

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2006

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold (2006r):
**Therapieforschung und die Praxis der
Suchtkrankenarbeit
- programmatische Überlegungen - ***

Erschienen in: *Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W. (2006):*
**Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für
Sozialwissenschaften. 357-391.**

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) .

Hilarion G. Petzold¹

Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit – programmatische Überlegungen –

„Forschung hat die Aufgabe, Grundlagen zu *erforschen*, um sie zu *verstehen*, Praxis zu *beforschen*, um sie zu *erklären* und beides, basic and applied research, in und mit ihren Kontexten/Kontinua zu verbinden, um *Neues zu schaffen*, *Innovation* für Menschen zu ermöglichen, *Beiträge zur Humanität* der menschlichen Gemeinschaft zu leisten.“ (Petzold 1971)

„Der konkrete Gegenstand, der Objekt der wissenschaftlichen Forschung ist, stellt kein isoliertes Ding dar, dessen Wesen sich in einem bestimmten abstrakten Begriff formulieren ließe ... er ist ein Ding mit seinen Verbindungen und Beziehungen, und je tiefer wir diese Verbindungen und Beziehungen verstehen, desto reicher wird unser begriffliches Verständnis des Dings (Vorgangs, Prozesses). Derart stellt die wissenschaftliche Erkenntnis auch einen immer reichere Bezüge aufweisenden Prozess des sukzessiven Aufsteigens zum Konkreten dar, bei dem in gleichem Maße allgemeine wie individuelle Gesetzmäßigkeiten aufgedeckt werden.“ (Lurija 1976/1984, 611f).

1. Zum Kontext von Forschung in der Suchttherapie

Die beiden dieser Arbeit vorangestellten Texte verweisen auf Perspektiven des wissenschaftlichen Hintergrundverständnisses des Integrativen Ansatzes insgesamt und im Speziellen für die Bereiche Psychotherapie, Sozialtherapie, Suchttherapie. In einem *theoriepluralen* Ansatz (Petzold 1998a; Mingers, Brocklesby 1996; Mingers, Gill 1997), wie er uns in einer „transversalen Moderne“ unumgänglich scheint und der nach einem *konzeptpluralen* Forschungsverständnis verlangt (Märtens, Petzold 1995a; Petzold 2001e; Stef-

1 Dieser Beitrag erschien in seiner Ursprungsform zuerst in: *Dogalkol* 3 (1994, Schweiz, 144-158). Er hatte einen programmatischen Charakter und er hat ihn immer noch. Deshalb wird er hier – mit einem neuen, umfangreichen und im gleichen problematisierenden Duktus (Foucault 1996) geschriebenen Einleitungsteil versehen und aktualisiert – nachgedruckt, auch um zu zeigen, wie wenig sich *insgesamt* im spezifischen Feld getan hat und wie viel sich im übergeordneten Feld getan hat – etwa in der Frage „Therapie und Neurowissenschaften“ (Petzold 2002j, Grawe 2004). Die Fragestellungen und Ergebnisse der Psychotherapieforschung sind gewaltig voran gekommen (Grawe et al. 1994; Dobson, Craig 1998; Petzold, Märtens 1999a), die Untersuchungsmethoden und -designs werden komplexer (Steffan, Petzold 2001b) und auch in der Forschung zur Drogen-therapie ging es voran (Petzold, Scheiblich, Thomas 2000; Uchtenhagen, Ziglgänzberger 2000). Dennoch bleibt noch viel zu tun.

fan, Petzold 2001) sind die Fragen nach den theoretischen Grundpositionen nicht eindimensional zu beantworten – wir haben zu dieser Thematik ausführlich publiziert (Petzold 1991a/2003a; 2002b/2004; Schwennen dieser Bd. II) –, schon gar nicht im Sinne einer polypragmatischen „Theorie-Apotheke“ (in der man allerdings lustvoll stöbern kann, vgl. Hörisch 2004).

1.1 Grundpositionen

Indes können einige Grundpositionen zu wesentlichen Schritten verdeutlicht werden:

Jedes Therapieverfahren steht im **Kontext** vielfältiger theoretischer *Vorverständnisse* – etwa psychologischer *Mainstream-Ideologien* oder *Ideologemen* therapeutischer Schulen (Petzold, Orth 1999).

1. Diese Vorverständnisse haben sich als ein „Aufsteigen im Abstrakten“ in Prozessen der aus dem *Verstehen* gewonnenen Abstraktion von *durch Menschen* erfasster (*phänomenologisch* wahrgenommener, *hermeneutisch* durchdrungener und *experimentell* untersuchter) Wirklichkeit herausgebildet.
2. Dieses gewonnene Wissen muss nun, wenn es ein *Wissen für konkrete Menschen* bleiben soll, sich nicht als entfremdetes Wissen verselbständigen soll, *rekonkretisiert* werden – Lurija spricht im obigen Zitat unter Anspielung auf *Hegel/Marx* hier vom „Aufsteigen vom Abstrakten zum Konkreten“ (Marx MEW, Bd. 42) – *aufsteigen*, weil es ja nicht um einen naiven Regress in ein vorwissenschaftliches Verständnis geht, das wäre ein Abstieg. Mit dem zweiten Schritt verbunden ist eine *Rekontextualisierung* und *Rehistorisierung*. Die einstmals gewonnene Erkenntnis, das Vorverständnis, wird auf den jeweils konkreten, zu untersuchenden Zusammenhang in kritisch-problematisierender Weise angewandt, etwa mit der Frage: sind die einstmals gewonnenen Wissens- und Kenntnisstände (um deren Zustandekommen wir geschichtsbewusst wissen) heute noch gültig und sind die für die einstmals Beteiligten gefundenen Wege und Lösungen für die gegenwärtig Beteiligten angemessen? Oder *wo, wie, mit welchen Beteiligungen* muss konzeptuell und ggf. methodisch nachgebessert oder auch neukonzeptualisiert werden, um neues und angemessenes *Verstehen* und *Erklären* im „informed consent“ und in „active cooperation“ mit dem PatientInnen/KlientInnen-System zu ermöglichen (vgl. Petzold 2002b/2004).
(Es ist hier schon unschwer ersichtlich: gegenüber einen traditionellen Forschungsverständnis spielt die Beteiligung der Beforschten als Mitforscher – für Moreno (1940, 1941, 1951) schon in den vierziger Jahren ein Anliegen – eine zentrale Rolle (Steffan, Petzold 2001), der Rechnung zu tragen ist.)
3. geht es dann um ein *Aufsteigen im Konkreten* als Rekonstruktion der Geschichte konkreter Menschen und der Einflüsse auf diese Geschichte, auch der Einflüsse, die ggf. von ihnen selbst unmittelbar (willentlich entscheiden) oder durch Widerfahrnisse (durch Eintritt einer Krankheit) ausgehen (idem 2002b/2004).

Dieses an der tätigkeitspsychologischen (*Vygotskij, Luria, Leont'ev*), dialektisch-kritischen Theorienbildung orientierte und hermeneutisch ergänzte Modell wird gerade für das Forschungsgeschehen, stärker noch als wir das etwa bei *Lurija* finden (oder *Lurija* es in seinem Lebens-, Arbeits- und Forschungskontext unter stalinistischer bzw. sowjetkommunistischer Herrschaft realisieren konnte), von der Intention und Praxis auf die Mitwirkung von Patienten gerichtet. Das Modell hat überdies viele Schnittmengen mit dem leibphänomenologischen und performanzpraktischen Ansatz und seinem komplexen Lern- und Verhaltensbegriff (*Sieper, Petzold* 2002), der sich gleichfalls als ein Kernparadigma der Integrativen Therapie findet.

Es wird hier ein Modell skizziert, das sich als ein Kernparadigma in anderen Ansätzen der Integrativen Modellbildung findet, dem spiraligen Prozess, der von *konkretem Tun/Verhalten*, vom *Wahrnehmen* über das *Erfassen*, *Verstehen* und *Erklären* dieses Konkreten zu *Abstraktionen/Theorien* führt und von dort wieder in die *Praxis*, zu neuem, konkretem *Tun/Verhalten*: ein „**Theorie-Praxis-Zyklus**“, als ein „**Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln-Prozess**“ (*Petzold* 2003a; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994).

Die in multitheoretischen Diskursen, in modellpluralen, wissenschaftlichen Polylogen beigezogenen Modelle unterschiedlicher Herkunft, lassen sich auf „*common concepts*“ untersuchen, Konzepte, die funktional äquivalent sind, gleiche/homologe oder ähnliche/similäre Inhalte haben und sich damit gleichsam wechselseitig bestätigen. Es werden aber auch „*divergent concepts*“ (*Petzold* 2005r) erkennbar, die nicht nur verschieden, sondern auch unvereinbar/diskordant, antagonistisch/gegenseitig sein können, was zu fruchtbaren Spannungen zu führen vermag, pluriforme Qualitäten des Problems signalisieren kann, Unverträglichkeiten erkennbar macht, ehe sie destruktive Potentiale bzw. Wirkungen entfalten können. In einer „offenen Wissenschaft“, die Endgültigkeitsansprüchen eine Absage erteilt hat, ist ein „*differentieller und integrativer Ansatz*“, ein „*Convergent/divergent-Concept-Approach*“ (*Petzold* 1971, 1980q, 1982, 2003a, 2005r) eine Chance für fundierte, doch undogmatische Theorie-Forschung-Praxis-Ansätze oder Forschung-Theorie-Praxis- oder Praxis-Forschungs-Theorie-Ansätze usw.

Gerade in einem Bereich wie dem der **Suchtkrankentherapie** mit ihren Kernbereichen der Behandlung der stoffgebundenen Süchte (vorrangig Drogen, Medikamente und Alkohol), wo insgesamt ein großes Forschungsdefizit im Grundlagen und Anwendungsbereich, in der Methoden- und Konzeptentwicklung herrscht, ist ein solches nicht-reduktionistisches, plurales Modell der wissenschaftlichen Herangehensweise unverzichtbar.

1.2 Suchttherapieforschung – Perspektiven für Eckpunkte oder einen Rahmen

Die Aussage zum Forschungsdefizit im Feld der Suchtkrankenarbeit wiegt schwer. Sie gilt sowohl für den Bereich der Arbeit mit Alkoholkranken (für den

die Forschungslage allerdings deutlich besser als im Bereich illegaler Drogen ist), als auch und besonders für den Bereich der Drogentherapie. Obgleich seit Anfang der neunziger Jahre vermehrt Anstrengungen unternommen werden, diese Situation zu verbessern, sind das mit Blick auf die gravierenden Problemlagen Tropfen auf dürrer Land. Die intensiven Entwicklungen, wie sie sich seit Mitte der 70er Jahre im Feld der Psychotherapieforschung vollzogen haben (Grawe et al. 1994; Bergin, Garfield 1994; Lambert 2004; Petzold, Märrens 1999a; Mace et al. 2000), finden sich in vergleichbarer Weise im Bereich der Suchtkrankentherapie nicht. Dies hat vielfältige Hintergründe. Genannt seien hier nur das fehlende Interesse der Universitäten an diesem gesellschaftlich stigmatisierten Bereich. Die Mitarbeiterstruktur in der Suchtkrankenhilfe ist ein weiteres Moment – nur wenige der dort Tätigen haben ein forschungsorientiertes Studium durchlaufen, es handelt sich überwiegend um Sozialarbeiter und Sozialpädagogen – schließlich die Klientel, die aufgrund ihrer Problematik, unkontrollierbaren Mobilität und in der Regel mangelnden Kooperationsbereitschaft schwer zu beforschen ist. Besonders sind aber die fehlenden Investitionen der öffentlichen Hand zu nennen, die zu wenig Forschungsmittel bereitstellt und die vorhandenen Mittel auch noch einseitig bindet (vgl. den Beitrag von Thomas, Petzold, Schay dieses Buch). Von evidenzbasierenden Formen (Dobson, Craig 1998; Lambert, Ogles 2004) der Suchttherapie ist man noch weit entfernt. Und es gibt natürlich auch gravierende Problematiken bei diesem – in einer breit greifenden, paradigmatischen- bzw. methodenpluralen Forschungskultur der Psychotherapie- und Suchttherapieforschung – an sich wünschenswerten Paradigma. Fragen sind: Was deckt evidenzbasierte Forschung ab, wo und wie ist sie machbar (ist sie in der Drogentherapie in aussagerelevanter Form überhaupt machbar)? Und was sind ihre Konsequenzen (Sieper, Petzold 2001; Lutz, Grawe 2001). Schon für Psychotherapie bei anderen Störungen ist evidenzbasiertes Forschen schwierig. Manualisierungen sind kaum zu umgehen oder so zu gestalten, dass sie nicht zum Prokrustesbett werden. Dafür aber wird man große Populationen, im Drogenbereich wohl den größten Teil nicht erreichen. Und die 30-40% der Patienten, die auf ein Standardverfahren nicht ansprechen? Für kleinere Subgruppen, die spezifischer behandelt werden müssten, liegen in der Regel keine Studien vor und werden bei begrenzten Forschungsmitteln auch nicht durchgeführt werden, so dass für diese Gruppen weiterhin heuristikgestützte Behandlungsformen erforderlich bleiben, die sich allerdings dann an vorhandenen Studien mit Evidenzqualität orientieren können. Insofern sind solche Untersuchungen schon wichtig. Für den Drogenbereich wird man aufgrund der Instabilität der Population nur sehr schwer – wenn überhaupt – Kontrollgruppen und Randomisierung erreichen können (nicht zu reden von den behandlungs- und forschungsethischen Gesichtspunkten). Und wo das möglich wäre (etwa im therapeutischen Strafvollzug) sind die Settingbedingungen so spezifisch, dass die Ergebnisse solcher Studien kaum in andere Bereiche zu übertragen sind. In der stationären, aber auch in der ambulanten Drogentherapie (etwa in Beratungsstellen) muss man dann auf jeden Fall in Rechnung stellen, dass man die *Wirkung komplexer*

Maßnahmen evaluiert, also nicht oder nicht nur die Wirkung eines spezifischen Therapieverfahrens (integrativ, systemisch etc.), denn all diese Patienten haben in der Regel zusätzliche Angebote mit therapeutischer Wirksamkeit: sozialarbeiterische Betreuung, familientherapeutische, arbeitstherapeutische, sporttherapeutische, kreativtherapeutische Maßnahmen u.ä. Die intervenierenden Variablen können beträchtlich sein (jemand findet oder verliert die Arbeit, die Wohnung etc.). Überdies haben die Zielgruppen eine große Streuung von unterschiedlichen Patienten/Klientengruppen, was Alter (Jugendliche/Erwachsene), Substanzabusus, Chronifizierungsgrad, soziale Situation/Lebenslage, Geschlecht/Gender – alles für Therapie und Therapieoutcome höchst relevante Größen – anbetrifft, so dass man sehr viele Studien mit wohl in der Regel kleinen (für generalisierbare Aussagen ggf. zu kleinen) Gruppen erhalten wird. Diese sind nun keineswegs ohne Wert, denn sie tragen zu den kleinen, wichtigen Wissensbausteinen bei, die wir so notwendig brauchen.

