

# INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

## Kulturelle Evolution und Psychotherapie

**Hilarion G. Petzold:** Evolutionäres Denken und  
Entwicklungsdynamiken im Feld der Psychotherapie -  
Integrative Beiträge durch inter- und transtheoretisches  
Konzeptualisieren

Hommage an Charles R. Darwin (12.2. 1809 - 19.4. 1882)

**Hermann Schmitz:** Differenzierung und Integration

**Elisabeth List:** Darum Leib! Leibsein und Selbstsein

**Wolfgang Scheiblich:** Integrative Therapie als angewandte  
Praxis der Humanität - Dargestellt anhand der Entwicklung  
und Praxis moderner Suchttherapie

**Klaus Schlagmann:** Zur Rehabilitation von Narziss  
Mythos und Begriff



Wolfgang Scheiblich<sup>1</sup>

## **Integrative Therapie als angewandte Praxis der Humanität - Dargestellt anhand der Entwicklung und Praxis moderner Suchttherapie<sup>2</sup>**

Die Integrative Therapie als angewandte Humanität zu beschreiben, bedeutet, ihr Wesen zu beschreiben, denn sie versteht sich als eine Haltung, Sichtweise, Handlung und Methode, die sich zutiefst am Menschen und seinen Bedürfnissen, seinem Verhalten und seiner Suche nach Identität orientieren will.

Der Theorie und den einzelnen Facetten der Integrativen Therapie sind schon unendlich viele Artikel, Beschreibungen, Abhandlungen gewidmet. Meine Ausführungen sollen die praktische Anwendung der Integrativen Therapie im Sinne praktizierter Humanität beschreiben.

Am besten kann ich das am Beispiel meiner eigenen beruflichen Tätigkeit tun: Ich habe 1972 - also genau vor 35 Jahren - erste Kontakte zur damals noch rudimentären und blutjungen Arbeit mit Drogenabhängigen bekommen und bin seit dieser Zeit mit dieser Arbeit verbunden – weil sie mich unendlich fasziniert hat, und weil ich das Phänomen der Drogenabhängigkeit verstehen wollte.

Ich wähle das Beispiel der Drogenarbeit auch aus, weil es sich bei diesen Patienten um eine Gruppe handelt, die als sehr problematisch, wenig kooperativ, kriminell, deviant gilt, mit geringer Aussicht auf gute Behandlungserfolge – wie das auch für andere Gruppen gilt.

1972 und in den Folgejahren gab es nur ganz wenige konkrete Vorstellungen darüber, wie man mit Drogenabhängigen umgehen sollte, welche Ziele, außer dem Ziel der Drogenfreiheit denn zu erreichen seien und welche Wege man denn gehen sollte, um ein solches zu erreichen.

Die Drogenarbeit der 70er Jahre bestand aus viel Engagement, aus Experiment, aus Versuch und Irrtum, aber leider auch – so muss ich das heute sehen – aus vielen Fehlern, die aus einem gänzlich theorie- und konzeptarmen Agieren herrührten bis hin zur therapeutischen Machtausübung. Die Motivationsüberprüfungen der stationären Drogenhilfeeinrichtungen früherer Jahre sprechen dazu Bände.

Die Drogenarbeit ist aber zu einer sehr erfolgreichen Arbeit geworden, zunächst

---

<sup>1</sup> Aus den Suchteinrichtungen des „**Sozialdienstes katholischer Männer**“ Köln (Leitung: Dipl.-Theol., Dipl.-Soz.-arb. *Wolfgang Scheiblich*) und der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold*, Prof. Dr. phil. *Johanna Sieper*, Düsseldorf, Hückeswagen [mailto: forschung.eag@t-online.de](mailto:forschung.eag@t-online.de), oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative.Therapie.de>)

<sup>2</sup> Vortrag auf der Jubiläumstagung 25 Jahre EAG, 40 Jahre Integrative Therapie , 02.11.2007 Hückeswagen, Beversee

jedoch nur für diejenigen Patienten, die die hohen Eingangsanforderungen der Einrichtungen erfüllen konnten. Die Mehrheit blieb außen vor.

Das erste stimmige Gesamtkonzept der Drogenarbeit in den deutschsprachigen Ländern war das von *Hilarion Petzold*, unterstützt von Kolleginnen und Kollegen wie *Gernot Vormann*, *Hartmut Peschke*, *Christa Krach* und anderen, das ich leider etwas später – aber nicht zu spät – kennen lernte.

Aber: die Drogenarbeit hat sich entwickelt und gilt heute in ihrer Methodik der Arbeit in der Therapiekette oder im Therapieverbund als vorbildlich, nicht nur im Vergleich zur Versorgung von Patienten mit anderen Störungsbildern wie psychischen Erkrankungen, sondern auch im europäischen Vergleich.

Und genau an diesem Prozess hat die Integrative Therapie einen ganz entscheidenden Anteil: Sie hat die Drogenarbeit im wahrsten Wortsinn humanisiert, und davon möchte ich berichten.

### **Zum Begriff der Humanität**

*Humanität* erschließt sich in ihrer Bedeutung wohl am ehesten, wenn man den Begriff übersetzt als Menschlichkeit, Menschengerechtigkeit, aber auch als Menschenliebe oder Nächstenliebe im Sinne des Humanismus. Der Gedanke der Humanität umfasst die prinzipielle Gleichheit aller Menschen jeder Herkunft und jeden Geschlechtes, die allgemeine Menschenwürde und den Pazifismus, also die Ablehnung des Angriffskrieges. Im weiteren Sinn beinhaltet Humanität auch religiöse und politische Toleranz und Achtung vor dem Mitmenschen und seinen Überzeugungen, weitergehend auch die besondere Achtung vor den Tieren und vor der Natur im Allgemeinen.

Humanität wird darüber hinaus als Grundlage der Menschenrechte und des humanitären Völkerrechts verstanden, als Rechtsgrundsatz auf Ebene der Staaten, wie auch der Realisierung der Rechte innerhalb eines Staates. Im Zusammenhang mit den *Verbrechen gegen die Menschlichkeit* ist er von zentraler Bedeutung. In den Verfassungen der demokratischen Staaten ist die Humanität in den Gesetzen fest verankert, wie etwa im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, in der Österreichischen Verfassung, der Verfassung der Schweiz oder Liechtensteins und anderer unmittelbarer Nachbarn. Humanität und das Konzept der Solidarität führen zum Begriff der *Hilfsbereitschaft* und deren Umsetzung als *Hilfe*:

Beispiele sind das Engagement in sozialen Einrichtungen, in einer Hilfsorganisation für die Einhaltung der Menschenrechte, in der Nachbarschaftshilfe, oder auch im intrastaatlichen Prinzip der Hilfsbereitschaft und Nachbarschaftshilfe als *humanitärer Hilfe*. Hier äußert sich der Wille zur Menschlichkeit als konkrete Hilfeleistungen durch Hilfsgüter, medizinische Hilfe, etc..

Im Gegensatz dazu ist zum Beispiel die unterlassene Hilfeleistung ein Verstoß gegen die Menschlichkeit. Die Strafgesetzbücher definieren die unterlassene Hilfeleistung als Straftatbestand. Damit drücken sie die allgemein gültige Überzeugung einer *Pflicht zur Menschlichkeit* aus.

