom Autor zur Verfügung gestellt)

Petzold, Hilarion G. 2010: „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“: Materialien zu polylogische Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit - Hermeneutica“, in: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Ausgabe 07/2010 (http://www.fpi-publikationen.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_2010f_sprache_gemeinschaft_leiblichkeit)

Petzold, Hilarion G./ Goffin, Joy J.M. und Jolanda Oudhof 1996: Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in der Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold/Sieper 1996*, S. 173 – 266.

Petzold, Hilarion G./ Schay, Peter und Wolfgang Ebert (Hg.) 2004: Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, Wiesbaden.

Petzold, Hilarion G. und Marianne Müller 2005: Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie – Postgradualer Studiengang Supervision Amsterdam. Bei: www.fpi-publikationen.de/supervision – sUPERvION: Theorie – Praxis- Forschung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift –

03/2005; unter: <http://www.fpi-publikationen.de/supervision/Petzold-Mueller-Affiliation-Supervision-...>

Petzold, Hilarion G./ Orth, Ilse und Johanna Sieper 2006: Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der “Integrativen Therapie” als “Entwicklungstherapie”, in: Petzold, Hilarion G./ Schay, Peter und Wolfgang Scheiblich (Hg.), Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation, Wiesbaden, S. 627 – 714.

Petzold, Hilarion G./ Schay, Peter und Wolfgang Scheiblich (Hg.) 2006: Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation, Wiesbaden.

Petzold, Hilarion G./ Scheiblich, Wolfgang und Günther Thomas 2000: Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit, in: Uchtenhagen, Ambros und Walter Zieglgänsberger (Hg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, München/Jena, S. 322 – 341.

Petzold, Hilarion G. und Johanna Sieper (Hg.) 1996: Integration und Kreation, Bd. 1, Paderborn.

Petzold, Hilarion G. und Johanna Sieper (Hg.) 2008: Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Band II, Bielefeld und Locarno.

Petzold, Hilarion G. und Johanna Sieper 2008: Integrative Willenstherapie. Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen, in: dies. (Hg.), aaO., S. 473 – 592.

Schlippe, Arist von und Jochen Schweitzer 1996: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen / Zürich.

Schmidt, Gunter 1999: Hypno-systemische Kompetenzentfaltung. Nutzungsmöglichkeiten der Problemkonstruktion. In: : Heribert Döring-Meijer (Hg.), Ressourcenorientierung - Lösungsorientierung, Göttingen, S. 70 – 129.

Schnyder, Ulrich 1993: Ambulante Krisenintervention. In: Sauvant, Ch. und Ulrich Schnyder: Krisenintervention in der Psychiatrie, Bern, S. 55 – 74.

Schreyögg, Astrid 1996: Supervision und Konstruktivismus, in: Gollner, Ch., Nausner, L., Bösel, R., Integrative Gestalttherapie, Wien, S. 292 – 305 (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

Schulte, G. 1993: Der blinde Fleck in Luhmanns Systemtheorie, Frankfurt (nach: Petzold, Hilarion G. 1998b, S. 48).

Talmon, Moshe 1996: Schluß mit den endlosen Sitzungen. Wege zu einer lösungsorientierten Kurztherapie, München.

Uchtenhagen, Ambros und Walter Zieglgänsberger (Hg.) 2000: Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, München/Jena.

Velt, Manfred 2008: Die Bedeutung der Willensentscheidung und willenspsychologischer Strategien in der Behandlung von Suchtkranken aus der Sicht eines Praktikers der Integrativen Therapie, in: Petzold / Sieper (Hrsg.), aaO., S. 415 – 462.

Vogt-Hillmann, Manfred 2002: Ressourcen- und Kompetenzsterne in der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen, in: Ders. und Wolfgang Burr (Hg.), Lösungen im Jugendstil. Systemisch-lösungsorientierte Kreative Kinder- und Jugendlichentherapie, Dortmund, S. 123 – 150.

Vogt-Hillmann, Manfred und Wolfgang Burr (Hg.) 2002: Lösungen im Jugendstil. Systemisch-lösungsorientierte Kreative Kinder- und Jugendlichentherapie, Dortmund.

Walter, John L. und Jane E. Peller 1994: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch, Dortmund.

Wetterling, Tilman und Clemens Veltrup (Hg.) 1997: Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen, Berlin/Heidelberg.

Winiarski, R. 1995: Psycho-Zauber für die Management-Manege, Psychologie heute, H. 3, S. 60 – 66 (nach: Petzold, Hilarion G. 1998a, S. 357)