Für den Bereich der Drogentherapie werden wir das Konzept der Evidenzbasierung neu und feldspezifisch fassen müssen, damit wir Studien und Ergebnisse bekommen, die für die jeweilige Aufgabe der Praxis Evidenz haben. Denn was nützen uns von der Forschungsqualität hochkarätige, nach dem State-of-the-art durchgeführte *evidence based studies*, wenn die Klientengruppen, bei denen sie und die Settings, in denen sie durchgeführt wurden, in der Realität des Feldes so gar nicht vorkommen, denn solche Ergebnisse sind nicht generalisierbar! Das, was eigentlich auch das Problem der herkömmlichen Psychotherapieforschung ist – von den Interessengruppen der „Schulen“, Richtlinienverfahren gerne überspielt –, wird im Bereich der Drogentherapie unübersehbar und unübergebar: mehr als eine „hinlängliche Evidenzbasierung“ wird ganz grundsätzlich in diesem Bereich nie zu erreichen sein! Das ist keine „Entwarnung“ für die Forschungsfeinde, für ohnehin überforderte Institutionen und Praktiker, die dann sagen könnten: „Gott sei Dank, das nun nicht mehr“ oder „Wozu das alles?“ – Die Antwort: *Dazu*, dass mehr gesichertes Wissen generiert wird auf vielen Ebenen und in vielen Formen! Neben *qualitativen* Studien brauchen wir *quantitative* Forschungen im nomothetischen Paradigma dringend, obwohl wir wissen, dass sie zur Aufklärung der vorhandenen Wissensbedarfe nur in bestimmten Fragestellungen beitragen können. Am besten sind Kombinationen solcher Daten aus Studien mit „*sophisticated designs*“ (Steffan, Petzold 2001), wo etwa mit qualitativen Interviews im Vorfeld der Studien differenziertes Wissen für die Planung, Hypothesenbildung, Erhebungssituation quantitativer Studien Daten gesammelt werden (Knobel et al. 1992) oder wo dann „harte Daten“ aus solchen Studien mit „*soft qualities*“ angereichert werden (Schigl, Petzold 1997), was für die Interpretation und auch für Transferkonsequenzen mehr hergibt.

In der Drogentherapie (und in der Psychotherapie) stehen wir vor der Situation, dass wir einen komplexen Wissensvorrat brauchen, um ein „*Patchwork von Informationen*“ für die jeweils vorfindlichen Situationen herzustellen, das ein hinreichendes „*explikatives Potential*“ gewinnen kann und deshalb hilfreich wird. Der Drogenbereich kommt nur mit „*vernetzten Wis-*

senständen“ weiter, weil er als solcher (schon wegen seiner Anbindung an die sich beständig verändernden gesellschaftlichen Dynamiken) eine prinzipiell *transgressive Qualität* hat – die Situationen überschreiten sich beständig. Deshalb braucht er – ähnlich wie Supervision und Coaching – einen „*transversalen*“ Ansatz in Theorie und Praxis (Orth, Petzold, Integrative Suchttherapie (2004), 297ff; Schuch 2004; Gebhardt, Petzold 2005), ein therapeutisches Konzeptualisieren, das sich und seinen Kontext beständig reflektiert und meta-reflektiert, Forschungsstände rezipiert, Forschungsfragen generiert, Forschungsprojekte auf verschiedenen Komplexitätsebenen initiiert. Neben

1. der klassischen, rigorosen Grundlagenforschung (etwa der Neurobiologie) und
2. methodisch elaborierter Wirksamkeitsforschung im Paradigma der „Evidenzbasierung“, ist für den Drogenbereich auch in bedeutendem Maße
3. *praxeologische Forschung* erforderlich, die Fragestellungen erst einmal exploriert oder als „small scale research“ ohne großen Forschungsaufwand anstehende Fragestellungen mit hinreichender Aussagekraft zu beantworten hilft. Oft ist schon systematische Dokumentation, die regelmäßig ausgewertet wird, eine Hilfe, um Praxis zu optimieren.
4. *Qualitätssicherende Forschung* läuft zu einem nicht unbedeutenden Teil, der ohnehin von den Praktikern geleistet wird, schon auf diesem Level, der – wäre es der einzige Zugang – sicher nicht ausreichend ist, ohne den aber auch kein hinlänglich praxisrelevantes und qualitätsverbesserndes Forschungswissen in den Bereichen Psychotherapie, Soziotherapie, Supervision (Petzold, Schigl et al. 2003) auskommen kann.

Die Involvierung der Praktiker in solches „*small scale research*“ zur Qualitätsüberprüfung und -sicherung, ihre *Motivierung*, explorative Untersuchungen mit „kleinem methodischen Anspruch“ durchzuführen, um für sie relevante Fragen zu klären oder – wo sie sich auf diesem Niveau nicht mit ausreichender Schlüssigkeit beantworten lassen – vorzuklären, wird für die Zukunft eine wichtige Aufgabe sein, für die seriöse Ausbildungen und Ausbildungsinstitutionen auch ausrüsten und anregen müssten, was leider in der Regel nicht geschieht. Dass solche Untersuchungen durchaus Gewinn bringen können, zeigen die Arbeiten von Gerdemann und Ochs (in diesem Band), die als Graduiierungsarbeiten für den Abschluss an der EAG angefertigt wurden.

Blickt man überdies auf die Knappheit der Forschungsmittel und den Umfang und die Differenziertheit der offenen Fragen, so wird man ohne diesen Typ der Forschung gar nicht auskommen – er sollte von Forschungsprofis nicht abgewertet werden. Sie betreiben oft Forschung als *l'art pour l'art*, scheren sich wenig um die Probleme der Praktiker und beklagen sich dann, dass diese die Forschungsergebnisse nicht zur Kenntnis nehmen (Grawe 1992). Wenn sie dann noch als „unprofessionelle Psychospieler“ (ebenda) stigmatisiert werden, dann ist mit einer gedeihlichen Kooperation, die man anstreben sollte, um gemeinsam „Wege zu effektiven Psychotherapien“ (Petzold, Märtens 1999) im Dienste der Patienten und ihrer Therapeuten zu fördern, nicht zu rechnen.

Das ist der Kontext, in dem immer wieder einmal programmatische Überlegungen durchaus angesagt sind.

Zunächst vertrete ich dezidiert die Position, dass Forschung in diesem Bereich von „feldkompetenten“ Forschern durchgeführt werden sollte, die die praktische Arbeit in diesem komplexen „Feld“ (vgl. das Feldkonzept in der Supervision, Petzold, Ebert, Sieper 2001) aus eigener Erfahrung kennen. Weiterhin muss eine enge Zusammenarbeit für Fragestellungen, Hypothesenbildung, Planung und natürlich in der Durchführung zwischen Forschern und Praktikern und durchaus auch Patienten gewährleistet sein. Aus prinzipiellen, forschungs- und therapieethischen Erwägungen nämlich, aber auch im Respekt ihrer Mündigkeit, zur Stärkung ihres „locus of control“ (Flammer 1990), ihrer Selbstwirksamkeit und Souveränität müssen eben auch Klienten/Patienten einbezogen werden. Hier geht es um „*Client Dignity, konkret – Patienten und Therapeuten als Partner*“ (Petzold 2000d). Das war mir im „Integrativen Ansatz“ immer ein besonderes Anliegen. Im Forschungskontext geht es weiterhin um die Nutzung ihres „Insiderwissens“, auch deshalb, um gute und relevante Forschung zu machen, sollten auch Klienten bzw. Exklienten beigezogen werden. Viele Studien leiden an der fehlenden Berücksichtigung genau dieses Wissen, über das auch die Therapeuten nicht immer hinreichende Auskunft geben können. Wir haben hier als Ressource eine *dreifache Expertenschaft*^{*}, die es zu nutzen gilt: die der Forscher, die der Therapeut und die der Klienten/Patienten.

Wenn Forschung für die Praxis der Suchtkrankenhilfe Relevanz gewinnen soll, so sind die Fragen zu stellen, was denn zu erforschen sei und wie das zu machen sei? Dabei müssten natürlich auch Fragen zu Forschungsparadigmen und Forschungstraditionen thematisiert werden, was an dieser Stelle nicht geschehen kann. Nur so viel: Ich halte eine Polarisierung in nomothetisches und ideographisches Paradigma, eine Antinomisierung von qualitativer und quantitativer Forschung, von basic and applied für völlig unfruchtbar. Jede der genannten Forschungsorientierungen hat für spezifische Aufgaben Nutzen. Für die Forschung im Bereich der Psychotherapie und Suchtkrankenarbeit sind deshalb auch verschiedenen Forschungsansätze unverzichtbar. Grundlagenforschung im Bereich der Neurobiologie und Pharmakologie ist unentbehrlich, wenn man die Wirkung von Substanzen auf die neuronalen bzw. cerebralen und immunologischen Systeme verstehen will. Schaut man hier auf die Forschungstraditionen, so wird deutlich, dass man beispielsweise im Bereich Psychotherapie und Suchttherapie beim Rekurs auf die Neurowissenschaften sowohl mit Gewinn die Tradition der amerikanischen „*behavioral medicine*“ beiziehen kann, als auch auf die russische Tradition der Neurophysiologie und -psychologie (Anokhin, Lurija) zurückgreifen sollte, da sie gerade für den Suchtbereich den *sozialen Kontext* zu fokussieren erlaubt, der in der US-amerikanischen Forschungstradition weitgehend ausgeblendet wurde, wie aktuell das neue Werk von Grawe (2004) „Neuropsychotherapie“ zeigt.

* Für die Therapie hatte ich stets von einer „doppelten Expertenschaft“, die der professionellen Helfer und die der Klienten gesprochen (Petzold 1990i).

Sozialwissenschaftliche und klinisch-psychologische Forschung ist im Suchtbereich durch die enge Verzahnung von sozialer und psychologischer Problematik nicht voneinander zu trennen, sondern die Erkenntnisse des einen Forschungsstroms müssen mit den Wissensständen des anderen verbunden bzw. zusammengeführt werden, was keineswegs in optimaler Weise geschieht, nicht zuletzt auch, weil die verschiedenen „communities of researchers“ mit ihren unterschiedlich gewerteten Forschungsmethodologien nicht gut miteinander kommunizieren. Die Kombination von quantitativen und qualitativen Forschungsmethodologien, von naturalistischen und experimentellen Studien in „sophisticated designs“ (Steffan, Petzold 2001) bietet aber gerade für die Psychotherapieforschung und Suchttherapieforschung einen hervorragenden Weg, zu den komplexen Fragestellungen hinreichend komplexe Antworten zu erhalten, weshalb im Integrativen Ansatz stets die Position aufgabenspezifischer, multipler Forschungsmethodologien vertreten und praktiziert wurde (Märtens, Petzold 1995, 1996; Petzold 2001e; 2005f; Knobel et al. 1992). Für den Bereich der Sucht- und Suchttherapieforschung sind diese Fragen seit meinen ersten programmatischen Ausführungen zu diesem Thema [1994] noch keineswegs zufriedenstellend gelöst, so dass in diesem „updating“ zehn Jahre später es auch bei tentativen Überlegungen bleiben muss, denn es braucht einen lebendigen Diskurs einer ganzen „community of practitioners and researchers“, die ein Feld und seine Fragestellungen voranbringen. Ich hoffe wiederum aufzeigen zu können, dass es eine kontinuierliche, verschränkte Theorie-Praxis-Forschungs-Arbeit ist, ein transversaler Prozess vielfältiger Kooperationen, der zu einem „Mosaik mit offenen Rändern“ beiträgt, als das wir den Bereich der Drogenarbeit sehen müssen, und ich hoffe auch, dass diese Ausführungen weitere Diskurse anregen, die das Feld voranbringen.

2. Ätiologie und Forschung – Erklärungsmodelle für die Fundierung von Praxis

Um therapeutisch fundiert handeln zu können und in präventiver, kurativer und rehabilitativer Ausrichtung richtige Maßnahmen zu ergreifen, müssen ganz allgemein die Entstehungsbedingungen und Ursachen für die Entwicklung der verschiedenen Formen des *Verhaltens* (verstanden mit einem *breiten Verhaltensbegriff* als Denken, Fühlen, Wollen, motorisches und sozial-interaktives Handeln, Sieper, Petzold 2002) und für diesen Kontext *süchtigen Verhaltens* aufgeklärt werden. Und hier stehen wir (immer noch und offenbar immer wieder) ziemlich am Anfang. Deshalb sei neben allgemeinen Erwägungen exemplarisch auch kurz auf aktuelle Diskussionen eingegangen, bei denen die Neurobiologie derzeit die Diskussion bestimmt, gefolgt von der Entwicklungsneurobiologie (Herpertz-Dahlmann et al. 2004) und der longitudinalen Entwicklungsforschung. Für den Suchtbereich haben diese Diskussionen eine große Bedeutung. Es existieren eine Menge von Spekulationen über die Genese von

Suchterkrankungen – zumeist psychoanalytischer Provenienz, d.h. retrospektive Erklärungen, die sich an den jeweils vorherrschenden psychoanalytischen Allgemenkonzepten orientieren. Waren es zunächst die mangelnden Über-Ich-Strukturen, also gescheiterte ödipale Situationen oder die oralen Fixierungen, die Abhängigkeit erklären sollten, so wurden es – je nach Orientierung – dann Ich-Struktur-Defizite aufgrund „früher Störungen“ der Objektbeziehungen und Schädigungen der frühen Selbstentwicklung. Nur selten wurden derartige Schlussfolgerungen aufgrund der Arbeit mit breiten Patientenpopulationen gezogen. Einzelfälle wurden generalisiert. Was dringend notwendig wäre, nämlich Longitudinalforschung, in der *Risikofaktoren*, „*adverse events*“ (widrige Ereignisse), *prolongierte Defizite* und *protektive Faktoren* in ihrer Wirkung auf die Entwicklung eines Menschen und dann einer Drogenkarriere untersucht worden wären, findet sich in diesem „tiefenpsychologischen Paradigma“ praktisch nicht. Eine Kompatibilität mit den Ergebnissen neurowissenschaftlicher Forschung und Modellen ist ohnehin kaum gegeben. Man bleibt auf eine vermutete, in der Übertragung sich manifestierende klinische Vergangenheit (vgl. das „klinische Kind“, *Stern* 1985) zentriert. „Gerade neurowissenschaftliche Überlegungen führen dazu, dass dafür (eine Heilwirkung), ‚die Analyse der Übertragung‘ in der Therapeut-Patient-Beziehung nach psychoanalytischem Muster ganz und gar kein geeignetes therapeutisches Mittel darstellt“ – das ist die harte Konklusion *Grawes* (2004, 442). Aus allgemeinen Longitudinalstudien im Rahmen der empirischen *Entwicklungspsychologie* und der *developmental psychopathology* lassen sich indes Tendenzen ablesen. Sie bleiben aber sehr generell. Ein schlechter „sozioökonomischer Status“ als pathogener Megafaktor bietet eine bekannte, zwar plausible, aber nicht ausreichend differenzierte Erklärung. Welchem Stress (Bedrohungen, Verletzungen, Ängsten) Kleinkinder ausgesetzt wurden, der nicht protektiv von „significant caring adults“ *gepuffert* wurde, wo kein „*shielding*“ bereitstand (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993), und zu welchen „*Bahnungen*“ (zum Stresscoping damals durchaus funktional, in der Nachwirkung dann dysfunktional) diese Ereignisse führten, ist nicht wirklich bekannt. Die Befunde der *Entwicklungsneurobiologie* sind beeindruckend (*Herpertz-Dahlmann* 2004; *Hüther* 1996; 1998, *Hüther et al.* 1999). Sie sind jedoch durch *prospektive* klinische Längsschnittuntersuchungen, die Entwicklungsverläufe und Karrieren *feinkörnig* verfolgen, noch nicht gut abgesichert. Die retrospektive Interpretation von physiologischen Befunden (z.B. Cortisoldysregulationen im Erwachsenenalter bei anamnesticher Feststellung einer kindlichen Traumatisierung) mit Rückschlüssen auf die Nachwirkungen etwaiger kindlicher Belastungs- und Traumaerfahrungen ist bislang noch keine verlässliche Ursachen-Folgen-Aufklärung, zumal die individuellen Verarbeitungsmuster in einem Spektrum zwischen der Ausbildung von Störungen und der Ausbildung von Resilienzen liegen. **Voreilige generalisierende/übergeneralisierende Schlussfolgerungen über belastende Ereignisse und ihre eventuellen Nachwirkungen sollten nicht gezogen werden.**

Grawe (2004) tut das m.E. leider in seinem diese Forschungslage der Longitudinalstudien nicht beachtendem, kleinen entwicklungstheoretischen

Kapitel zur „Entwicklung psychischer Störungen in der Lebenszeitperspektive“ (ibid. 351-360). Wo *Grawe* aber die Entwicklungsforschung bemüht und auf die Ergebnisse der *Bindungsforschung* abstellt (er zieht überwiegend die älteren Arbeiten zu frühkindlichen Bindungsstilen heran, doch die Diskussion in diesem Paradigma ist weitergegangen, vgl. z.B. die Beiträge in *Streek-Fischer* 2004) können wir nicht uneingeschränkt folgen, denn die Ergebnisse der „Bindungsforschung“ lassen sich in Sicht der Longitudinalforschung nicht sicher interpretieren (*Fonagy, Target* 2004).