Integrative Therapie als angewandte Praxis der Humanität ist hier in ihrem Gedankengut nicht nur gut aufgehoben, sie realisiert bis in die operative Ebene hinein diese Überzeugungen im Bereich der Definition von Erkrankungen, der Verpflichtung zur Hilfe auch bei schwersten Störungen oder Schädigungen und der konkreten Hilfeleistung durch den Einsatz der Therapeuten, der Institutionen, der Verbundsysteme, der politischen Vertretung von Patientenrechten, damit der Mensch niemals einem Zweck geopfert wird, wie es der Humanist *Albert Schweitzer* ausdrückte.

### **Konzepte für marginalisierte Gruppen**

„Das Grauen und der Schrecken, die viele Menschen immer noch packen, wenn sie an psychische Krankheiten denken oder sich davon bedroht wähnen, sind tradiert aus der Geschichte“, sagt *Sieglinde Stiel* vom Psychiatrie-Verband der Bayerischen Bezirke 2001 in ihrem Aufsatz „Wege zur Humanität - der Fortschritt der Psychiatrie“. Im kollektiven Unbewussten gespeichert sind die Bilder von Abgrund und Hölle, von Ketten und Fesseln und Eingesperrtsein in einem Turm (Narrenturm in Wien – 2. Hälfte 19. Jahrhundert), von Scheiterhaufen und Inquisition. Sie sind Manifestationen der Angst und des Albtraums, die unsere Vorstellung mit den Qualen des Wahnsinns verbinden. Sie haben längst keinen Bezug mehr zur äußeren Wirklichkeit.

Ob „Bestien“ in der Antike, „vom Teufel Besessene“ im christlichen Mittelalter, „Narren“ der Renaissance, „Vernunftlose“ der Aufklärung, „Traumverlorene“ der Romantik, stets wurden die „Irren“ auch als Verirrte begriffen. Ob Fesseln oder Belehrungen, Wassergüsse oder Zwangsjacken, es waren Versuche nach jeweiligen Möglichkeiten, Glauben und Erkenntnis, die „Geisteskranken“, wie es lange hieß, aus ihren abseitigen Zuständen zu befreien.

So entsetzlich die alten Maßnahmen zur Beruhigung und Besserung der Kranken heute erscheinen, sie waren doch auch verbunden mit einem Ringen um das Heil der menschlichen Seele, um Beruhigung und Heilung der gesamten physischen wie sozialen Person. „Die Psychiatrie ist bei allen Unzulänglichkeiten und Irrungen durch die Zeiten hindurch - mit Ausnahme des Nationalsozialismus - eine sozial denkende Richtung der Medizin gewesen“, fährt *Stiel* weiter fort.

Man kann das so sehen, denkt man an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Institutionen, die das Gedankengut eines *Sándor Ferenczi* in sich trugen und seine Maxime „ohne Sympathie keine Heilung“ verwirklichten.

Man kann es aber auch anders sehen und wahrnehmen, insbesondere auch und gerade

beim Schicksal der Suchtkranken und Drogenabhängigen, die bis vor 30 Jahren aus psychiatrischer Sicht noch als unheilbar galten und denen man genau das immer und immer wieder glauben machte, dass sie nämlich ein Leben lang krank seien und dass ihre Krankheit lediglich zum Stillstand gekommen sei, wenn sie aufhörten zu trinken oder Drogen zu nehmen. Von Genesung, Gesundheit, Heilung keine Spur, noch nicht einmal eine Hoffnung auf Heilung durfte sein.

Und diese bis heute nicht überwundene Haltung beruht auf einem ganz und gar eigenartigen und unterdrückenden Bild von Krankheit und Gesundheit. Ganze Generationen von Selbsthilfegruppen leben bis heute von diesem Krankheitsbild. Würde das tradierte Krankheitsbild der Suchthilfe wirklich zutreffen, dann würde Gesundheit demnach darin bestehen, wieder trinken oder Drogen nehmen zu können ohne Steigerung der Dosis. Gesund wäre ein Mensch demnach, wenn er folgenlos das tun könnte, was ihn krank gemacht hat – ein sehr eigenartiges Verständnis von Gesundheit.

Dem hat die Integrative Therapie andere Konzepte entgegengesetzt und ausgearbeitet, Konzepte, die auch und vielleicht gerade für marginalisierte Patientengruppen geeignet sind. Dass auch Menschen mit hohen psychosozialen Belastungen in aussichtslos erscheinenden Lebenssituationen Hilfe und Behandlung erhalten, zeigt das hohe Interesse der Integrativen Therapie für marginalisierte Menschengruppen. Sie hat Methoden, Techniken, Medien, Stile, Modalitäten und Interventionen entwickelt, die auch für jene Menschen geeignet sind, die für therapeutisches Handeln zunächst unerreichbar erscheinen. Dazu gehörten immer schon auch die Suchtkranken, die Angehörigen aus sozial benachteiligten Milieus, die Klienten der Wohnungslosenhilfe und viele andere mehr.

Ich möchte in einem ersten Teil einige Bereiche der Integrativen Therapie benennen, die sich als ganz besonders wertvoll für die Suchtarbeit erwiesen und zu ihrer menschengerechten Entwicklung beigetragen haben.

Da ist zunächst die Definition von **Drogenabhängigkeit als Krankheit** zu nennen. Drogenabhängigkeit als Krankheit zu definieren, mag aus heutiger Sicht nicht allzu fortschrittlich gelten, ist doch zumindest die Alkoholsucht seit 1968 als Krankheit anerkannt. Da die Drogenabhängigkeit auch eine Suchtform darstellt, lag der Schluss nahe, auch der Drogenabhängigkeit den Krankheitsstatus zuzubilligen. Damit waren aber noch nicht die Inhalte, die Ausmaße, die Folgen, die Bereiche genannt, die diese Krankheit ausmachen.

Die Integrative Therapie hat ganz wesentlich dazu beigetragen, den Krankheitsbegriff mit Inhalten zu füllen. Das Risiko-, Schutz- und Resilienzfaktorenmodell war dabei genau so hilfreich wie die Benennung und Beschreibung der kritischen Lebensbereiche der Menschen, die abhängigkeitskrank geworden sind.

In der Integrativen Therapie betonen wir die weitreichenden biologischen,

psychologischen und sozialen Dimensionen der Krankheit und ihre Auswirkungen auf den Kontext und das Kontinuum des Menschen, auf seine Familie, auf Freunde, auf andere Menschen des sozialen Kontextes, auf den Bereich der Arbeit und auf den Verlauf des Lebens.

Die Integrative Therapie benennt in ihrer Krankheitslehre die auslösenden Faktoren, die Traumata, die Störungen, die Defizite und Konflikte, sie beschreibt die Faktoren des sozialen Netzwerks, des Milieus, der oft entwertenden und entmutigenden Zuschreibungen von außen und der internalen Folgerungen aus diesen Zuschreibungen. Sie bezieht die Kenntnisse der Neurowissenschaften ebenso mit ein wie die Ergebnisse der life-event-Forschung und beachtet die hereditären Faktoren.

Damit ist die Integrative Therapie in ihrem Krankheitsverständnis sehr komplex und umfassend (oder „differentiell und ganzheitlich“ zugleich), jedenfalls so umfangreich, dass die bisherigen Wissensbereiche der Krankheitsentstehung weitgehend abgedeckt sind.

Die Integrative Therapie hat sich nie vor dem Krankheitsbegriff gescheut oder ihn gar abgelehnt, wie das andere therapeutische Verfahren vehement getan haben, weil sie den Krankheitsbegriff nie als diskriminierend verstanden oder gar eingesetzt hat. Krankheit war für die Integrative Therapie immer eine Beschreibung eines Zustandes oder eines Prozesses, der zutiefst menschlich ist und der die Solidargemeinschaft zum Schutz des Einzelnen und zur Hilfe für den Einzelnen auffordert. Damit verwirklicht die Integrative Therapie bis heute hochaktuell eine entscheidende ethische und humanitäre Forderung, dass nämlich kranke oder krank gewordene Menschen nicht eine Diagnose oder eine Klassifikation brauchen, sondern vor allem hilfreiche Handlungen, die sich aus Diagnosen ergeben und dass sie weiterhin – so Ricœur, einer der Referenzphilosophen des Integrativen Ansatzes – für uns eine „Quelle des Respekts“ sein sollen.

Die Leistungsträger im Suchtbereich, die unser suchtspezifisches Curriculum anerkannt haben, bestehen zu Recht auf der Beschreibung einer Krankheitslehre, da die Hilfe für kranke Menschen eben Krankenbehandlung ist, zu Lasten der solidarischen Gemeinschaften der renten- und krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger.

Ein zweiter Bereich ist das Verständnis von **Pathologischer Konfluenz als ein Verstehensmodell für Handeln aus dem Augenblick.**

Der alte Gestaltbegriff der Konfluenz ist in der Suchtarbeit zu einem zentralen Begriff geworden, weil er vielen Kolleginnen und Kollegen den Verstehenshintergrund für das Verhalten vieler Drogenabhängiger eröffnet hat, weil er einerseits ihre Denk- und Handlungsmuster erklärt und andererseits diese Phänomene als Ergebnisse von Schädigungen in der Lebensspanne erklärt. Diese Erkenntnisse waren zentral, denn

vielfach – übrigens bis heute – wird die Phänomenologie der pathologischen Konfluenz nicht verstanden. Drogenabhängige werden nach wie vor nur oberflächlich beurteilt, nämlich als unzuverlässig, aus dem Augenblick handelnd, getrieben von der Gier nach neuer Drogeneinnahme. Dass dahinter eine große persönliche Not und vor allem eine Kette belastender Erlebnisse und Erfahrungen von Vernachlässigung oder Gewalt über Jahre steht, hat die Integrative Therapie mit ihrer entwicklungspsychologischen Sicht gezeigt.

Versteht man in der Suchtarbeit die frühen Ursachen pathologischer Konfluenz, vermag man zu unterscheiden zwischen positiver und pathologischer Konfluenz, kann man dieses sensible Feld rudimentärer zwischenmenschlicher Intimität und Trennung verstehen, und man vermag außerdem zu ermessen, welche Schädigungen durch Gewalt und Vernachlässigung entstehen. Dann begründet die Integrative Therapie den angemessenen Weg in der Notwendigkeit menschlicher Zuwendung und gleichzeitiger liebevoller Kontakt- und Abgrenzungsarbeit als therapeutische Intervention angesichts der beschriebenen Schädigungen, die sich in pathologischen Konfluenzphänomenen zeigen.

Ein dritter Bereich der angewandten Humanität ist das Konzept der **Lebensspanne**. Die Integrative Therapie hat schon früh den Blick erweitert von der Fixierung auf frühkindliche Erlebnisse und Erfahrungen als alleinige Erklärungen und Begründungen für Störungen in heutiger Zeit. Sie hat das Konzept der Lebensspanne dagegengestellt, das frühe Erfahrungen und Erlebnisse in ihrer Bedeutung und Prägung keinesfalls zurückdrängt oder zweitrangig erscheinen lässt, das aber berücksichtigt, dass zwischen frühen Ereignissen und Erfahrungen und heute viele Jahre Lebens- und Lerngeschichte liegen. Diese Jahre der Lebens- und Lerngeschichte zeugen auch vom Einsatz von Menschen, die versucht haben, ihre frühen Prägungen in das Leben zu integrieren, mit ihnen zu leben, gegen Erinnerungen anzukämpfen, sich nicht unterkriegen zu lassen, auch zu leiden und Standfestigkeit immer wie neu zurückzugewinnen. Viele Menschen schaffen das aber nicht, jedenfalls nicht alleine, sie werden krank.

Eine solche Sichtweise auf die gesamte Lebensspanne achtet den menschlichen Prozess, der der Entwicklung einer Krankheit innewohnt. Wie sollten wir in der Drogenarbeit denn die Phänomene verstehen, dass Menschen in früher Entwicklungszeit schwer geschädigt wurden durch Vernachlässigung und Gewalt, dass die Ausbildung des Symptoms „Drogenabhängigkeit“ aber erst 10-15 Jahre später auftritt?

Der Blick auf die Lebensspanne hat uns gezeigt, dass frühe Schädigungen nicht zwangsläufig spätere desaströse Folgen zeigen müssen, insbesondere dann nicht, wenn man um die schädigenden Potentiale negativer Erfahrungen weiß und gegensteuern kann, wie wir das in der Suchtprävention seit vielen Jahren tun. Wir wissen, dass frühe Schädigungen in der Lebensspanne durch korrigierende, positive Erfahrungen abgeschwächt oder kompensiert werden konnten, dass aber auch negative Erfahrungen

früher Zeit ihre Fortsetzung in negativen Ereignisketten finden können, die sich von früher Entwicklungszeit bis heute immer wieder zeigen. Beide Möglichkeiten haben den fixierten Blick von den frühen Erfahrungen erweitert auf die positiven Ereignisse, aber auch auf die Fortsetzung negativer Erfahrungen bis in heutige Zeit. Diese Sichtweise der Integrativen Therapie hatte erhebliche praktische Bedeutung, rief sie doch dazu auf, die Klienten nicht nur aus ihrer Vergangenheit zu verstehen, sondern auch aus der gelebten Gegenwart und den Jahren ihrer Entwicklung. So wäre es geradezu tragisch und fehlerhaft, beispielsweise von einer jungen drogenabhängigen Frau die sexuellen Übergriffe in den frühen Entwicklungsjahren zu erfahren, dann aber die aktuellen Erfahrungen von ähnlicher Qualität zu übersehen. Die Prostitution, der viele Drogenabhängige nachgehen, ist oft nicht anders zu verstehen als eine Fortsetzung negativer Ereignisketten, die in früheren Erfahrungen ihren Ursprung haben.

Ein vierter Bereich ist der der **Prozesstheorie**. Als hilfreich und praxisnah hat sich auch unsere Prozesstheorie erwiesen, die als Regelfall nicht von linearen, sondern von spiralförmigen Prozessen von Heilung und Gesundheit ausgeht. Vor diesem Hintergrund können Therapeuten die Prozesse ihrer Klienten und Patienten besser verstehen lernen, können Klienten auch bei „Rückfällen“, wie sie im Suchtbereich immer wieder konkret werden, ihre Hoffnung und Zuversicht aufrechterhalten, können Therapeuten Stillstand und Rückschritt als wichtige Zwischenschritte der Entwicklung akzeptieren.