Das Konstrukt der verschiedenen „Bindungsstile“ ist überdies so sicher nicht. Spätere positive und negative Einflüsse im Lebenslauf werden in ihren Wirkungen bislang nicht gut genug erfasst, so dass moderne, empirieorientierte Bindungsforscher heute weder die uneingeschränkte Permanenz „interner working models“ (*Bowlby*) annehmen, noch die von der älteren Bindungsforschung suggerierte lineare Kausalität vertreten. Die Forschungsergebnisse rechtfertigen nicht, die Mutter-Kind-Bindung als Prototyp für spätere Beziehung zu sehen, so der Schluss des Übersichtsartikels von *Thompson* (1999). Nicht alle Risikofaktoren belasten Menschen in gleicher Weise, nicht alle können *protektive Faktoren* in gleicher Weise nutzen oder *Resilienzen* ausbilden (*Petzold, Müller* 2005). „Eine Vielzahl umfassender Literaturüberblicke zu diesem Thema prägender Bindungen hat unterstrichen, dass die Mehrzahl der Längsschnittuntersuchungen keine einfache Korrelation zwischen den frühen Beziehungen der Kindheit und der Haltung, die ein Individuum in anderen Beziehungen einnimmt, nachweist“ (*Fonagy, Target* 2004, 110). Bindungen – gute, schlechte, fehlende – sind zweifelsfrei von höchster Wichtigkeit, besonders im Nahraum der „Zwischenleiblichkeit“ wie ich in meinen Säuglings- und Keinkindforschungsarbeiten herausgestellt habe (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994), was Konsequenzen für die therapeutische Arbeit etwa im nonverbalen Bereich hat (*Petzold* 2004h). Das Beziehungsgeschehen ist aber in der frühen Kindheit schon nicht nur *dyadisch*, sondern wird als *polyadische* Netzwerkbindungen gelebt, in denen sich ein Kind mit seiner Umgebung regulieren lernt, *Regulationskompetenz* und *dynamische Regulationsperformanz* entwickelt, wie es das integrative Konzept (*Scheiblich, Petzold* dieses Buch) sieht. Genauso wie eine *Bubers* Zwiesprachenmodell folgende, missverständene Dialogizität übersieht, dass die Hominiden seit frühester Zeit Gruppenwesen waren, die „im Rund sitzend“ *polylogisch* nach vielen Seiten hin kommunizierten und dafür cerebral ausgestattet waren bzw. sich ihre cerebrale Interaktions- und Kommunikationskapazität multilateral entwickelt hatte. Das muss Konsequenzen für die Praxis von Therapie (Betonung von Gruppen und Netzwerkarbeit neben dyadischer Arbeit) haben. Es muss von der Fähigkeit zu multiplen Bindungsmöglichkeiten vom Frühbereich über die Lebensspanne hin ausgegangen werden (wäre dem nicht so, hätten Psychotherapeuten keine Chancen!). *Grawe* (2004) vertritt keine Netzwerkorientierung, sondern letztlich eine einzelfallorientierte, dyadologische Position. Er greift leibtherapeutische Möglichkeiten (und es geht ja um dysregulierte Leiblichkeit) praktisch nicht auf. Hier unterscheide ich mich; ansonsten sind aber die konzeptuellen Unterschiede zu *Grawe*, was die *neurowis-*

senschaftliche bzw. neurobiologische Fundierung von Therapie anbelangt, nicht gravierend. Es findet sich bei modernen Integrationsansätzen eine hohe *Konkordanz* (ein Begriff, unter dem in der Biologie Übereinstimmungen in Bezug auf bestimmte Merkmale verstanden werden). Was allerdings die Konklusionen aus den Ergebnissen neurobiologischer Forschungen für die Psychotherapie anbelangt, gibt es durchaus auch andere Gewichtungen. So hat der Integrative Ansatz noch stärker neuromotorische Perspektiven beigezogen – etwa im Anschluss an Forschungen zur Neurobiologie der Bewegung, Wahrnehmungs-Handlungskoordination (Kelso 1995; Thelen, Smith 1993), wie sie u.a. an meiner Abteilung an der FU Amsterdam durchgeführt werden (Frank et al. 2000; Daffertshofer et al. 2000), zum Imitationslernen, wo Banduras Konzepte heute durch Forschungen zu den Spiegelneuronen abgestützt werden (Stamenov, Gallese 2003; Rizzolatti et al. 2001; Gallese 2001) und gerade auch für die nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie genutzt werden können (Petzold 2004h, Sieper, Petzold 2002). Diese Forschungslinie hat Grawe überhaupt nicht aufgenommen. Einigkeit besteht in der Regulation durch Aktivierungs- und Hemmungsprozesse, die auch bei Prozessen des imitativen Lernens zum Tragen kommen, aber für die Ausbildung komplexer Muster wie Selbstschemata, Identitätsvorstellungen, kognitiver Landkarten noch weitergreifender Modelle bedarf. Insbesondere für die Konstituierung einer reichen, hinlänglich stabilen und doch hinlänglich flexiblen, „plastischen“ Erwachsenenidentität sind komplexe Muster des „Lernens“ (Spitzer 2002; Sieper, Petzold 2002) erforderlich, für die die neuroanatomischen Entwicklungen in der Frühadolescenz wichtige Grundlagen schaffen. Für das Identitätserleben (Petzold 2001p, Orth 2000) ist auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und *proaktiv* mit den eigenen Zukunftsentwürfen notwendig – auch für pathologische Identitätsentwicklungen und Selbstwertprobleme. Um- und Neubahnungen durch *Aktivierungen* und *Hemmungen* sind auf der Ebene des Übens von symptomgerichteten mehr oder weniger komplexer Verhaltensweisen in der therapeutischen Situation erforderlich und im Transfer – von uns besonders betont – in die Alltagswirklichkeit (4. *verhaltensmodifizierende* „Phase der Neuorientierung“ im „Tetradischen System“, Petzold 1971f, 1974g, 1988n, 2003a, 2005r) bedeutsam. Grawe (2004) vertritt ein stark alltaggerichtetes, längerfristig übendes Moment „für die Herausbildung *neuer* Gedanken, Verhaltensweisen und Emotionen“ (ibid.). Wir haben das schon immer mit längerfristigen, gezielten, systematischen Übungssequenzen, mit „Behaviourdrama“ und „Transfertraining“ vertreten und praktiziert – sowohl in der Suchttherapie (z.B. 1974g), als auch in der Psychotherapie mit damals so genannten neurotischen und Persönlichkeitsstörungen (idem 1974j, Abb. III: In der Phase der Neuorientierung wird ein Verhaltenstraining begonnen, das in übungszentrierten Parallelsitzungen zur konfliktzentrierten Arbeit fortgeführt wird).

Die Erfahrungen mit Langzeitprozessen und Längsschnittperspektiven führten uns zu diesem Vorgehen *kontinuierlichen Übens*, um einen „*lifestyle reorientation*“ zu erreichen, denn darum geht es letztlich: nicht nur um das Verändern eines schmalen Verhaltenspatrons (etwa einer Tierphobie) oder um

das Modifizieren einer komplexeren Störung (etwa einer Sozialphobie), sondern um Veränderungen des *Lebensstils* eines Menschen, was immer mit einer weitgreifenden Veränderung dieses Menschen in seinem Wahrnehmen, emotionalen Erleben, seinem Denken, Wollen und Handeln gleichbedeutend ist.

Wir schließen mit dem *Lebensstilkonstrukt*, das wir gerade für den Bereich süchtigen Verhaltens, *süchtiger Lebensstile*, für bedeutsam halten, an *Georg Simmels* kultursoziologisches Konzept des „Lebensstils“ an, unter dem er die typische Art der Alltagsgestaltung von Personen und sozialen Gruppen verstand aufgrund ihrer mehr oder weniger stabilen Einstellungen und den mit ihnen verbundenen, typischerweise auftretenden Verhaltensweisen, womit der *Lebensstil* zugleich zu einem Mittel der Selbstdarstellung, der Identitätspräsentation des Individuums und der Demonstration seiner Zugehörigkeit/Nichtzugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe wird. Eine solche Sicht gewinnt natürlich auch für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die Auffassung von Therapie und Persönlichkeitsentwicklung kardinale Bedeutung. In den Kontext eines transversalen, modernen Theorienetzwerks gestellt, wird das Konzept wie folgt definiert:

„**Life styles** sind durch Menschen in sozialen Gruppen, sozialen Mikro- und Mesowelten über eine hinlängliche Synchronisierung von kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen inszenierte Formen des sozialen Lebens. In ihnen werden durch ‚*life style marker*‘, d.h. geteilte Praxen, Symbole, Präferenzen (in Kleidung, Ernährung, Sexualität, Körperkultur, Freizeitverhalten, Musik, Lektüre, Film- und Videovorlieben, Internetuse etc.), durch spezifische Interaktionsformen und Rituale, Ziele und Werte, Affiliationen und Feindbilder Verbindungen zwischen Individuen geschaffen, die sich von diesem *life style* angezogen fühlen und *Angrenzungen*, aber auch *Abgrenzungen* zu anderen sozialen Gruppen und *life style communities* in Virtual- und Echtzeit inszenieren. Persönliche **Identitätsstile** werden so intensiv mit den *life style markern* versorgt, dass die Adepten in die ‚*life style community*‘ aufgenommen werden und aus der damit entstandenen Zugehörigkeit eine *Stärkung* ihrer Identität erfahren. Diese Stärkung ist effektiv, so lange es nicht zu einer Fixierung auf *einen* eingegrenzten *life style* kommt [z.B. den *life style* süchtigen Lebens, in der *life style community* der Süchtigen], sondern eine Partizipation an verschiedenen ‚*life style communities*‘ möglich bleibt oder gar gefördert wird. Multiversale Partizipation an verschiedenen Life styles, die eine hohe Life-Style-Flexibilität (Life-Style-Hip-Hopping) bei hinlänglicher Stabilität im Bezug zu einigen ‚*life style mainstreamings*‘ gewährleistet, also ein extremes, inflationäres ‚*life style hopping*‘ mit der Gefahr der Identitätsdiffusion für den Einzelnen kontrollierbar hält, ist als Gesundheitskriterium zu werden“ (Petzold 1994d).

Mit einem solchen Hintergrundkonzept wird deutlich, dass es im Kontext von Suchttherapie nicht nur oder primär um eine Um- und Neubahnung eng umgrenzter cerebraler Areale gehen kann, sondern um die Reorganisation von komplexen bzw. komplex vernetzten „funktionellen Systemen“ (Anokhin 1978) mit ihren beteiligten Partialsystemen, die sich **kontextbestimmt** und aufgaben- bzw. zielorientiert *selbst organisieren*, wie es *Lurija* (2001) mit seinem differenzierten und integrativen neuropsychologischen Ansatz aufgezeigt hat. Denn: „Die höheren psychischen Funktionen sind kompliziert organisierte funktionelle Systeme **sozialer Genese**. Deshalb ist jeder Versuch, sie in

speziellen, eng begrenzten Abschnitten des Kortex oder in ‚Zentren‘ zu lokalisieren, völlig ungerechtfertigt“ (Lurija 1970, meine Hervorhebung). *Suchttherapie als Humantherapie erfordert Beeinflussung und Veränderung von neurobiologisch begründeten, höheren Prozessen von Gesamtpersönlichkeiten und ihrer Lebensstile, die mit diesen Prozessen unlösbar verbunden sind.* Solche höheren Prozesse, „spezifisch menschliche Formen psychischer Tätigkeit wie willentliche Aufmerksamkeit, aktives Gedächtnis und abstraktes Denken müssen als ein im Ursprung soziales Phänomen verstanden werden und als Prozesse, die im Verlauf des Beherrschens allgemein menschlicher Erfahrung ausgebildet werden“ (Lurija 1992), weshalb auch immer Veränderungen von Umwelt bzw. der *Gehirn/Subjekt-Umwelt-Passung* angezielt werden muss, wenn man Veränderungen von menschlichem Verhalten anstrebt – ein Aspekt, der bei Grawe (2004) weitgehend zu kurz kommt.

Ein solches Konzeptualisieren hat auch therapiepraktische Konsequenzen wie Petzold (1995a,b, 2005r) mit dem Konzept der „**Prozessorganisation von Lebensstilveränderungen**“ (**process organized lifestyle change**) verdeutlicht. In der von Vygotskij (1989) initiierten, kontextbezogenen Sicht versteht er mit Politzer (Petzold, Mathias 1983) Lebensprozesse als ein *dramatisches Geschehen* (Poltzer 1994, 1978), das sich immer wieder neu unter neuen historischen Bedingungen inszeniert. Und Lurija (1992) transportiert diesen Gedanken bis in die Neuropsychologie, wenn er affirmiert: das Soziale bildet „neue funktionale Systeme und benutzt dabei die biologischen Mechanismen, bezieht sie in neue Arbeitsweisen ein“ (ibid.). Deshalb ist die enge Verzahnung *biologisch-neurowissenschaftlicher* und *sozialwissenschaftlicher* Zugangsweisen unverzichtbar (Lurija 1992). Das sind komplexe, nicht-reduktionistische Vorstellungen – Lurija (1976), der Neurowissenschaftler (Vocate 1987; Jantzen 1994), hat sich stets gegen den Reduktionismus gewehrt. „Diese Vorstellungen sind dem klassischen Assoziationismus, der Gestalttheorie, dem simplifizierenden Behaviorismus und der forschenden Tiefenpsychologie weit überlegen“ (Lurija 2001). Ich teile diese Einschätzung, die wiederum Konsequenzen für die Praxis der psychosozialen Interventionen und für die Praxis von Forschung – bis hin zu therapeutischen und forschungsethischen Orientierungen – in diesen Bereichen haben.

3. Neurobiologische und longitudinale entwicklungspsychopathologische Perspektiven für therapeutisches Handeln

Therapeutische Arbeit wirkt (sie hat deshalb mitunter auch Nebenwirkungen, Märtens, Petzold 2002). Jeder, der therapeutisch arbeitet, macht diese Erfahrung – auch in der Arbeit mit Süchtigen, selbst wenn keine nachhaltige Abstinenz erreicht werden kann, es zu Rückfällen kommt. Aber es gibt dennoch Veränderungen, die beachtet, dokumentiert, gewertet werden müssen, um sie

in konstruktiver Weise auszubauen. Um diese durchaus vorhandene „*face validity*“ von Therapiewirkungen empirisch solide abzusichern, müssten einerseits von Psychotherapiewissenschaft und klinischer Psychologie systematische „Karriere-Begleitforschung“ auf den Weg gebracht werden, denn über Karriereverläufe wissen wir noch viel zu wenig, und es müsste andererseits die „klinische Entwicklungspsychologie“ mit weiteren prospektiven Längsschnittuntersuchungen früh und schwerpunktmäßig bei Risikogruppen mit unbelasteten Vergleichsgruppen (Petzold, Hentschel 1991; Petzold, Goffin, Oudhof 1993) ansetzen, etwa bei Kindern mit dissozialem Verhalten (Störungen des Sozialverhaltens SSV) bei ADS bzw. ADHD-Kindern, denn der Anteil von Patienten mit diesen Störungen bei Erwachsenen (Krause, Krause 2003) im Drogen- und Devianzbereich ist hoch. Dabei wird eine genderspezifische Perspektive unerlässlich (Baron-Cohen 2003; Bischof-Köhler 2002; Hurrelmann, Kolip 2002; Vogel, Integrative Suchttherapie 2004; Petzold, Sieper 1998; Spilles, Weidig 2004).

Die südholländische Längsschnittstudie (Hofstra et al 2002; Verhulst 2004), die Dunedin Longitudinal Birth Cohort Study (Caspi et al. 1996) bieten beeindruckende Zahlen. Caspi und Mitarbeiter konnten zeigen, dass Kinder von 3 Jahren mit SSV-Problemen mit größerer Wahrscheinlichkeit im Alter von 21 eine antisoziale Persönlichkeit entwickeln als Kinder mit einem normalen Verhaltensspektrum in diesem Kleinkindalter. Ähnliches zeigt die Forschungsübersicht von Farrington (1999) auch noch für das weitere Erwachsenenalter. Ein „*difficult temperament*“ (Zentner 1993; Plomin, Dunn 1986) ist nach den Befunden der Längsschnittforschung ein starker Prädiktor für spätere Dissozialität. Nur – über die Ursachen solcher schwieriger Temperamente wissen wir noch wenig. Die Erkenntnisse der „behavioral genetics“ (Plomin 2000, Plomin, Dunn 1986; Plomin, DeFries et al. 2002) verweisen auf eine starke genetische Disposition. Verstärkende, abschwächende, kompensatorische Umwelteinflüsse spielen aber gleichfalls eine bedeutende Rolle, genauso ein schlechter sozioökonomischer Status. Die psychoanalytische Fixierung auf die Mutter-Kind-Dyade – deren Wichtigkeit unbestritten, doch nicht allumfassend ist – muss indes einer weiter greifenden Betrachtung Platz machen, denn so ist sie fehlgeleitet bzw. fehlleitend: einerseits einer romantisierenden (z.T. kryptoreligiös-mariologischen) Mutter-Überhöhung verschrieben, einer höchst ambivalenten allerdings, andererseits einer regressionssehnsüchtigen Weinerlichkeit, die wiederum in nicht reflektierter Ambivalenz in der „Kur“ durch „Versagung, Entbehrung, Abstinenz“ (vgl. Freud*)

* „Der Patient fasst die ihm *aufgezwungene* Situation gewöhnlich als *Entbehrung* auf“ (StA 1989 S. 193, meine Hervorhebungen), aber „*Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden ...* Sie erinnern sich daran, dass es eine *Versagung* war, die den Patienten krank gemacht hat ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, dass das Leiden der Kranken in irgend einem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende finde. Wenn es durch die Zersetzung und Entwertung der Symptome ermäßigt worden ist, müssen wir es irgendwie anders als eine empfindliche Entbehrung wieder aufrichten“ (Freud, S., Wege der psychoanalyti-

behaben werden soll. (Ganz anders da *Ferenczi* 1988, vgl. *Nagler* 2003). Prekäre Sozialsituationen, gestörte Caregiver-Kind-Relationen in Nahraumzonen von sozialen Netzwerken, darum geht es, Caregiver (Plur.), die damit keine Schutzfaktoren bieten, Shielding- und Buffering-Funktionen wahrnehmen und so Resilienzbildungen verhindern (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Petzold, Müller* 2005). Solche Konstellationen müssen anstelle tiefenpsychologischer Dyadologie in die Betrachtungen einbezogen werden.

Die von *Moffitt* (1993) aufgrund der Längsschnittstudien aufgezeigten beiden Entwicklungstrajekte, nämlich

1. durchgängig persistierende Muster antisozialen Verhaltens und
2. auf die Adoleszenz beschränkte – in der Frühadolezenz beginnende, in der Spätadolezenz verschwindende – Muster dissozialen Verhaltens lassen diagnostisch und indikativ wichtige Vorentscheidungen zu: langfristig persistierende Störungen haben eine schlechtere Prognose. Auf jeden Fall erfordern sie eine intensivere, tiefgreifendere und breitgreifende Hilfeleistung als Kurzzeitinterventionen.

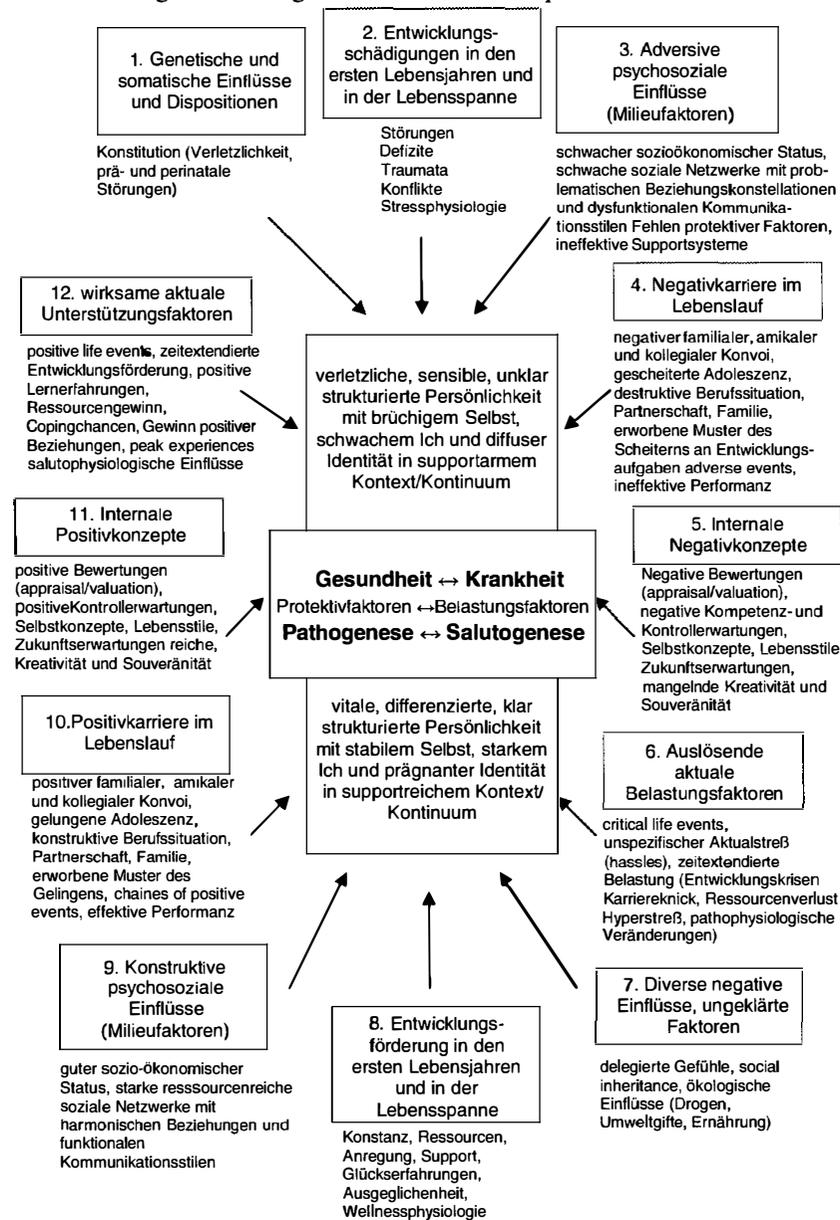
Da mit dem *Chronifizierungsgrad* und dem sich in der Adoleszenz verschärfenden Devianzaspekt mit seinen gravierenden Negativfolgen (Jugendstrafen, Knastsozialisation), die Rehabilitationschancen beeinträchtigt werden, sind unbedingt früh ansetzende und in diesem Frühbereich lang andauernde Maßnahmen die Wege der Wahl. Da aufgrund der hohen *Neuroplastizität* junger Menschen (Neuroplastizität bleibt über die gesamte Lebensspanne erhalten) und auch dieser Risikogruppen sowie der großen *Milieusensibilität* von Kindern und Frühadoleszenten, da weiterhin aufgrund der starken Entwicklung des präfrontalen Kortex in dieser Periode sich ein ausgesprochen wichtiges Interventionsmilieu ergibt, müssten gefährdete Kinder und Jugendliche gerade in dieser „*sensiblen Phase* der späten Kindheit, Pubeszenz und Frühadolezenz“ behandelt und betreut werden: in stationären, altersgemäßen, heilpädagogischen und kindertherapeutischen Lebens- und Erziehungsräumen als „*schützenden Inseln*“, „*Soziotopen*“, „*safe places*“, wie integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stets betont haben (*Metzmacher, Petzold, Zäepfel* 1996); *Katz-Bernstein* 1996).

Für das zweite Trajekt der Adoleszenzproblematik nach *Moffitt* (1993) ergibt sich, dass die Adoleszenzphase keineswegs nur von der Frühsozialisation bestimmt ist, wie der psychoanalytische Diskurs zur Jugendphase suggeriert (gesättigt mit Jugend-Biasses, *Blos* 1979; *Bohleber* 2004, 233). Die Adoleszenzphase selbst ist in höchstem Maße *als solche* entwicklungsrelevant, was verstellt wird durch eine „frühe Schäden, späte Folgen“-Logik der Psychoanalyse, auf die *Grawe* der Sache (nicht der Begründungslinie) nach mit einer einseitigen Interpretation entwicklungsneurobiologischer Forschungsergebnisse einschwenkt – allerdings mit völlig anderen Konsequenzen für die Praxis von

Therapie, mit denen wir wieder einig gehen, z.B. in der Betonung der übenden Praxis zur Etablierung neuer, stabiler Bahnungen. *Adoleszenzentwicklung und -sozialisation sind zweifelsohne prekär*, d.h. gefährdet **und** chancenreich. Deshalb ist es von höchster Wichtigkeit, dass der *adoleszente Entwicklungsraum*, das *Adoleszenzsegment* der Lebenskarriere (vgl. *Scheiblich, Petzold* dieser Band II) von Gelingen und nicht von Scheitern bestimmt ist. Im Bereich der Drogenhilfe und Suchtkrankentherapie haben wir es überwiegend mit jungen Menschen, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu tun, bei denen dieses Karrieresegment in massiver Weise von Scheitern bedroht ist, was Folgen für große Strecken der Erwachsenenensegmente, ja für die gesamte Lebenskarriere hat. Hier nämlich verschwinden die passageren adoleszenten Probleme und Störungen nicht, sondern entwickeln eine „maligne Persistenz“, und das muss mit allen Mitteln verhindert werden.

Das Drei-Wege-Modell von *Loeber* und *Hay* (1994) spezifiziert das Modell von *Moffitt*, indem es die Perspektive von offenen, d.h. gut zu beobachtenden und verdeckten, eher an geringfügigen oder versteckten Verhaltensweisen festmachbaren Wegen einführt. Es bedarf aber noch Untersuchungen von größerer Feinkörnigkeit, um klinisch relevant werden zu können, ansonsten kommt man wieder in den Wust tiefenpsychologischer Interpretationen, deren entwicklungspsychologischer und sozialisationsfaktischer Hintergrund fragwürdig bleibt. Die Longitudinalstudie von *Loeber, Farrington, Waschbusch* (1998) zeigt beeindruckend, dass verdecktes, dissoziales Verhalten und emotionale Probleme in Kindheit und Jugend ein Prädiktor von dissozialem Verhalten im Erwachsenenalter sind. Welche Rolle disruptive, problembelastete Netzwerke bzw. Konvoys in diesen Entwicklungen spielen, muss noch stärker herausgearbeitet und untersucht werden. Hier besteht noch großer Forschungsbedarf, wie auch die holländische Längsschnittstudie von *Hofstra* (et al. 2002a, b) verdeutlicht. Längsschnittstudien zeigen – was Gefährdungs-, Störungs- und Remissions- bzw. Rehabilitationspotentiale anbelangt – deutliche Genderdifferenzen, aber auch Verschiedenheiten, was den Beginn von Schädigungen und Störungen anbelangt. Die Studien besagen, dass die Prognosen schlechter sind, wenn die Probleme früh beginnen, was nicht unbedingt bedeuten muss: früh = schwerwiegend. Es *kann* das bedeuten. In der Regel heißt es aber: die Negativkarriere ist besonders lang und deshalb auch in den einschreibenden, bahnenenden Wirkungen besonders nachhaltig, ohne dass protektive Faktoren ausgleichend oder kompensatorisch wirksam werden konnten. Ein weiteres Ergebnis muss beachtet werden: die Wahrscheinlichkeit lang anhaltender und schwerer Störungen ist umso größer, je *mehr Probleme vorliegen* (*Loeber, Hay* 1994; *Verhulst* 2004). Wir haben dann genau die Situation, die wir in „*high risk environments*“ und einem „*continuum of casualties*“ vorfinden (*Rolf* et al. 1990; *Petzold, Goffin, Oudhof* 1993), wo eine Vielzahl von Risiko- und Belastungsfaktoren zum Tragen kommen, Defizite an Ressourcen und personalem Support vorliegen bei Abwesenheit von Schutzfaktoren (vgl. meine entsprechenden differenzierten Patogenese-Salutogenese-Modelle *Petzold* 1992a/ 2003a, *Ebert, Könnicke-Ebert* Integrative Suchttherapie 2004, sowie nachstehende Abbildung).