Ohne diese Prozesstheorie, ohne das Konzept therapeutischer Prozessverläufe vom Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären würden Stillstand und Rückschritt in der Therapie nur allzu schnell gewertet als Versagen des Therapeuten oder mangelnde Motivation des Klienten. Auch das gibt es natürlich. Aber bevor eine solche Bewertung erfolgt, ist der Hintergrund der Prozesstheorie hilfreich, der von vornherein einen nicht-linearen Prozess beschreibt und auf ständige Wiederholung und Entwicklung setzt – eine hilfreiche Sichtweise angesichts der fast existentiellen Bewertungen des Rückfallgeschehens in der Suchtarbeit.

Ein weiterer Bereich betrifft die **Relationen der Bezogenheit und die Therapeutische Beziehung**. Die humanistischen Verfahren allgemein und die Integrative Therapie im Besonderen setzen auf die helfende und heilende Kraft therapeutisch wirksamer Beziehungen. Die Integrative Therapie warnt aber zu recht vor einer allzu schnellen, voreiligen und inflationären Benennung von therapeutischer Beziehung als leicht erreichbarer Grundstimmung zwischen Therapeut und Klient oder als flache Bezeichnung für eine freundliche Therapeutenhaltung. Es war gut und richtig, den Begriff der therapeutischen Beziehung nicht nur vorsichtig anzuwenden, sondern ihn präzise zu konzeptualisieren, wie wir das in der Suchtarbeit in dieser Form nirgendwo anders fanden:

Dass wir heute in der Methodik der Integrativen Therapie **in** der Übertragung, **an**

der Übertragung, **in** der Beziehung und **an** der Beziehung arbeiten können und uns dafür das nötige Handwerkszeug zur Verfügung steht, ist eine Folge dieser hilfreichen Konzeptualisierung, damit Menschen, die Hilfe brauchen, in ihren Therapeuten nicht nur freundliche Verstehende finden, sondern Menschen, an und mit denen sie ihre bisherigen Erfahrungen prüfen, bestätigen, modifizieren und korrigieren können.

Ein für die Praxis hilfreicher Konzeptansatz ist die Beschreibung und Ausarbeitung der Relationen der Bezogenheit Konfluenz – Kontakt – Begegnung – Beziehung – Bindung. Dieses Modell hilft uns in der Praxis, die Stufen, die Ebenen menschlicher Bezogenheit zu berücksichtigen. Dieses Modell wenden wir an für die Beschreibung des Raums zwischen Patient und Therapeut, aber auch zwischen Institutionen und den Menschen, die in diesen Institutionen arbeiten und sie repräsentieren.

Um eine therapeutische Beziehung zu erreichen, müssen wir uns immer wieder durch die Ebenen von Konfluenz, Kontakt und Begegnung bewegen. Wir müssen uns vergegenwärtigen, in welchen Bereichen menschlicher Interaktion unsere Patientinnen und Patienten Erfahrungen gemacht haben, die sie hindern, eine therapeutische Beziehung einzugehen, vor allem, wenn es sich um vernachlässigte Menschen handelt oder um Menschen, die Gewalt erlitten haben.

In der Drogenarbeit besteht die Kunst des Helfens oftmals darin, immer wieder und unermüdlich den Schritt aus der Konfluenz der Drogenszene in den Kontakt zu finden, Drogenabhängigen zu helfen, den Kontakt zu finden zur Institution, den Kontakt zu den Menschen, den Kontakt zu freundlichen Worten, den Kontakt zu den Blicken, den Kontakt zur gesicherten Atmosphäre, den Kontakt zur Ordnung, den Kontakt zu gegenseitiger Achtung, bis wir wirklich davon sprechen können, dass jetzt eine stabile Ebene des Kontakts erreicht ist und der Boden bereitet werden kann für Begegnung und weitere Entwicklung.

Hilfreich ist dieses Modell auch für die Konzeptualisierung der Hilfeangebote: So genannte niedrigschwellige Angebote in der Drogenarbeit nennen wir ja auch Kontaktstellen. Wir können dieser Bezeichnung eine Bedeutung geben, weil diese Institutionen genau diese Aufgabe haben, nämlich aus der Konfluenz der Drogenszene Schritte in den Kontakt zu ebnen und zu gehen.

Diese Überlegungen führen hin zu einem weiteren Verstehensversuch des Suchtgeschehens als mangelnde Fähigkeit zur **Regulation**. Unter „*Regulationskompetenz*“ verstehen wir heute die Fähigkeit des menschlichen Organismus, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der biochemischen Ebene über die Ebene emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ oder der Steuerung von zwischenmenschlichen Regulationsvorgängen. Programme für die Regulationskompetenzen nennen wir dann *Narrative* oder Schemata oder Muster.

Über die gesamte Lebensspanne hinweg gewährleisten die Fähigkeiten zur Regulation die Lebensprozesse und Überlebensprozesse des Menschen durch die Bereitstellung einer Stabilität in den Interaktionen zwischen Organismus und Umwelt, Mensch und Mitmensch. Gleichzeitig ermöglichen sie durch ihre *Plastizität* die erforderlichen *Passungen* bzw. Anpassungsleistungen.

Diese Regulationsprozesse sind auch störbar und störanfällig. Traumatische Belastungen bergen eine hohe Gefahr der Dysregulation, was sich bei Betrachtung der biographischen Hintergründe vieler Drogenabhängiger zeigt mit ihren Traumatisierungen in gewalttätigen Elternhäusern, aber auch mit traumatischen Erfahrungen im Rahmen der Drogenkarriere. Der Drogenkonsum selbst – nicht zuletzt auch scheinbar „weicher“ Drogen bzw. von Designer-Drogen – kann für die neurobiologischen Regulationsprozesse erhebliche Folgen haben, denn sie greifen z.T. unmittelbar in das Transmittergeschehen an den Synapsen ein. Verelendung, Infektionen, Verletzungen und in der Folge Entzündungen – so häufig bei unsterilem Nadelgebrauch oder mangelnder Hygiene – führen zu dysregulierten Entzündungsprozessen, deren Risiken erst allmählich in ihrem Umfang bekannt werden.

In Kindheit und Jugend ist von einer höheren Plastizität der Regulationssysteme auszugehen als im Erwachsenenalter, d.h. aber auch von einem größeren und nachhaltigeren Schadensrisiko, so dass sehr junge Konsumenten auch besonders große Risiken haben. Prinzipiell bleibt die Plastizität der Regulationssysteme auch bei Störungen durch biographische Belastungen und Substanzmissbrauch erhalten, allerdings beschädigt. Damit sind aber auch Chancen für erfolgreiche Behandlungen gegeben, vor allem, wenn noch vorhandene funktionale Regulationskompetenzen in den verschiedenen Bereichen immer wieder praktiziert werden und durch Umweltantworten unterstützt und bekräftigt werden. Das ist auf der Straße, in der Verelendungsszene des Drogen- und Alkoholismusmilieus nicht der Fall. Diese Einsicht hat erhebliche Konsequenzen für Therapie und Betreuung und spricht dafür, dass für besonders heruntergekommene, verelendete Patienten „hochschwellige Einrichtungen“ unverzichtbar sind, dass Modelle, die betreutes Wohnen ermöglichen, die beschützende Netzwerke bereitstellen, für viele Hilfebedürftige absolut notwendig werden, um dem weiteren Abbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten entgegenzuwirken.