Abb.: Salutogenese/Pathogenese über die Lebensspanne



(aus Pezold 1992a/2003a)

Wie wichtig es ist, diese multifaktoriellen Bedingungen mit zu berücksichtigen zeigen, die Ergebnisse der südholändischen Studie, wo *Frank Verhulst* (2004, 219f) zu der Konklusion kommt:

„Es gab auch Ergebnisse, die nicht dem entsprachen, was man erwarten würde. Obwohl aggressives Verhalten persistiert, ist es nur schwach assoziiert mit späteren Störungen des Sozialverhaltens, wenn *andere Einflussfaktoren ausgeschlossen* worden sind. Das gleiche gilt für Aufmerksamkeitsprobleme, die *nicht zwangsläufig* spätere Störungen des Sozialverhaltens voraussagbar machen. Mehr Forschung ist notwendig, um bessere Einsichten in die verschiedenen Entwicklungsverläufe zu bekommen, die bei Kindern zu dissozialem Verhalten führen. Dies könnte uns helfen, gefährdete Kinder in einem frühen Alter zu erkennen, und es könnte dann auch besser verstanden werden, welche Faktoren Kinder gefährden und welche Faktoren sie davor schützen, abweichende Wege einzuschlagen. Dieses Wissen könnte uns dabei helfen, wirksame Präventions- und Behandlungsprogramme zu entwickeln. Eine solche Forschung sollte auch auf die vielfältigen *Risiko- und Schutzfaktoren* abzielen und *durch viele Personen* – einschließlich dem Kind selbst, Eltern und Lehrer – bewertet werden“ (ibid. 220, meine Hervorhebungen).

Das Ausschließen oder Einschließen von „vielfältigen Einflussfaktoren“ ist eine Schlüsselfrage, die verlangt, dass Kontexte, Netzwerke, Konvoys (*Antonucci, Akiyama* 1994; *Hass, Petzold* 1999, *Ochs*, dieser Band II) auf pathogene und salutogene Potentiale *longitudinal* untersucht werden. Retrospektiv auf Erinnerungen an Bindungserfahrungen zu setzen, wie die Untersuchungen, die mit dem Adult Attachment Interview (AAI) durchgeführt werden (so die Untersuchung von *Buchheim* und *Strauss* 2002), haben schwer wiegende methodische Probleme, denn es können nur aktuelle Repräsentationen erfasst werden, keineswegs aber die Wege der tatsächlichen Bindungsgeschichte. Eine Zuordnung zu den „fünf Bindungstypen“ der traditionellen Bindungsforschung, die selbst sehr diskutabel sind aufgrund dieser Interviews werfen nochmals etwa aus der Sicht der Gedächtnisforschung Probleme auf, praktisch unlösbar, was ihre Objektivität, Gültigkeit und Zuverlässigkeit anbelangt. Außerdem wird durch die dominante Stellung der Mutter-Kind-Bindung komplexes Beziehungsgeschehen dyadologisch vereinseitigt und nicht gesehen, dass schon ein Säugling **polyadisch** differentielle Beziehungen zu unterschiedlichen Caregivern unterhält – das Kleinkind und Kind ohnehin. Diese Fähigkeit zu *multiplen Bindungen* und *differentiellen Bindungsqualitäten* behalten und praktizieren Menschen über ihr Leben hin (durchaus mit genderspezifischen Ausprägungen). Eine Differenzierung von Relationalitätsmodalitäten (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- Bindungsfähigkeit, vgl. *Petzold* 1991b, *Petzold Müller* 2005) geht dieser Bindungsforschung ohnehin ab. So wurden mit dem AAI – ein Instrument voller problematischer Prämissen – zahlreiche Studien durchgeführt, deren empirischer Gehalt indes fragwürdig ist und die zu Aussagen führen, die eigentlich nur mit feinkörnigen Longitudinalstudien zuverlässig belegt werden könnten, und bei den Längsschnittforschern ist man auf einem guten Wege, aber noch weit entfernt von Sicherheiten, wie die erwähnten Längsschnittstudien zeigen. Deshalb hat es mich gewundert, wie sicher *Grawe* (2004, 207ff) sich mit sei-

nem Rekurs auf die Bindungsforschung gibt und wie wenig kritisch er das Bindungsparadigma mit dem Blick auf Längsschnittforschung und Säuglingsforschung rezipiert. Das nährt ein Festhalten am Paradigma **linearer Kausalitäten**. Eine solche Position, sei sie nun psychoanalytischer Provenienz (*Freud, Bion, Bowlby*) oder entwicklungsneurobiologischer oder „neuropsychotherapeutischer“ (*Grawe*), bietet beim derzeitigen Stand unseres Wissens keinen sicheren Boden. Eine Aussage wie: „Mach dir bei *jedem* Patienten erneut klar, dass vor dir ein Mensch sitzt, der mit *großer Wahrscheinlichkeit als Kind* negative Bindungserfahrungen gemacht hat ...“ (*Grawe 2004*, meine Hervorhebung) kann aus integrativer Sicht vor dem Hintergrund von Longitudinalforschung mit dem Wissen der Traumaforschung (man denke an das Heer der erwachsenen Kriegs-, Flucht-, Unfall-, Überfall-Traumatisierten) in dieser Übergeneralisierung *nicht geteilt werden*. Nochmals: Wären diese an früher und/oder späterer Stelle in ihren Biographien schwer geschädigten Menschen, die durchaus dysfunktionale (für sie subjektiv protektive) Bindungs- und Beziehungsstile entwickelt haben können, nicht auch zu anderen Relationsmodalitäten (*Petzold, Müller 2005*) fähig, so hätte Psychotherapie keine Chance.

Dass „zwischenleibliche“ Geborgenheit, stimmige „*Tonusdialoge*“ (*dialogue tonique*, so schon *Ajuriaguerra 1962, 1970*) von *Babyzeiten über die Lebensspanne* von größter Bedeutung sind (*Lurija 2001*), haben unsere Arbeiten mit Säuglingen, psychiatrischen Patienten und Alterspatienten ergeben (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*). 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, Trauer- und Trostarbeit in allen Lebensaltern anbelangt (*Petzold, Wolf et al. 2000, 2002; Petzold 2000g, 2000j, 2004h, 2004l, 2005d*), vor allem aber was die Achtsamkeit bezüglich *potentieller Schutzfaktoren* betrifft.

Auf dem Boden der Longitudinalforschung hat der Integrative Ansatz als erstes Psychotherapieverfahren die Fragen der Risiko- und Schutzfaktoren in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeführt (*Petzold, Goffin, Oudhoff 1991/1993; Petzold, Müller 2005*) – dann auch in die Erwachsenen- und Gerontotherapie (*Müller, Petzold 2003, 2003a; Petzold, Müller 2003; Petzold 2005a*) – und für die Drogen- und Suchttherapie mit dem Konzept der „*Karrierebegleitung*“ (*Petzold, Hentschel 1991; Heineremann, Kind 1998*) fruchtbar gemacht.

Es muss dabei unterstrichen werden, dass die Entstehungsbedingungen der Ausbildung von Suchterkrankungen durch Longitudinalstudien noch nicht gut und vor allen Dingen nicht spezifisch erforscht sind. Man müsste die vorliegenden Longitudinalstudien auf verursachende Faktoren für Suchterkrankungen analysieren, aber das wird spezialisierte Längsschnittforschung nicht ersetzen. Was aber jetzt schon aus unserem Wissen aus den vorliegenden Studien über Verursachungen von Störungen gezogen werden kann ist: Die Verursachungen von Sucherkrankungen sind *sicher* multikausal.

Forschungsergebnisse auf dem heutigen Stand sind vorsichtig zu verwenden und werden nur *die klinische Hypothesenbildung im Einzelfall unterstützen*, und bei dieser darf man nicht nur auf den Frühbereich abstellen, denn auch spätere Negativerfahrungen (etwa auf dem Straßenstrich oder in der Obdachlosigkeit) können schwer wiegen. ***Veränderungswirksame Erfahrungen können ohnehin nur durch spezifisches, Neubahnungen ermöglichendes Erleben und Handeln in sich verändernden Lebensstilen und veränderten Lebenskontexten gewonnen werden.*** Außerdem ist noch überhaupt nicht klar, wie über sektorielle Verhaltenssegmente der Gesamtpersönlichkeit – z.B. Angstverhalten bei Angststörungen, die ja gut therapeutisch im Hemmungsparadigma zu beeinflussen sind – hinausgehende Eigenheiten und Störungen dieser hochkomplexen Realität „Gesamtpersönlichkeit“ *neuropsychotherapeutisch* gezielt beeinflusst und verändert werden können – im rechtlich unerlässlichen „*informed consent*“ mit dem Patienten/der Patientin und in „*therapieethisch*“ legitimierbarer Weise (zwei Begriffe, die im Schlagwortverzeichnis von Grawe 2004 leider fehlen). Wie solche komplexe Veränderungen im einzelnen zu bewerkstelligen sind, darüber fehlen uns noch *harte* neurobiologische Forschungsdaten. Grawe kann sie nicht (noch nicht?) vorlegen für seine Behandlungsstrategien – viele sind durchaus sinnvoll und finden sich ähnlich im Praxisfundus der IT. Wichtig ist: er gibt konsistente, an bestimmte Orientierungen des neurowissenschaftlichen Paradigmas (er greift es keineswegs in der ganzen Breite ab) *anschlussfähige* Konzepte und Praxen.

Im neurobiologischen Konzept des „Informierten Leibes“ der Integrativen Therapie sind wir etwas anders orientiert (Petzold 2000j, 2004h), zielen aber in ähnliche, z.T. gleiche Richtungen: Um- und Neuorganisation neuronaler Bahnungen, Netze, neuronaler Landkarten (Spitzer 2001). Unterschiede liegen in den Momenten der ***Leib-, Netzwerk- und Sinnorientierung***, die mit der unverzichtbaren evolutionsbiologischen und evolutionspsychologischen Fundierung versehen sein müssen (Petzold, Orth 2004b). Bei Grawe findet sich zu diesen zentralen Wissensständen (Buss 1999; Mysterud 2003; Corballis, Lea 1999) nichts und Darwin ist ihm in seinem Buch keine Nennung wert. Und auch in der neurobiologischen Fundierung sind neben vielen übereinstimmenden Positionen (Bezug zu *LeDoux* und *Damasio*) von mir auch andere Akzente gesetzt, etwa mit der Entwicklungsneuromotorik, wie sie *Anokhin* (1967) – er erarbeitete schon früh ein Konzept der Systemregulation –, *Bernstein* (1967) und *Lurija* (1973) u.a. vorbereitet hatten, und wie sie in der neuromotorischen Forschung und Praxis weitergeführt und umgesetzt werden (*Salvesbergh* 1993; *Stamenov, Galese* 2002; *Petzold* 1995a,b; *van der Mai, Petzold, Bosscher* 1997).

Die longitudinale Entwicklungsperspektive, bei der Grawe eigenartiger Weise an die eher psychoanalytisch orientierte Bindungsforschung anschließt, wird von uns an *Achenbach, Garmezy, Lewis, Rutter, Chicetti*, die Protagonisten der *developmental psychopathology* oder die klinische Entwicklungspsychologie (*Herpertz-Dahlmann* et al. 2004; *Oerter* et al. 1999) rückgebunden – Forschungslinien, die bei Grawe gänzlich fehlen, einer „psy-

chologischen und neurowissenschaftlichen Psychotherapie“ aber gut anstehen. Man muss überdies Lebensläufe *insgesamt*, nicht nur im Frühbereich, verstehen. Die deutsche Psychologie hat hier mit großen, international beachteten Längsschnittstudien (die Bonner von *Thomae* und Mitarbeitern und die Berliner von *Baltes* und Mitarbeitern) bedeutendes beigetragen. Solches Wissen muss in die klinische Theorienbildung und Methodenentwicklung einfließen, um dann praxisrelevant zu werden. Dafür ist die von mir Ende der sechziger Jahre im integrativen Kontext entwickelte Methode des **Lebenspanoramas** (*Petzold, Orth* 1993; *Flinks*, Integrative Suchttherapie (2004)) ein gutes Beispiel. Sie nimmt Bezug auf eine *Lebenslaufperspektive*, seit Mitte der siebziger Jahre explizit mit Referenz zum „life span development“ (in Kindertherapie und Gerontotherapie). Das ist für die auf das Hier-und-Jetzt zentrierte Gestalttherapie ein fremder Gedanke. *Hartmann-Kottek* (2004), die die Panoramamethode an unserem Institut kennen lernte, schlägt sie neuerlich ohne Quellennennung und ohne den Longitudinalbezug der Gestalttherapie zu. Die Panorama-Methode schließt explizit an die Wissensstände der Longitudinalforschung an (*Petzold, Orth* 1993) und ermöglicht eine recht zuverlässige Bestandsaufnahme belastender, *pathogener* und *salutogener* Ereignisse, von Risiko- und Schutzfaktoren. Das Wissen um sie ist nützlich, um eine *sinnhafte Selbstinterpretation des eigenen Lebens* (*Dittmann-Kohli* 1995; *Petzold, Orth* 2004 a, b) zu ermöglichen, die für Lebenszufriedenheit, Belastungsfähigkeit und damit auch für Gesundheit wesentlich ist. *Grawe* (2004) wird hier mit seiner Geringstellung biographischer Arbeit (erster und zweiter Weg der Heilung und Förderung, *Petzold* 2003a, *Ebert, Könnecke-Ebert* Integrative Suchttherapie 2004) unnötig reduktionistisch. Wir stimmen ihm aus integrativer Perspektive allerdings zu und haben dies stets vertreten (allerdings auf dem Boden der Arbeiten der russischen Physiologen *Lurija, Anokhin* u.a., *Sieper, Petzold* 2002), dass Veränderungen von Störungen, denen *Fehlbahnungen* zugrunde liegen, nur durch ein *Neuerfahren und Umüben in der Gegenwart* verändert werden können. Es geht um die Ermöglichung von *Neubahnungen* (*Petzold* 2002j) aufgrund *korrigierender* (2. Weg) und/oder *alternativer* (3. und 4. Weg) Erfahrungen, die zu differenzieren sind (*Petzold* 1988n, 1992a/2003a) bzw. durch Arbeit in der erlebniszentrierten und der übungszentrierten Modalität.

„Die neurowissenschaftliche Betrachtung psychischer Störungen führt zu einem etwas paradoxen Schluss: Die wichtigsten Ursachen psychischer Störungen liegen in der frühen Kindheit [kann ich so grob generalisierend nicht teilen H.P.], aber der Blick in die Vergangenheit bringt nichts [auch das „nichts“ teile ich nicht H.P.] für die Veränderung ihrer Grundlagen. Veränderung wird nur bewirkt durch reale Erfahrungen in der Gegenwart [wo sonst?], welche die damals grundgelegten neuronalen Strukturen in neue überführen“ (*Grawe* 2004).

Klar ist: ohne Veränderungen von *Performanzen* hier und heute (2., 3., 4. Weg) – so die komplexe neurowissenschaftlich ausgerichtete Lerntheorie des Integrativen Ansatzes (*Sieper, Petzold* 2002) – keine grundsätzliche Veränderung von Verhalten und Haltungen. *Grawe* schlägt ein Modell der „Kompe-

tenzregulation“ für gesundes Funktionieren und das Konzept der „Inkonsistenz“ als Störungsursache vor. Man denkt sofort an *Antonovskys* Theorie (Autor und Theorie fehlen erstaunlicherweise bei *Grawe!*), seinen „sense of coherence“, auf den die Integrative Gesundheitstheorie neben anderem rekurriert (*Petzold* 1992a/2003a, 448f, *Lorenz* 2004). In der Integrativen Therapie vertreten wir das Prinzip der „dynamischen Regulationskompetenz und Regulationsperformanz“ (*Scheiblich, Petzold* dieses Buch). Um das aber – *Grawes* und meinen Ansatz *detaillierter*, über die innovative Modellbildung hinausgehend – zu verstehen und dann vielleicht wirklich gezielt und spezifisch statt unspezifisch interventiv zu nutzen, durch Wirksamkeits-/Nebenwirkungsforschung (evidenzbasiert) positiv bestätigt, bis dahin wird noch ein weiter Weg in der Grundlagenforschung und einer neurobiologischen Therapieeffektforschung (*Schiepek* 2003) zu gehen sein. Wir machen uns da auf den Weg (*Leitner* 2005). Für den Drogenbereich wird dieser Weg in die Erforschung der Entwicklungsneurobiologie der Sucht – im Frühbereich, aber auch in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter führen müssen.