Unser therapeutisches Handeln zeigt sich in den **Wegen der Heilung und Förderung**. Wie für die Integrative Therapie allgemein, so ist das Kernstück des methodischen Vorgehens die Vorstellung von Wegen der Heilung und Förderung. Diese Methodik hat sich für die Arbeit mit Drogenabhängigen als zentral erwiesen, denn es geht – ganz im Sinne der Humantherapie – um Identitätsentwicklung durch komplexe Sozialisation.

Drogenabhängige sind durch negative Sozialisationskarrieren in prekäre

Lebenswelten, in die „Drogenszene“ mit ihrem „fixierenden *life style*“ geraten, dem sie nur schwer entkommen können, weil er sie in einer totalen und totalitären Weise ergreift. Therapie muss deshalb von vielen Seiten her ansetzen, verschiedenste „**Wege**“ der Behandlung beschreiten. Sie muss vielfältige Sozialisationsstrajekte bearbeiten wie leibliche Ertüchtigung, Durcharbeiten und Verarbeiten seelischer Belastungen, Netzwerkanierung, Bildungs- und Berufsförderung und dabei neue Lebens- und Sozialwelten bereitzustellen suchen – etwa in Form von Netzwerken und Verbundsystemen, damit in einem umfassenden Prozess neue Sozialisationsinflüsse zum Tragen kommen können. Und dies geschieht im Wesentlichen in den 4 Wegen, die *Hilarion Petzold* in neuerer Zeit so benannt hat:

### **1. WEG: „Sich selbst verstehen lernen, das Leben verstehen“**

Primäres Ziel ist die Stärkung der Bewusstheit, das Anstoßen von *Verstehensprozessen*, die Wiederherstellung oder Verbesserung der „kognitiven Regulationskompetenz“. Bisher unklare, quälende, belastende Empfindungen, Gefühle und Symptome sollen einen *Sinn* bekommen und zu einem vertieften *Verstehen* des Lebens, der Anderen, der Welt und zu einem besseren *Verständnis für sich selbst führen*.

### **2. WEG: „Zugehörig sein, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“**

Die Stärkung des Grundvertrauens ist der elementare Ansatzpunkt des zweiten Weges der Heilung und Förderung. Vertrauen soll entwickelt und bekräftigt werden, auch wenn Vertrauen schon in Kindertagen beschädigt wurde.

Therapeuten, die diesen Weg beschreiten, werden versuchen, Qualitäten liebevollen Zugewandtseins erfahrbar zu machen, denn nur auf diesem Boden kann ein Mensch sich *zugehörig* fühlen, und genau das haben viele Menschen entbehrt. *Ferenczi* hat diese Erkenntnis zur Grundlage seiner Therapiekonzeption „Ohne Sympathie keine Heilung“ gemacht. Nur wer gut empathiert worden ist, kann auch eine stimmige *Selbstempathie* entwickeln, nur wer geliebt wurde, Liebe gespürt hat, dem gelingt eine *Selbstliebe* jenseits von Egozentrik und Egoismus, sondern verstanden als eine „Sorge um sich“, ein freundschaftliches Verhältnis zu sich selbst, das z.B. Suchtkranke in ihren selbstdestruktiven Lebensstilen verloren haben. Therapie mit Suchtkranken soll dazu beitragen, wieder zu einem *liebevollen Umgang mit sich selbst* zu finden. Auch die Fähigkeit, Zuwendung und Liebe zu geben, hat auf dem Boden erfahrener Liebe einen guten Grund.

### **3. WEG: „Neugierde auf sich selbst“, „sich selbst zum Projekt machen“ – Lebenskunst**

Die Aktivierung und Förderung des kreativen Potentials spielt in diesem Weg die zentrale Rolle. Der Patient soll lernen, sich selbst vielfältig darzustellen und dadurch sein Selbst neu zu erfahren. Zu eng gezogene *Regulationsmuster* sollen flexibilisiert werden. In solchen Prozessen der *Selbstgestaltung* sollte es gelingen, dass ein Mensch

„neugierig auf sich selbst“ wird, erkennt, welch großes *Potential* - wie elend es ihm auch geht und wie niedergeschlagen er sich auch fühlt – in ihm schlummert. Es wird therapeutisch angestrebt, dass er sich entscheidet, „sich selbst zum Projekt zu machen“ und einen Weg zu einer positiven Gestaltung des eigenen Lebens zu finden.

Das Experimentieren mit Drogen hat vielfach die Entdeckerimpulse, die Menschen dem Leben gegenüber haben, verdeckt, die Kreativität, Phantasien und Träume, über die jedes Kind verfügt, mit den „chemischen Träumen“ beschädigt, so dass keine Kraft und kein Impetus für die Gestaltung des eigenen Lebens mehr da ist. *Foucaults* (1998) Frage: „... und das Leben des Menschen, könnte es nicht ein Kunstwerk sein?“ ist in der Tristesse der Abbruchhäuser und auf dem Straßenstrich verloren gegangen.

#### **4. WEG: „Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen“**

Auch im Bereich des Sozialen, auf den man sich im „vierten Weg der Heilung und Förderung“ zentriert, geht es um *Regulationskompetenz* im sozialen Netzwerk, in dessen Gefüge der Mensch sich selbst steuern muss. Gesundung wird in Erfahrungen von Solidarität, Mitmenschlichkeit, und Mitgefühl gesucht. Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistung soll erfahren, aber auch selbst praktiziert werden. Der gemeinschaftliche Blick auf die Lebensgeschichte und auf Lebensereignisse beschert dabei eine breitere und weitere „Sicht der Dinge und des Lebens“, bietet in der Regel eine größere „Überschau“. Der Patient soll die Gruppe und damit sich selbst aus einer neuen, einer *Metaperspektive*, erfassen können, um die Gruppe und ihre Potentiale zu nutzen, Solidarität zu erhalten, zugleich aber auch dazu beizutragen, Solidarität zu geben. Denn „*Gruppentherapie ist da, wo ein Mensch zum therapeutischen Agens des anderen wird*“ (Moreno 1932).

Es sind im Wesentlichen drei Konzepte in der Drogenarbeit, bei denen der humanitäre Einfluss der Integrativen Therapie besonders spürbar wird:

Zum einen sind es die Konzepte der **Niedrigschwelligen Arbeit und des „keeping contact“** (*Hilarion Petzold*). Die niedrigschwellige Drogenarbeit hat durch die Konzeptualisierung, wie sie die Integrative Therapie geleistet hat, eine große Aufwertung erfahren, sind die niedrigschwelligen Hilfen im Drogenbereich doch in einem äußerst belastenden Feld angesiedelt. Gegen die landläufige Meinung, dass in diesem Bereich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt werden könnten, die nicht besonders qualifiziert sein müssten, da ja dort auch nur Betroffene auftauchen würden, die noch keine Behandlungsmotivation aufbringen, hat die Integrative Therapie, namentlich *Hilarion Petzold*, dezidiert beschrieben, worin die unverzichtbare Besonderheit niedrigschwelliger Arbeit inhaltlich besteht: Sie verhindert den Drogentod, sie bietet Schutz vor Gefahren, die sich aus der Zugehörigkeit zu einer kriminalisierten Szene fast zwangsläufig ergeben, wie Gewalt, Misshandlung,

Infektionsgefahr usw. Sie erfordert Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Menschen befähigen, aus der Konfluenz ihrer Drogenszene in den Kontakt zu treten mit Menschen, die den Gegensatz zur Szene repräsentieren, nämlich Verlässlichkeit, Zuversicht, Klarheit und Solidarität; das sind Qualitäten, die in der Szene weitgehend verloren gegangen sind. Das Modell der Relationen der Bezogenheit war und ist hier ein ausgezeichnetes Modell für die stufenweise Entwicklung einer therapeutisch wirksamen Beziehung, die in den niedrigschwelligen Hilfen grundgelegt wird.

Sie sind damit wichtige Bausteine einer Karrierebegleitung, für die die Integrative Therapie die grundlegenden Konzepte des *keeping contact* lieferte. Dazu sagt *Hilarion Petzold* wörtlich: „Hier ist Anlass für eine karrierebezogene Begleitung gegeben. Der Therapeut, der die Karrierebegleitung praktiziert, kommt in die Situation eines „Ko-Researchers“ (Moreno 1941), der aus dem Kontakt mit der Situation seines Klienten zusammen mit ihm selbst die Kenntnisse und Daten gewinnen muss. Diese Daten und Erkenntnisse beziehen sich auf die Gestaltung des Kontaktes, die praktische Lebenshilfe, die Krisenintervention, die Lebensberatung im Sinne einer Hilfe zur Formung des Lebensstils. Die sozialarbeiterische-soziotherapeutische Hilfe zur Bewältigung kritischer Lebenssituationen und die Bereitstellung einer materiellen Grundversorgung dürften im Zentrum aller Aktivitäten stehen. Hier ist der Anknüpfungspunkt für weiterführende Maßnahmen, ganz gleich ob ein Substitutionsprogramm oder eine ambulante oder stationäre Therapie angesagt ist. Die „Basis“ für die Karrierebegleitung sind niedrigschwellige Einrichtungen, Straßensozialarbeit oder Beratungsstellen, die ein Programm mit akzeptierender Drogenarbeit durchführen. Sind die Probleme des Kontaktaufbaus z.T. schon erheblich, so wird das „keeping contact“ zur zentralen Frage, die nicht allein von der Motivation der Betroffenen entschieden wird, nicht nur von den Wechselfällen ihres oft chaotischen Lebenskontextes, sondern mehr noch von der Konstanz der professionellen Begleitung. Ist Kontakt hergestellt, so wird die „Metareflexion über Karriere“ unerlässlich. Der Abhängige muss verstehen, was eine Karriere ist, wie sie verläuft usw. Er muss wissen, dass sie sich über 5 bis 15 Jahre erstrecken kann, dass in ihr eine Reihe von Entzügen, vorübergehende Aufenthalte in therapeutischen Wohngemeinschaften, Therapieabbrüche, Wechsel der Therapieansätze normal sind. Ihm muss klar sein, dass eine Negativkarriere als Kette „widriger Umstände“ (*Rutter* 1989) sich nur langsam und in mühevoller Kleinarbeit verändern lässt, und dass eine solche Karriere auch ein normaler „persönlicher Entwicklungsprozess“ ist, der sich aber unter negativen, erschwerenden Umständen vollziehen muss. Eine solche „Metaperspektive“ auf die eigene Situation, die eigene Entwicklung, das eigene Leben ermöglicht eine gewisse „Exzentrizität“ zum Geschehen. Ein Wissen um die Typik von Karriereverläufen wird oft als äußerst entlastend erlebt und vermag auch in schwierigen Situationen Hoffnung und Perspektivität zu gewährleisten. Es stützt die Motivation, „Kontakt zu halten“.

Intensivere Beratungssequenzen in Drogenberatungsstellen, Aufenthalte in thera-

peutischen Wohngemeinschaften gehören genauso zu einer Karriere, wie Phasen der Drogenfreiheit oder wie Knastzeit. „Exzentrizität zur Karriere“ und Information über Hilfeangebote - auch das der Karrierebegleitung - vermag Möglichkeiten zu eröffnen, dass bestehende Hilfen systematischer genutzt, „Langzeit-Begleitungs-Kontrakte“ abgeschlossen werden und damit zu massive Abstürze vermieden werden, denn diese verringern die Chancen zu „abgekürzten Negativkarrieren“.

Akzeptierende, karrierebezogene Drogenarbeit ist deshalb darauf gerichtet, für Menschen in Negativkarrieren protektive Faktoren bereitzustellen und weitere Risikofaktoren zu vermindern. Bereitgestellt wird zunächst die Basisversorgung, um dem akuten Ressourcenmangel zu begegnen: z.B. durch Sleep-Ins, Treffs, medizinische Versorgung, Unterstützung bei der Beschaffung von Wohnung, Sozialhilfe, Arbeit, weiterhin der Aufbau supportiver sozialer Netzwerke, z.B. Selbsthilfegruppen mit akzeptierender Ausrichtung oder drogenfreier Ausrichtung als Clean-Gruppen; dazu gehören auch professionelle Krisenhilfe, Bereitstellung von Verarbeitungshilfen für traumatische Erfahrungen wie Beraubung, Vergewaltigung, zerbrechende Beziehungen durch professionelle Helfer, aber auch durch Selbsthelfer. Karrierebezogene Soziotherapie stellt einen Beitrag zum Aufbau eines supportiven sozialen Netzwerkes, in dem die Hilfsagentur und die in ihr arbeitenden professionellen Bezugspersonen Teile dieses Netzwerkes werden.

Das „Keeping contact“ muss ein wechselseitiges sein. Ohne „nachgehende“ Ausrichtung müssen mittel- und langfristige Karrierebegleitungen scheitern. Das bedeutet, dass sie auch nicht nur an eine Bezugsperson gebunden werden dürfen, sondern dass eine Einrichtung, die akzeptierende Karrierebegleitung als Konzept der Drogenarbeit vertritt, als solche das Prinzip des „Keeping contact“ praktisch umsetzen muss. Sie muss Klienten/Patienten systematisch betreuen und gewährleisten, dass, auch wenn ein Mitarbeiter die Einrichtung verlässt, sein Klientenstamm vom Nachfolger bzw. der Nachfolgerin weiter mittel- bis langfristig betreut wird. Würden alle diese Hilfen nicht bereit gehalten, würden wir uns – um zur Begrifflichkeit der Humanität zurückzukehren, im Bereich der unterlassenen Hilfeleistungen befinden als Verstoß gegen die Menschlichkeit.

Ein weiteres Konzept ist das der **Therapeutischen Gemeinschaft**. Hier zeigt sich die Vielfalt therapeutischer Stile, Methoden, Techniken, Modalitäten, die grundsätzlich alle Menschen der therapeutischen Gemeinschaft in ihren jeweiligen Möglichkeiten erreichen können. Und das gelingt, wenn man zum Beispiel in stationären Einrichtungen der Drogentherapie vor der Situation steht, in einem Kalenderjahr junge Drogenabhängige aus mehr als 20 Nationen zu behandeln. Hier kann nur eine Vielfalt therapeutischer Interventionen zur Anwendung kommen. Die Therapeutischen Gemeinschaften der Anfänge haben sich inzwischen entwickelt zu anerkannten Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die aber nach dem Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft arbeiten.