Damit kommen weitere Forschungsbereiche in den Blick, die wir im Folgenden knapper und eher programmatisch abhandeln wollen, so die sozialepidemiologische Forschung.

4. Sozialepidemiologische Forschung

Sozialepidemiologische Forschung muss sich mit den Zielgruppen befassen. Einmal mit Blick auf die Herkunftsfamilien, zum anderen – weitergreifend – mit den allgemeinen Lebensbedingungen, etwa in sozialen Brennpunkten, verödeten Stadtrandgebieten usw.. Hierbei sind nicht nur die *Feldbedingungen* der frühen Kindheit zu untersuchen, sondern besonders die der späteren Kindheit und der Adoleszenz. *Sozioökologische* Forschungsfragestellungen (*Heft* 2001) müssen dabei formuliert werden. Sie sind für die Drogen- und Suchtkrankentherapie insgesamt von Bedeutung. Es müssen die Feldbedingungen beforscht werden, in denen Gefährdete oder Abhängige leben bzw. leben müssen, um Aufschluss über den Aufforderungscharakter (*Lewin* 1926), die „affordances“ (*Gibson* 1979), d.h. aber über die Struktur und Dynamik von „Szenen“, über Familiensettings, Arbeitsplätze, institutionelle Unterbringung (Heime, Jugendknast usw.), *prekäre Lebenslagen* und *riskante* oder *desaströse Lebensstile* (*Petzold* 2000h) zu gewinnen. In diese Bereiche soll Suchtkrankenarbeit hineinwirken – präventiv, motivierend, begleitend, stützend – etwa bei „niedrig-schweligen Angeboten“ in Form von Streetwork oder Substitutionsprogrammen, wie wir sie Anfang der siebziger Jahre schon in höchst innovativer Weise inauguriert haben (vgl. Modelle und Projekte in *Petzold* 1974). In der Regel ist viel zu wenig Wissen über die Feldbedingungen vorhanden, um effektive Interventionen *planen* zu können. Mikrosoziologische und mikroökologische Untersuchungen (*Heft* 2002) wären notwendig (wobei ein komplexer Feldbegriff zugrundegelegt werden muss, vgl. *Petzold et al.* 1994;

Petzold, Ebert, Sieper 1999), um Dynamiken zu verstehen, die dazu führen, dass ein Klient „in der Szene hängen bleibt“. Die Lebensbedingungen in den verschiedenen Szenen, die Streetworker zwar erleben, selten aber systematisch auswerten und zur Entwicklung stringenter Strategien verwenden, könnten die Basis für infrastrukturelle Maßnahmen etwa zur „Umschichtung“ von Milieuqualitäten bilden, z.B. durch Einrichtung von Kontaktcafés, Notschlafstellen und Care-Räumen (ich vermeide den stigmatisierenden Begriff „Fixer-Räume“).

5. Karriereforschung, Rückfall, intermittierende Karrierebegleitung

Karriereforschung ist neben den schon erwähnten, weit angelegten longitudinalen Entwicklungsstudien eine Forschungsstrategie, die für das Verständnis von Drogenkarrieren und damit für die Planung effektiver Hilfeleistung von herausragender Bedeutung ist. Diese Forschungen können retrospektiv über narrative Interviews zu protektiven und belastenden Faktoren (so die nützliche Arbeit von Heineremann, Kind 1999), Lebensspanorama-Technik bzw. „dreizügige Karrierepanoramen“ (sie zentrieren auf *kritische*, defizitäre und protektive Lebensereignisse), aber auch *prospektiv* betrieben werden, indem man versucht, zu Patienten/Klienten Kontakt zu halten – aktiv also Teil ihres sozialen Netzwerks, ihres „Konvois“ (Hass, Petzold 1999) zu bleiben und die karrierebestimmenden Ereignisse zu dokumentieren. *Drogentherapie als Karrierebegleitung mit „intermittierenden“ Behandlungssequenzen* – ganz wie es die Motivation und die Situation des Klienten zulässt – bedarf solcher Forschung, und es wäre im höchsten Maße sinnvoll, wenn derartige begleitende Beratungen/Behandlungen auch gleichzeitig mit systematischen Dokumentationen verbunden wären. Das hat nämlich für das konkrete therapeutische Prozedere Auswirkungen: Es muss nämlich mit den Patienten retrospektiv-reflexiv an einem Wissen über ihre Karriereverläufe gearbeitet werden, damit sie den bisherigen Verlauf verstehen lernen, um dann den künftigen Verlauf *prospektiv* und *proaktiv* in den Blick zu nehmen und mit ihnen an ihrer Fähigkeit zu arbeiten, Hilfeangebote adäquat zu nutzen, auf ihren Karriereverlauf planend und steuernd einzuwirken in beständiger Nutzung, Wiederherstellung und Entwicklung ihrer „Regulationskompetenz“ (Scheiblich, Petzold dieses Buch). Es ist hier neben *therapeutischer* Motivationsarbeit *psychoedukative* Informationsarbeit erforderlich, eine Art „Karriere-Coaching“ und ggf. die Vereinbarung einer **Karrierebegleitung** als Hilfe für den Prozess zur **Veränderung des „süchtigen Lebensstils“**. Ähnlich wie in einem Case Management, indes nach Rahmenanleitungen prozessual gesteuert, also nicht detailliert manualisiert, erfolgt ein „Organisieren und Fördern des Veränderungsprozesses“ ein „**Process Organizing and Facilitation**“ (POF), an dem der Patient aktiv und verantwortlich mitwirkt (Petzold 2005r). Die Patienten müssen hier beraten werden, wie sie mit ihrer Karriere umgehen, Karriere-segmente nutzen oder planen. Ein solches „coaching“ – besonders im Kon-

text eines **POF**, allerdings ohne klinisch-therapeutischen Anspruch – kann durchaus Abstürze vermeiden, lebenspraktische Entscheidungen unterstützen. Es ist eine Beratungsarbeit, die die vielfach durchaus vorhandene lebenspraktische Kompetenz von Abhängigen ernst nimmt und zu nutzen versucht. Über solche „Karriere-Coaching-Prozesse“, die in der Praxis niedrigschwelliger Arbeit beständig (wenngleich oft unsystematisch) stattfinden und durch sozialtherapeutische tätige Mitarbeiter „en passant“ erfolgen, wissen wir noch sehr wenig. Solche informellen Beratungs-/Coaching-Prozesse bedürften der Dokumentation und Forschung, um zu Systematiken konzeptgeleiteter **Karrierebegleitungen** zu kommen, die ihre Effizienz sicher unterstützen oder neue Wege wie die Internet-Begleitung, das „**Cyberline Coaching**“, besser fundieren könnten. Solche Wege sind keineswegs nur im niedrigschwelligen Bereich sinnvoll und notwendig. Bei Patienten in hochschwelligen Einrichtungen, Sucht- bzw. Rehakliniken, in die Patienten fernab von ihren Heimatorten zum Aufenthalt kommen, wird die Frage wichtig, wie Kontakt und Konnektivierung aufrecht erhalten wird, denn wenn Patienten in einen „Konvoy“ (Hass, Petzold 1999) eingebunden sind, ein positives Weggeleit von Angehörigen, Freunden – und wo diese nicht vorhanden sind – von Helfern, haben sie bessere Chancen, ihre Therapieziele „Drogenfreiheit und soziale Integration“ zu erreichen. Hier kann das Prinzip „Keeping Contact“ (Petzold, Hentschel 1991) unterstützt werden durch eine virtuelle Netzwerkanbindung. Wir hatten die Internetkultur schon verschiedentlich im Kontext der Therapie mit Jugendlichen genutzt (Müller, Petzold 1998) und in einem Supervisionsprojekt einer suchtherapeutischen Einrichtung den Aufbau eines Chat rooms, einer Betreuung von Patienten via e-mail, einer Vernetzung von ehemaligen Patienten angeregt. In den Niederlanden werden Beratungsdienste im Internet schon vermehrt genutzt, so dass dieses Projekt „Cyberline Coaching“ auch angenommen wurde (die Datenschutzproblematik wurde durch Pass-Wort gelöst). Derartige Vernetzungen können sich als eine Ressource erweisen, die Rat, Unterstützung, Hilfen als „protektive Faktoren“ erschließen und brüchige oder defiziente Realnetzwerke abstützen. Netzwerkforschung (Hass, Petzold 1999) wird den Cyberspace künftig stärker in den Blick nehmen müssen, da diese Formen der Vernetzung bei den mit den neuen Medien aufgewachsenen Jugendlichen mehr und mehr an Bedeutung gewinnen werden.

Die so genannten „Selbsteilerstudien“ und Untersuchungen, die wir in dem Begleitforschungsprojekt zur „niedrigschwelligen Drogenarbeit“ für das Land Nordrhein-Westfalen durchgeführt haben (Hentschel 1993), zeigen, dass Abhängige, denen es gelingt, nach 10-15 Jahren mit mehrfachen Behandlungsanläufen und Rückfällen aus der Drogenkarriere auszusteigen, eine Reihe von spezifischen Karrieremerkmalen aufweisen. Als wichtigster „protektiver Faktor“ erwies sich dabei *eine tragfähige, stützende persönliche Beziehung* in Situationen, die besonders krisenhaft waren, so dass kein „ultimativer Absturz“ erfolgte.

Drogentherapie wird in der Mehrzahl der Fälle eine „**Behandlung als Karrierebegleitung**“ (Petzold, Hentschel 1991; Petzold, Schay, Hentschel,

Integrative Suchttherapie 2004) erforderlich machen. Es ist eine Illusion, dass man in 10 Monaten oder 6 Menschen erfolgreich behandeln kann, die in der Adoleszenzkrise stehen, deren soziale Netzwerke in einem desolaten Zustand sind, die gegebenenfalls noch eine schwere Borderline-Persönlichkeitsstörung haben (Doppeldiagnose), sich in einer physischen und psychischen Abhängigkeit von Substanzen befinden und in der Regel über keinerlei Ressourcen verfügen, ihre Ausbildung abgebrochen haben usw. Diese Menschen in weniger als einem Jahr „gesund zu therapieren“ und zur gelungenen sozialen Integration bringen zu können, sollte man sich „abschminken“, als Therapeut genauso wie als Leistungsträger oder Politiker.

Jede einzelne der genannten Störungen und Probleme erfordert langfristige Maßnahmen, die durch Abbruch, Rückfälle, Gefängnisaufenthalte immer wieder unterbrochen werden. Behandlungskontinuität ist nicht möglich oder nur, wenn man Rückfälle, Therapieunterbrüche – Diskontinuitäten also – mit in die Behandlung einbezieht. Ein 6-monatiger Aufenthalt in einer Fachklinik (bis in die 90er Jahre therapeutische Wohngemeinschaft) ist ja keineswegs vergebens, wenn der Klient einige Monate nach dem Übergang in das Wiedereingliederungsprogramm rückfällig wird. Die Erfahrung von 6 Monaten guter Arbeit – sofern sie denn gut war – hat *protektive Momente* gehabt. Es handelt sich um eine „schützende *Inselerfahrung*“ (Petzold et al. 1993), die ein positives Moment in einer Karriere darstellt. Aus einer solchen Sicht ergeben sich durchaus Praxiskonsequenzen, z.B., dass es *sich bei Rückfällen in einer hochschwelligten Einrichtung in erster Linie um einen medizinischen Zwischenfall bei einem Patienten handelt, mit dem fachlich-therapeutisch umgegangen werden muss (Hausordnungen und -regeln sind hier rechtlich nachgeordnet!): er muss aufgefangen, bearbeitet werden, erfordert ggf. eine Verlegung oder Überweisung in eine andere Einrichtung des Verbundes oder des medizinischen Versorgungssystems*. Statt also mit dem Rückfall zu arbeiten und Maßnahmen zur Stabilisierung der Karriere zu ergreifen, wird bei vielen Einrichtungen immer noch die große Katastrophe eingeläutet. Die Dynamik von Schuld, Scham, Vorwurf, Vertrauensbruch, Fehlinvestition und Enttäuschung macht die Situation für Patienten wie Therapeuten schwierig. Oftmals fehlt es an entsprechenden Einrichtungen zur „Zwischenstabilisierung“, und es kommt zu Unterbrechungen in Karriereverläufen, die begonnen hatten, eine positive Wendung zu nehmen.

Neben der Erforschung protektiver Faktoren und von Prozessen der Resilienzbildung (Petzold, Müller 2005) in den Karrieren Suchtkranker wird auch ein besseres Wissen über ihre „Coping-Strategien“ und „Creating-Strategien“ (Petzold 1997p) erforderlich. Nicht nur die von Therapeuten als „funktional“ angesehenen, sondern auch die „dysfunktionalen Coping-Strategien“, welche aus der Sicht des Abhängigen äußerst effektiv sein können, um im Großstadtdschungel zu überleben, sind dabei von Bedeutung. Etwa erfolgreich als Taschendieb zu arbeiten, im Klein-Dealen effektiv zu sein, die Möglichkeiten des Straßenstrichs, der *Notprostitution* einigermaßen kompetent zu nutzen. Dabei lässt sich ein durchaus hohes Maß an Kreativität entdecken, Strategien

finden, mit denen die Süchtigen überleben können. Das alles sind ja effektive Lebenstechniken, ein Potential, das konstruktiv genutzt werden könnte, wäre genügend systematisches Wissen über diese Zusammenhänge vorhanden.

6. Praxeologieforschung

Unter diesen Konzepten sind all die Forschungsmaßnahmen zu verstehen, die praktische Interventionen (Beratung, Netzwerkarbeit, Arbeitstherapie etc.) auf ihre Wirksamkeit evaluieren. Im Bereich der Suchtkrankenarbeit ist aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsansätze und Behandlungssettings Forschung in verschiedenen Bereichen notwendig. Niedrigschwellige Drogenarbeit bedarf ungeachtet aller Schwierigkeiten, die sich der Forschung in diesem Bereich entgegenstellen, differenzierter Begleitdokumentationen, um Modelle und Konzepte zu entwickeln, die wirksam sind, sei es im Bereich der Verbesserung von Lebensqualität – ohne auf Abstinenz gerichtete Intentionen –, sei es im Sinne einer langfristig angelegten Motivationsarbeit für hochschwelligere Therapieangebote. Die Wirkung der verschiedenen Maßnahmen im niedrigschwelligen Bereich für unterschiedliche Klientengruppen und unter variierenden Szenenbedingungen gilt es zu untersuchen, damit es einerseits zu einer Optimierung von Interventionen kommt und andererseits zu besseren Möglichkeiten der Kombination einzelner Punkte.