Behandelt werden vorwiegend Menschen im Jugendalter und junge Erwachsene - auch mit deren Kindern -, die in Genese und Folge der Abhängigkeitserkrankung oftmals von tiefgreifenden Ich-funktionellen, Ich-strukturellen Störungen, schwerwiegenden Entwicklungsdefiziten, ausgeprägten Verwahrlosungsqualitäten und teils verheerenden Verwerfungen in der Biographie wie massiver Gewalterfahrung, Entwurzelung oder Zwangsprostitution betroffen sind. Ein hoher Wirkungsgrad und damit die Effizienz dieser Behandlung hängt nachweislich davon ab, dass die durch die schweren Veränderungen in Erleben, Verarbeitung und Verhalten geprägten Dynamiken und Interaktionsprozesse innerhalb eines therapeutischen Milieus überschaubar und günstig beeinflussbar bleiben und damit maligne Muster zurücktreten können.

Genau aus diesem Grund haben diese Rehabilitationseinrichtungen ihre Platzzahl überschaubar gehalten und zählen daher zu den kleineren Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik. Es sollte nämlich eine bessere Überschaubarkeit gewährleistet sein. Drogenabhängige sollten sich in einer Einrichtung von bis zu 30 - 50 Plätzen besser zurechtfinden. Zudem sollten sie möglichst umfassend und individuell gefördert werden, was in einer kleineren Einrichtung eher gewährleistet werden konnte.

Selbstverständnis und Behandlungskonzeption der Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige, die nach dem Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft arbeiten, unterscheiden sich in wesentlichen Merkmalen erheblich von den Vorstellungen und Handlungsweisen großer Fachkliniken:

In den Therapeutischen Gemeinschaften werden die Patienten nicht nur „behandelt“. Vielmehr werden die Therapeutischen Gemeinschaften durch die Aktivität und den Einsatz von Patienten und Therapeuten gleichermaßen konstituiert; sie gründen auf wechselseitiger Hilfe und Unterstützung; das Lernen voneinander und miteinander ist ein Wirkprinzip der Behandlung. Sie verstehen sich als lernende Organisationen und haben seit ihren Gründungen vor über 30 Jahren zahlreiche kontinuierliche Verbesserungsprozesse umgesetzt.

In den Anfängen hatten Therapeutische Gemeinschaften hinreichend Zeit, die Prozesse von Nachsozialisation, Nachreifung und Wachstum umfassend zu fördern. Die erlebte Solidarität und Wertschätzung in den stationären Drogentherapien wurden für die Patientinnen und Patienten zu einer existenziellen Lebenserfahrung, die Begegnung mit hilfreichen Menschen zu einem inneren Beistand.

Heutige kurze und schnelle Therapien von wenigen Wochen helfen schwer geschädigten Patienten wenig. Sie sind auch kaum geeignet für Patienten aus Sibirien, Usbekistan, Anatolien, Sizilien, auch nicht für schwerst traumatisierte und seit vielen Jahren sozial entwurzelte und drogenabhängige, kriminelle junge Menschen. Kurze Therapieversuche unter starkem Außendruck eignen sich nicht zur Selbstfindung

und Nachsozialisation, weil sie nicht gewährleisten, dass Ambivalenzen durchlebt werden können, dass Misstrauen schrittweise dem Vertrauen weichen kann, dass Kontakt und Rückzug als mitmenschliches Verhalten eingeübt werden kann. Kurze Therapien können kaum dazu beitragen, dass Menschen, die ihre innere und äußere Regulierung verloren haben, sich selbst wieder zu regulieren lernen.

Anpassung und Funktionsfähigkeit können in der Drogentherapie nicht die vorrangigen Ziele sein. Drogenabhängige haben äußerste existenzielle Krisen erlebt und ihre Balance, ihr Gleichgewicht verloren oder in ihrem bisherigen Leben nie gefunden. Sie können es finden in einer gesunden, schützenden und geordneten Umgebung, wie die Therapeutische Gemeinschaft sie darstellt. Sie können sich öffnen durch den Halt der Therapeutischen Gemeinschaft und sich durch den Spiegel der Gemeinschaft verändern und entwickeln. Sie können abgespaltene Persönlichkeitsaspekte neu integrieren, im Alltag umsetzen und gestalten. Das Zusammenleben in der Therapeutischen Gemeinschaft ist das Übungsfeld, das neue Erfahrungen, Hoffnung und Zuversicht vermittelt. Dadurch werden alte Bahnungen hinterfragt und in ihrer Wirkung relativiert.

Der Lebensstil junger Drogenabhängiger zeigt deutlich die Gefahren, wie Menschen sich in virtuellen Welten verlieren können und sich immer weiter von der Lebensrealität und der fassbaren Lebenswelt entfernen. Jüngere Drogenabhängige entstammen häufig der „Spaß-Generation“ der 80er Jahre und dem Gefühl der Perspektivlosigkeit der 90er Jahre. Sie haben sich wenig mit ihrer Innenwelt auseinandergesetzt, mit ihren Empfindungen, Gefühlen und Erfahrungen. Sie scheinen im Chaos zu versinken und sind vor allem heute in der Gefahr, sozial abgeschrieben zu werden. Die Therapeutischen Gemeinschaften arbeiten seit ihrer Gründung dieser Tendenz der Ausgrenzung und Entfremdung entgegen.

Die Konzepte der Fachkliniken der medizinischen Rehabilitation, die nach dem Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaften arbeiten, sind wissenschaftlich fundiert und von den federführenden Leistungsträgern anerkannt. Die Arbeit der Therapeutischen Gemeinschaften ist in das Qualitätssicherungsprogramm des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger eingebunden. Damit wird die Arbeit in den Einrichtungen kontinuierlich im Rahmen der dort festgelegten Qualitätskriterien überprüft und evaluiert.

Obwohl die Therapeutischen Gemeinschaften in den 30er Jahren ihres Bestehens gezeigt haben, dass sie wirksame und effektive Arbeit leisten, fürchten sie um ihre Existenz. Die Beschneidung der Behandlungszeiten, die Deckelung von Kostensätzen, die Budgetierung von Zeitkontingenten zeigen ihre zermürbende Wirkung. Die Einrichtungen sind gezwungen, frei werdende Stellen nicht mehr neu zu besetzen, die Gehälter der Mitarbeiter in Frage zu stellen oder erfahrene Mitarbeiter durch jüngere zu ersetzen, die auf den ersten Blick weniger kosten, aber auch über weniger Berufserfahrung verfügen.