Beratungsarbeit und ambulante Therapie sind gleichfalls Interventionen, die bislang noch kaum beforscht sind. Was sind adäquate Beratungsstrategien für welche Klientengruppen? Über einen differentiellen Einsatz von direktiven und nicht-direktiven Beratungsstrategien wissen wir nichts. Modellhafte Beratungsszenarien für „Standard-Krisensituationen“ liegen nicht vor und werden in der Ausbildung nicht vermittelt, weil Inhalte, Verlauf und Effekt von Beratung mit Drogenabhängigen oder Alkoholkranken nicht oder nicht ausreichend beforscht sind. Sicher, Drogentherapeuten erwerben in langjähriger Tätigkeit durch „trial and error“ die Fähigkeit, die Handhabung von Situationen zu optimieren. Oft aber bleiben sie auch in Hilflosigkeit stecken, und Berufsanfänger sind, weil standardisierte Vermittlungsmöglichkeiten von Erfahrungswissen fehlen und Erfahrungswissen nicht dokumentiert ist, wieder auf die Situation verwiesen, „am Klienten lernen zu müssen“.

Ambulante Therapie ist, was die Forschungslage anbelangt, noch kaum untersucht. Weder bei Alkoholikern noch bei Drogenabhängigen gibt es für die *einzeltherapeutische* Behandlung Prozess- und Evaluationsforschung. Für die Drogentherapie liegen einige wenige Fallstudien vor, aber eine substantielle kasuistische Literatur fehlt (mit den Behandlungsjournalen, die jeder Ausbildungskandidat für seinen Abschluss nach einem standardisierten Raster – siehe Integrative Suchttherapie 2004 – erstellen muss, und von denen einige in diesem Werk abgedruckt sind, soll diesem Mangel abgeholfen werden; die Texte sind, wo die Patienten zugestimmt haben, in einem Internet-Archiv für Kliniker und Forscher zugänglich). Die Hintergründe: Drogenberater und Dro-

gentherapeut sind aufgrund ihrer Vorbildung zumeist nicht an Forschung interessiert. Weiterhin hat Forschung – intendiert oder nicht intendiert – oftmals den Aspekt des „controlling“. Es ist naheliegend, dass sich Therapeuten nicht darum reißen, „beforscht zu werden“. Prozessforschung und Evaluation haben aber nicht in erster Linie den Therapieerfolg im Blick zu haben, sondern sollten das therapeutische Geschehen (Themen, Interaktionsphänomene, typische Probleme), Entwicklungen, Interaktions- und Interventionsmuster zu verstehen und in ihrer jeweils spezifischen Wirkung zu bewerten suchen, damit eine Optimierung der Behandlungspraxis möglich wird.

Stationäre Therapien müssen in ähnlicher Weise wie die ambulante Therapie in ihren verschiedenen Formen (Entgiftung, Suchtkrankenstation auf der Psychiatrie, Fachkrankenhaus, Adaptionseinrichtung) in ihren Settingqualitäten, Behandlungsschemata und Behandlungsmethoden untersucht werden; wobei wiederum die Verbesserung der Behandlungspraxis wesentlich ist, was in der Regel auch eine differenziertere Indikationsstellung erforderlich macht (vgl. z.B. Funke 1990), einerseits im Hinblick auf die zu wählende Behandlungsmethode und ihre Kombination und andererseits im Hinblick auf die Auswahl des Settings. Welches Setting für welchen Patienten/Klienten besonders geeignet ist und wann Settingswechsel erforderlich sind, ist bislang eine Frage von Zufälligkeit oder an Erfahrungswerte von Mitarbeitern gebunden.

7. Programmforschung

Diese Forschungsansätze befassen sich mit der Untersuchung der Wirkung von *Therapieprogrammen als Ganzem* (Scheiblich, Petzold dieses Buch), von der Kontaktaufnahme sowie der Entgiftung über stationäre Behandlungen bis hin zu den Wiedereingliederungsmaßnahmen. *In der Behandlung von Suchtkranken ist die Gesamtheit all dieser Maßnahmen als die Therapie zu betrachten.* Im „Verbund“ therapeutischer Einrichtungen, in „Therapieketten“, in „Netzwerken helfender Agenturen“ sind die größten Chancen gegeben, zu einer effektiven Behandlung von Suchtkranken zu kommen. Nur im Rahmen solcher Programme wird auch eine *karrierebegleitende, intermittierende Behandlung* möglich, wobei eine zentrale Anlaufstelle – etwa eine regionale Drogenberatungsstelle – organisatorisches Zentrum sein muss. Sie „adoptiert“ einen Klienten und gibt ihm die Möglichkeit, sich immer wieder in Krisensituationen an sie zu wenden (bei Rückfall, bei „Schüben“, Drogenfreiheit zu erreichen, Krankheit, bad trips etc.), damit er die für seine aktuelle Situation beste therapeutische Maßnahme erhält. Bislang gibt es nur sehr wenige Ansätze, Programme oder Verbundsysteme, die Arbeit von *Therapieketten* – ich führte diesen Terminus 1968 ein (Petzold 1974f I) – zu evaluieren. Zentriert wird entweder auf spezifische Einzelinterventionen (Beratung, Therapie, Gruppenarbeit) oder auf die Arbeit einzelner Agenturen im Verbundsystem, etwa die Behandlung auf der Entzugsstation oder in der Fachklinik. Mi-

krosoziologische Untersuchungen müssten einmal das Zusammenspiel verschiedener Agenturen erfassen, so dass aufgrund solcher Erhebungen und Daten an optimalen Vernetzungen gearbeitet werden kann. Zum anderen muss der „Gebrauch von Hilfeagenturen“ durch die Klienten untersucht werden (Petzold 1980c), denn die Akzeptanz der einzelnen Hilfeangebote ist entscheidend, nicht nur für die Wirksamkeit eines einzelnen Segmentes in einem Verbund oder einer Therapiekette, sondern sie hat auch Konsequenzen für das Wirksamwerden des Verbundeffektes. Ein Therapieprogramm ist eine soziotherapeutische, psychotherapeutische, pädagogische, medizinische und rehabilitative Gesamtmaßnahme, die den Forscher vor komplexe Aufgaben stellt, was Design, Verarbeitung der Daten und die Umsetzung gewonnener Erkenntnisse anbelangt, die wiederum in Forschungsprozessen in ihrer Effizienz geprüft werden müssen.

8. Familienforschung

Sie ist in suchtkrankenspezifischer Ausrichtung von immenser Bedeutung. Es gilt, Risikofamilien und die in ihnen zur Wirkung kommenden Faktoren und Prozesse zu erkennen (Petzold, Josić, Erhardt dieses Buch). Weiterhin ist zu untersuchen, warum es manchen Familien gelingt, bei Gefährdung bzw. bei schon eingetretener Drogenabhängigkeit ihrer Kinder, diese wieder zu stabilisieren. Was sind die Bewältigungsmechanismen und die Handlungsstrategien solcher Familien? Was fehlt bei Familien, die in dieser wesentlichen Prodromal- oder Initialphase von Karrieren scheitern oder zu einer malignen Entwicklung beitragen? Die Beantwortung derartiger Fragen ist die Grundlage für erfolgreiche Interventionen der Familienhilfe bzw. -therapie. Weiterhin ist die Belastung der Familie durch das *Faktum* des Schicksalsschlages, dass eines ihrer Familienmitglieder suchtmittelabhängig geworden ist, in den Blick zu nehmen. Es ist ja nicht nur der Suchtkranke selbst betroffen, sondern die Gesamtfamilie und jedes einzelne Familienmitglied (siehe z.B. das lebensgeschichtliche Modell der Entwicklung von Familien mit Alkoholproblemen, Steinglass 1983). All diese Personen können aufgrund der Belastungssituation auf das Schwerste geschädigt werden. „Family-burnout“ ist nicht selten die Folge, mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen etwa der Eltern, die mit einem drogenabhängigen Sohn, einer drogenabhängigen Tochter „an ihre Grenzen“ gekommen sind und die Grenzen der Belastbarkeit wieder und wieder überschritten worden sind. Die Familien werden oft genug alleine gelassen. Spezifische, förderungsbasierte familientherapeutische Modelle finden sich nicht und auch über die protektiven Faktoren, über die Ressourcenlage und effektive Coping-Stile von Familien, die all diese Schwierigkeiten erfolgreich bewältigt haben, herrscht Unwissen, so dass funktionale Bewältigungsstile in familientherapeutischen Maßnahmen nicht transferiert werden können.

9. Ausbildungsforschung

Sie ist deshalb notwendig, weil therapeutische Maßnahmen so gut oder so schlecht sind, wie die therapeutische *Kompetenz* oder *Performanz* der „professionals“, die sie durchführten (Petzold, Orth 1994b). Suchtkrankentherapie ist ein Spezialbereich, in dem sich soziotherapeutische, psychotherapeutische und sozialpädagogische Fähigkeiten und Fertigkeiten verbinden müssen. Nach ersten Modellen sozialtherapeutischer Ausbildungen in der BRD (Petzold 1974b, 473-513) sind erst nach 25jähriger Praxis, Mitte der 90er Jahre neue konsistente Modelle für Spezialausbildungen in „Suchtkrankentherapie“ entwickelt worden, in denen es darum geht, suchtspezifische Theorieansätze zur Ätiologie und zur Behandlungsmethodik zu transportieren, Settingsprobleme zu berücksichtigen, Forschungsergebnisse zu vermitteln und sich auf behandlungsmethodische Besonderheiten für die verschiedenen Populationen im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Alkoholiker, Drogenabhängige, Patienten mit Doppeldiagnosen) zu spezialisieren (Petzold, Schay, Sieper dieses Buch). Durch eine Schulenorientierung (analytisch/tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, gestalttherapeutisch, familientherapeutisch), die für die entsprechenden Ausbildungsgänge charakteristisch ist, werden aber Chancen für wirklich effektive Modelle vergeben.

Schaut man etwa in die neuere Literatur psychoanalytischer Autoren zum Thema (Bilitza 1993; Heigl-Evers et al. 1991, 1993), die dann auch für die entsprechenden Ausbildungen als Standardtexte herangezogen werden, so stellt man fest, dass in den eher „schlanken“ Literaturverzeichnissen praktisch ausschließlich psychoanalytische Autoren zitiert werden. Es werden Modelle verwandt, die nicht im suchtspezifischen Kontext entwickelt worden sind, und die empirische Forschung zur Suchtkrankentherapie bleibt gänzlich unberücksichtigt. In der verhaltenstherapeutischen Literatur fällt die sehr eingegrenzte Sichtweise auf. Es werden keine psychoanalytischen Autoren zitiert, die doch einige interessante Aspekte zu Entwicklung und Dynamik süchtigen Verhaltens beisteuern. Auch hier bleibt etwa die longitudinale Entwicklungsforschung oder die suchtspezifische Karriereforschung unberücksichtigt. Im höchsten Maße problematisch ist die Schulenorientierung auch deshalb, weil damit suggeriert wird, dass effektive Suchtkrankentherapie im wesentlichen „Psychotherapie“ sei. Die Vermittlung soziotherapeutischer Strategien – für eine erfolgreiche Behandlung von Suchtkranken unverzichtbar – fehlt dann in den Curricula weitgehend. Wissen über Felder, Institutionen, Verbundsysteme kommt gänzlich zu kurz.

Gerade mit Blick auf Doppeldiagnosen (Drogenabhängigkeit und Psychose, Alkoholismus und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Medikamentenmissbrauch und multiple Persönlichkeitsstörungen etc.), aber auch bei psychischen Traumatisierungen im Rahmen der Drogenkarriere (Notprostitution – ich vermeide den Terminus „Beschaffungsprostitution“ –, Misshandlungen etc.), sind natürlich gute, allgemeine psychotherapeutische Kenntnisse erforderlich. Insofern kann Suchtkrankentherapie keineswegs als eine psychothe-

rapeutische Schmalspurausbildung gesehen werden. Das umfassende Spezialwissen über die Besonderheiten, etwa des Alkoholismus oder verschiedener Spielarten der Drogenabhängigkeit, die Kenntnisse der Arbeit in speziellen Feldern und Institutionen (niedrigschwellige Angebote, Entgiftungsstationen, Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen) und die Arbeit mit verschiedenen Behandlungsformen (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Fokaltherapie, Krisenintervention, Fokalberatung, Familienberatung und Familientherapie) machen eine *breite* methodische Qualifizierung unerlässlich. Die bestehenden Curricula sind insgesamt für die erforderlichen Aufgaben zu schmal ausgelegt, sie nutzen vorhandene Erkenntnisse und Forschungsergebnisse nicht, und sie sind didaktisch nicht so aufgebaut, dass sie leicht zu evaluieren wären. Evaluation aber täte Not bei Suchtkranken-Therapeutenausbildungen, damit gesichert wird, dass Ausbildungen das bringen, was sie vermitteln sollen (vgl. *Rainalds, Petzold* dieses Buch). Erst dann wird eine Qualitätsstufe möglich, auf deren Grundlage die derzeit im Bereich der Suchtkrankentherapie so vielfach diskutierte „Qualitätssicherung“, z.B. durch Weiterbildung der Mitarbeiter, greifen kann (*Linder, Klein, Funke* 1994).

10. Fazit zu Forschungslage

Es war nicht die Absicht, einen Überblick über die aktuelle Forschungslage zu geben, sondern programmatisch Eckpunkte für einen Rahmen von Forschungsfragen, aktuelle Fragestellungen aufzuzeigen und den Forschungsbedarf zu umreißen. Die herausgestellten gravierenden Forschungsdefizite zeigen, dass in den vergangenen 25 Jahren, in denen das Drogenproblem in den deutschsprachigen Ländern als virulent bezeichnet werden kann, von Seiten der öffentlichen Hand, aber auch der Hochschul- und Forschungsinstitutionen zu wenig unternommen worden ist, um die wissenschaftlichen Grundlagen für eine effektive Drogentherapie zu legen. Man war zumeist mit der Einrichtung von Beratungs- und Behandlungsinstitutionen befasst (und viel zu wenig mit rehabilitativen Einrichtungen der Wiedereingliederung). Von Seiten der Leistungsträger wurden gleichfalls wenig Anstrengungen unternommen, forschungsbasierte Konzepte einzufordern oder deren Entwicklung zu fördern, und schließlich war und ist von Seiten der Drogentherapeuten selbst offenbar die Notwendigkeit von Forschung nicht gesehen worden, geschweige denn, dass ihre Nützlichkeit für die praktische Tätigkeit in der Arbeit mit Klienten erkannt worden wäre. Dies hängt natürlich – wie erwähnt – mit den Vorausbildungen, aber auch mit den Therapieausbildungen der Mitarbeiter im Feld zusammen. Diese Lehrgänge greifen weder auf Forschung zurück, noch vermitteln sie Forschungsergebnisse, noch bereiten sie auf die Kooperation von Praktikern und Forschern und auf Forschungsprojekte in „dreifacher Expertenschaft“ (Forscher, Therapeuten, Klienten) vor.

Wie kommt es nun, dass die Suchtkrankentherapie doch leidlich „klappt“? Die Ergebnisse in einzelnen **Segmenten** sind natürlich nicht berauschend,

wenn man auf das Ziel von Drogenfreiheit und sozialer Wiedereingliederung – möglichst noch in einem überschaubaren Zeitraum – blickt. Aber diese Optik allein ist verkürzt. Die Arbeit einer Entgiftungsstation z.B. soll den Prozess der Detoxifikation in optimaler Weise handhaben und darüber hinaus eine Initialmotivation für weiterführende therapeutische Maßnahmen bieten. Wo eine solche Motivation erreicht werden konnte, sollte der Klient auch speditiv in eine solche Maßnahme vermittelt werden. Wenn dies erreicht wird, ist die Arbeit dieses **Segments** in einem Behandlungsverbund *effizient* und es wurde ein realistisches **Segmentpotential** optimal genutzt (*Scheiblich, Petzold* dieser Band II). Fachkliniken sollen zunächst einmal für einige Zeit die Herausnahme des Patienten aus dem toxischen Drogenmilieu bewirken, eine Strecke drogenfreien Lebens gewährleisten, zur inneren und äußeren Stabilisierung beitragen und Motivationen für eine Reintegration legen, auf die – je nach Möglichkeiten und Indikationen – mittelfristig oder längerfristig hingearbeitet werden soll. Insgesamt geht es also darum, eine „schützende In-selerfahrung“ (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993) in einer Karriere bereitzustellen und positive Zwischenstationen oder Wendungen in Karriereverläufen herbeizuführen. Für einen Teil der Patienten/Klienten – sicher nicht den größten – ist ein solcher Fachklinikaufenthalt auch ein wichtiger Schritt zu einem endgültigen Ausstieg im Rahmen eines „Wiedereinstiegs“-Programmes (Adaption, Nachsorge), so denn ein solches vorhanden ist und nahtlos an die Klinikphase anschließt. Für einen anderen, großen Teil der Klienten wird der Klinikaufenthalt eine Zwischenstation sein, aber eine notwendige, die gewährleistet, dass in zwei oder drei weiteren Anläufen dann ein Ausstieg geschafft wird und nicht Tod, unheilbare Erkrankungen (Hepatitis, Aids) oder heillose Chronifizierung der Drogenkarriere die Folge sind.

11. Einige forschungsmethodische Überlegungen

In der Drogentherapie arbeitet man – wie in vielen anderen Bereichen psychosozialer Probleme und seelischer Erkrankungen – noch vorwiegend mit „*Heuristiken*“, handgestrickten Diagnosekonzepten, Behandlungsszenarien und -strategien, die aufgrund langjähriger Praxis entwickelt worden sind, zumeist theoretisch mäßig abgesichert sind und kaum einmal fundierten, kritischen Diskursen ausgesetzt waren (aufgrund deren qualifizierte Konzeptrevisionen möglich gewesen wären). Die Modelle haben sich etabliert, sie haben eine gewisse Plausibilität und pragmatische Konsistenz. Ihre Wirksamkeit hat eine mehr oder weniger große „face validity“, die mittel- oder längerfristig aus dem Blick gerät, weil sich die Karrieren der Klienten „verlaufen“. Bei der Komplexität der Aufgaben und der Schwierigkeit der Klientel, bei den begrenzten Ressourcen und der gesellschaftlichen Stigmatisierung des gesamten Bereiches sind gute *Heuristiken* schon eine ganze Menge. Manche Modelle haben auch ein hohes Maß an Konsistenz und *praktischer Bewährung*, aber gerade bei ihnen wäre eine systematische Erforschung der Wir-

kungsbedingungen besonders wesentlich, um Interventionswissen zu anderen Einrichtungen zu transportieren.

Bei der vorhandenen Ressourcenknappheit – nicht zuletzt für den Forschungsbereich (wobei natürlich am falschen Ende gespart wird, denn effizientere, forschungsgestützte Behandlungsmodelle wären volkswirtschaftlich ein immenser Gewinn) – würde es fruchtbar sein, dass „**Forschung von unten**“ beginnt, eine Art „*grass root research*“ von Seiten der Praktiker im Feld. Mit sorgfältigen und kontinuierlich geführten Dokumentationssystemen wird schon eine Menge gewonnen, und nicht anders wäre es mit der Verschriftlichung und Publikation von Behandlungspraktiken, Therapienszenarien und Kasuistiken. Nur so entsteht ein „Wissensbestand“, der weiterführend ist.

Solide Forschung ist aufwändig – keine Frage (Grawe et al. 1994). Die Untersuchung größerer Populationen ist äußerst wünschenswert. Längsschnittforschung (Rutter 1988; Rutter et al. 1998; Robins, Rutter 1990; Hofstra et al. 2002; Petzold 1980c; Verhulst 2004) – sowohl als Ätiologieforschung als auch in Form der Karriereforschung – ist, es wurde schon betont, unverzichtbar. Aber auch „single case studies“, die Dokumentation eines Behandlungsverlaufes oder die Analyse einer Einzelkarriere sind für die Entwicklung effektiver Drogentherapie von großem Wert. In einem so komplexen Feld mit so vielfältigen Forschungsfragestellungen darf nicht mit einem *Forschungsparadigma* gearbeitet werden. Polarisierungen zwischen nomothetischer und ideographischer Ausrichtung, qualitativer und quantitativer Orientierung sind unfruchtbar, ja schädlich (Petzold 1994a; Märtens, Petzold 1995; Petzold, Märtens 1999). Beide Forschungsansätze bringen nämlich für die Suchtkrankentherapie jeweils spezifischen Erkenntnisgewinn. Wo die Mittel vorhanden sind, sollte man ohnehin mit „*sophisticated designs*“ – einer Kombination von qualitativen und quantitativen Zugängen – arbeiten, deren Ergebnisse sich wechselseitig ergänzen können (Steffan, Petzold 2001). Das Erfassen von Biographien mit narrativen Interviews, dreizügigen Karrierepanoramen, die Auswertung von Therapietagebüchern, Stundenprotokollen, die systematische Exploration von „kritischen Lebensereignissen“ und „protektiven Faktoren“ in Drogenkarrieren durch halbstandardisierte Interviews – all das sind nützliche und mit überschaubarem Aufwand leistbare Forschungsaktivitäten, die erst auf der Ebene systematischer Auswertung einen höheren Einsatz erfordern. Besonders nützlich sind sie, wenn sie dazu dienen, Outcome-Untersuchungen mit validen und reliablen Untersuchungsinstrumenten im Kontrollgruppendesign, die aufgrund der Ausgrenzung von Variablen im Sinne methodischer Exaktheit oftmals eine massive Reduktion von Komplexität betreiben, mit qualitativen Daten zu ergänzen. Die Analyse von Video- und Tonaufzeichnungen aus Therapieverläufen über standardisierte Ratings oder von Interaktionssequenzen als „*fine grained analysis*“ ist methodisch aufwändig, gibt aber allein Aufschluss über den Umgang mit Interaktionsphänomenen, Affiliations- und Kommunikationsformen, Widerständen und Abwehrstrategien, gegebenenfalls Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen (Petzold, Müller 2005). Natürlich werden in solchen Untersuchungen der „Prozessvaria-

blen“ auch unspezifische Wirkfaktoren und „healing processes“ erkennbar und gegebenenfalls auch spezifische Faktoren. Wirkfaktoren- und Wirkprozessforschung in der Behandlung von Alkoholikern und Drogenabhängigen wird sicher zu spezifischen Ergebnissen führen, die über das Wissen um „*common factors*“ aus der allgemeinen Psychotherapieforschung hinausgehen werden, denn die Bedingungen der Drogentherapie, die besondere Charakteristik von Suchtmittelabhängigen, müssen zu typischen Phänomenen führen.

Genauso wichtig wie die Kenntnisse über „Prozessvariablen“ ist das Wissen um „Klienten/Patienten-Variablen“ (Bergin, Garfield 1994; Orlinsky et al. 2004). In der Psychotherapieforschung werden seit geraumer Zeit immer deutlicher die für den „Outcome“ bestimmenden Qualitäten von Patienten erkannt. Was charakterisiert „erfolgreiche“ und „problematische“ Patienten und Klienten? Wie kann man mit unterschiedlichen Klienten umgehen? Andererseits sind die „Therapeuten-Variablen“ zu sehen: Was kennzeichnet einen guten Drogen- oder Alkoholikertherapeuten? Welche Persönlichkeitsmerkmale, Verhaltensstile finden sich bei Suchtkrankentherapeuten häufig, und wie kommen diese in den Behandlungen zur Wirkung? Derartige eher individualisierende Perspektiven werden überschritten, wenn die „Settingvariablen“ beigezogen werden: In welchem Setting wirkt was, wie und warum? Schließlich kommt man dann zu „*Programmvariablen*“: In welchen Programmen wirken welche Interventionen und Maßnahmen, bzw. wie wirken Programme und warum?

In diesen Forschungsfragestellungen wird deutlich, wie wichtig eine breite methodische Anlage von Untersuchungen ist. „Single Case Studies“ auf der einen Seite und Strategien aus der Institutionsforschung und Organisationsentwicklung auf der anderen sind erforderlich, um einen angemessenen Überblick zu erhalten, um Ergebnisse zu gewinnen, aufgrund deren Interventionen konzipiert werden können, die sich in der Praxis zu bewähren haben und ihre Effizienz durch Forschung erweisen müssen.

Evaluationsstudien dauern, besonders solche, die eine Langzeitperspektive haben, um kurzfristige Erfolge katamnestic weiträumig abzusichern bzw. auch in ihrer mangelhaften Dauerhaftigkeit aufzudecken. Vielleicht geht es aber auch darum, „*sleeper effects*“ erkennbar zu machen, welche zeigen, dass nach einem vordergründigen Scheitern positive Langzeitwirkungen erkennbar werden. Da solche Evaluationsstudien also sehr langfristig angelegt sein müssen und „ihre Zeit brauchen“, müssen sie als eher schwerfällige Forschungsstrategien betrachtet werden, deren Feedbackwirkung für die Praxis nur sehr langfristig zum Tragen kommen kann; denn vom Forschungsergebnis bis zur interveniven Umsetzung und institutionellen Neukonzipierung (einschließlich der Einwerbung der dafür erforderlichen Mittel und der Schulungsmaßnahmen für Therapeuten und Berater) dauert es nochmals Jahre – für den gesamten Prozess sind 6-10 Jahre anzusetzen. Deshalb muss über andere Forschungsstrategien nachgedacht werden, zumal sich im Bereich der Suchtkrankentherapie immer wieder – zum Teil kurzfristig – massive Umwälzungen ergeben haben, die die Behandlungskonzeptionen beeinflussen.

Die Kürzung der Langzeittherapien von 24 auf 6 Monate durch die Leistungsträger, die durch Veränderung in Gesetzgebung und Rechtsprechung erfolgte Umstellung auf das Prinzip „Therapie statt Strafvollstreckung“, das Aufkommen neuer Drogen wie „Designerdrogen“, Konsumgewohnheiten und Subkulturen bewirken „gleichsam über Nacht“ nachhaltige Veränderungen. Nachdem z.B. über Jahre hinweg nur mit hochmotivierten Patienten, die hochschwellige Aufnahmeverfahren zu durchlaufen hatten, gearbeitet worden war (mit der ideologischen Aussage, nur mit derartig Hochmotivierten könne man erfolgreiche Drogentherapie betreiben), mussten plötzlich fremdmotivierte Patienten behandelt werden, die durch eine richterliche Therapieaufgabe in die Fachklinik „gezwungen“ wurden. Und das ging! Man konnte sich umstellen und mit dieser Patientengruppe sinnvoll und effektiv arbeiten. Diese Umstellungen waren in der Regel pragmatisch vollzogen und führten zur Entwicklung neuer Heuristiken, die sich etablierten, bis eine neue Welle aufkam, die der „niedrigschwiligen Drogenarbeit“.

Um also mit diesen external bestimmten Veränderungen fertig zu werden, theoretisch-konzeptuell fundierte Modelle entwickeln zu können, kann nicht nur auf die Ergebnisse aufwändiger Langzeitstudien gewartet werden. Die eingeschlagenen neuen Wege, die entworfenen Modelle, die angewandten Heuristiken müssen in kürzeren Zeitspannen überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Hier sind Modelle der „*Interventionsforschung*“ nützlich. Sie können neben oder im Rahmen mittel- oder langfristiger Forschungsprojekte realisiert werden. Mit einfachen Forschungsdesigns und Erhebungsinstrumenten (Fragebögen, strukturierten Unterlagen, Situationsratings, Experteneinschätzungen) werden Maßnahmen vorbereitet und durch Zwischenauswertungen Daten gewonnen, die als Korrektive in den Interventionsprozess eingebracht werden können, wobei diese Intervention der Forscher in ihrer Wirkung wieder unmittelbar evaluiert wird. So entsteht eine Kombination von *Heuristiken und Forschung* (Petzold 1991a, 82f) mit dem Ziel der „Optimierung von Praxis“ durch einen zirkulären Feedbackprozess. Zentral ist, dass für die Praxis relevante Daten schnell zur Verfügung stehen und genutzt werden können. Das „Intervention research“ besteht aus einer Kombination von Aktionsforschungskonzepten, qualitativen Strategien und quantitativen Erhebungen mit Instrumenten, die überschaubar sind, was die Zahl der „items“, die Form der Skalierung und damit der statistischen Auswertung anbelangt. Intervention research will zudem Trends erfassen, um dysfunktionale Entwicklungen zu verhindern, Fehlentwicklungen zu korrigieren und Effizienzschwächen auszugleichen. Die erhobenen Daten stehen für den übergeordneten mittel- oder langfristigen Forschungsprozess zur Verfügung. Die Rückkopplungen werden als intervenierende Variablen erfasst und bewertet. Die Verlaufsdynamik solcher Prozesse ist mit komplexen non-linearen statistischen Verfahren durchaus zu erfassen, so dass zwei unterschiedliche Ansätze der Forschungsmethodik in einem *sophisticated design* durchaus fruchtbar zur Wirkung kommen können.

Die Forschung im Bereich der Suchtkrankenarbeit wird sich in den kommenden Jahren im Kontext der Mittelknappheit bei dem hier aufgezeigten,

vielfältigen Forschungsbedarf wahrscheinlich auf die Bereiche sozialer Epidemiologie-, Ätiologie-, Karriere- und Interventionsforschung konzentrieren sowie sich mit speziellen Fragestellungen der Therapieprozess- und Outcomeforschung befassen. Es wäre bedauerlich, wenn dabei die übrigen aufgezeigten Fragestellungen zu kurz kämen.

Ich hoffe, dass mit diesen programmatischen Ausführungen, der Diskussion aktueller Fragestellungen und dem Aufzeigen des Forschungsbedarfs sowie dem Hinweis auf methodische Erfordernisse und die Möglichkeiten bestimmter Forschungsansätze einige Anstöße gegeben worden sind, die im Dienste unserer Patienten, aber auch im Dienste der Mitarbeiter fruchtbar werden können.

Zusammenfassung: Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit – programmatische Überlegungen –

Der Beitrag diskutiert programmatisch die Erfordernisse der Forschung für die Suchtkrankentherapie und stellt die verschiedenen Forschungsbereiche heraus: Pathogeneseforschung, Sozialepidemiologie, longitudinale Karriereforschung, Praxeologie etc. Die Möglichkeiten und Hindernisse für die Implementierung von Forschung werden reflektiert und das Spektrum der Forschungsmethoden umrissen.

Schlüsselwörter: Drogentherapie, Forschung, Forschungsmethoden

Summary: Therapy research and the care of drug abusers – some programmatic reflections

This article discusses the necessity of research on drug therapy and presents various areas of research: research on pathogenic factors, social epidemiology, longitudinal career research etc. The possibilities for and the impediments to implement research are discussed and a spectrum of research methods is outlined.

Keywords: drug therapy, research, research strategies

Die Literatur zu diesem Text befindet sich im Gesamtliteraturverzeichnis des Buches, in dem das Kapitel erschienen ist.