Die Therapeutischen Gemeinschaften zur medizinischen Rehabilitation nehmen die Zeichen der Zeit auf bedrückende und gleichzeitig konstruktive Weise wahr. Sie widmen sich den Menschen am Rande, weil dies gesellschaftlich und wirtschaftspolitisch notwendig ist. Benachteiligten jungen und schwerkranken drogenabhängigen Menschen die notwendigen Hilfen zu versagen oder sie einzuschränken, wird zu einer teuren Angelegenheit, weil Kriminalität und extremes Verhalten die Folge sein können. Mangelnde Hilfe führt bestenfalls zu einer Stabilisierung des Status quo, nicht aber zur Überwindung von Notsituationen. Das Resultat fehlender Hilfe ist allzu häufig die bloße Verwahrung von Drogenabhängigen in Gefängnissen. Die Situation in den Haftanstalten mit Gewalt, Folter und Mord ist gerade in Nordrhein-Westfalen zum Jahresende 2006 in bedrückender Weise offenbar geworden.

Fachkliniken, die nach dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaften arbeiten, behandeln Menschen ohne Heimat, ohne Zugehörigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft. Sie helfen mit, dass sie sich entwickeln können, sich sicher und aufgehoben fühlen. Darunter sind viele aus unterschiedlichen Nationen, unterschiedlichen religiösen und ethnischen Orientierungen. Allen gemeinsam ist die Perspektive, in Deutschland leben zu wollen. Sie brauchen Lebenswelten, die überschaubar und verständlich sind, in denen sie nicht Objekte von Behandlungen werden, sondern in denen sie Beteiligte und Mitgestaltende sind, weil sie sich in diesen heilsamen Zusammenhängen artikulieren und angemessen verhalten können.

Die Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Nationen ist in den Therapeutischen Gemeinschaften eine gesellschaftspolitische Aufgabe ersten Ranges. Kulturelle Gegensätze werden angenommen, Sprachhemmnisse überwunden, das öffentliche Auftreten geschieht der Situation angemessen. Bedürfnisse, Wünsche, Anliegen und Interessen werden in gegenseitiger Achtung vertreten und geäußert. Damit wirken die Therapeutischen Gemeinschaften den Gefahren von Kriminalität, Vandalismus, Rassismus und Terror wirksam entgegen.

Die Therapeutische Gemeinschaft ist immer auch ein Mikrokosmos der Gesellschaft. Die Globalisierung der Welt und das Leben in der virtuellen Welt verlangen als Gegenpol das Leben in verständlichen, überschaubaren sozialen und ökologischen Zusammenhängen, die gemeinsam gestaltet werden. Die Erosion der gesellschaftlichen und familiären Zusammenhänge verlangt für Drogenabhängige Lebensformen, in denen sie sich aufgehoben fühlen und die sie mitgestalten und prägen können. Der Heimat- und Perspektivlosigkeit vieler Drogenabhängiger begegnet die Therapeutische Gemeinschaft in allen ihren Teilen.

Ein letztes Konzept möchte ich erwähnen, nämlich das der Arbeit im therapeutischen Verbundsystem: **Von der Übertragung zur Affiliation in der Arbeit im Verbund.** Die Wege der Heilung und Förderung, wie die Integrative Therapie sie entwickelt hat, brauchen – wie jede Methode – einen institutionellen Rahmen, z.B. ein Verbundsystem oder ein Hilfenetzwerk.

In vielen Feldern therapeutischer Arbeit mit schwer erkrankten Menschen – wie es die suchtkranken und die psychisch kranken Menschen sind – setzt sich die Arbeit im Therapieverbund durch, wird zunehmend in Verbundarbeit gedacht und gehandelt. Verbundarbeit oder Arbeit in der Therapiekette bietet nur in ihrer Gesamtheit die Erfahrungen und den Schutz, den besonders hilfebedürftige Menschen so dringend brauchen. Der Verbund ist ein Ort von Identitätsarbeit.

Die „*Identitätsarbeit*“ ist grundlegend für Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeitsentwicklung des Menschen, aber heute am besten realisierbar im Rahmen gemeinschaftlicher Arbeit an *identitätssichernden Kontexten*. „In dieser „doppelten Identitätsarbeit“ – der individuellen und kollektiven – macht der Mensch *sich selbst zum Projekt* der Selbstverwirklichung, mit und in seinem relevanten sozialen Netzwerk und sieht zugleich dieses Netzwerk und sein *Gemeinwesen als Projekt*, für dessen gutes Gelingen er sich engagiert“ sagt *Hilarion Petzold* dazu. Persönliche Identität realisiert sich in sozialen Kontexten und bedarf der Unterstützung und Hilfe der Mitmenschen. So kann erkannt und erfahren werden, dass jede und jeder zu den persönlichen Identitätsprozessen und zum Wohl des Gemeinwesens beitragen kann, zu dessen Sicherheit, Gerechtigkeit und Lebensfähigkeit.

Diese Position ist als theoretische Leitlinie zu sehen für die Einrichtungen von *Verbundsystemen* als *Systeme koordinierter, identitätssichernder Sozialisationsagenturen*, denn sie bieten für eine individuelle Lebensstrecke einen *Raum für Nachsozialisation, häufig für Neusozialisation*, für geschützte und gestützte „Identitätsarbeit“, d.h. eine das Leben begleitende Stützung, Stärkung, Korrektur und Orientierungshilfe. Der Verbund mit seinen unterschiedlichen Diensten, Einrichtungen, Aufgaben und Methoden stellt in vielen Lebenssituationen der Klienten einen „sicheren Platz“, eine „schützende Insel“ dar als Ort der Ruhe, des Schutzes, der Förderung, der Unterstützung und Begleitung. Er repräsentiert damit in seiner Gesamtheit positive Instanzen, die für die weitere Entwicklung der Klienten hilfreich sein sollen. Für den Erfolg der Hilfe ist eine „positive Übertragung“ des Klienten auf den Verbund notwendig, d.h. er entwickelt zu seiner Einrichtung Bindungsqualitäten wie zu einer Familie, *ähnlich* denen, die Jugendliche einem guten Elternhaus gegenüber haben. So war unsere bisherige Konzeption. Sie wurde aber gerade in den letzten Jahren erweitert: Im Verlauf der Behandlung kommt es nämlich zu übertragungsärmeren Beziehungsqualitäten, es kommt zur Entwicklung einer positiven, *tragfähigen Beziehung* der Klienten zu „ihrem“ Verbund, weil in den konkreten, realen Erfahrungen des Miteinanders im Alltag der Einrichtungen, in seiner „philosophy“, in der Motivation und Leistung seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine *Wertschätzung* aufgrund der erfahrenen Hilfeleistungen und Förderung entsteht, eine „Affiliation“, wie *Stroebe* sagt, die die Übertragungsqualität ablöst. Affiliation wird als „Tendenz beschrieben, die Gesellschaft Anderer zu suchen“. Dieser sozialpsychologische Mechanismus lässt sich auch in der Beziehungsaufnahme und -pflege zu Gruppen und Einrichtungen sehen.

Affiliation ist die Tendenz von Menschen, die Nähe anderer Menschen zu suchen, auch wenn keine gewachsenen emotionalen Beziehungen da sind, gleichzeitig auch die Tendenz, solche emotionalen Bezüge, ja Bindungen herzustellen, wenn das möglich ist.

Durch die Fähigkeiten, sich motorisch, emotional und kognitiv zu synchronisieren, und zwar auch aufgrund der Ausstattung mit Spiegelneuronen und transkulturell gleicher Ausstattung mit Grundemotionen und Mustern der nichtsprachlichen Kommunikation werden Affiliationsprozesse ermöglicht, die auch kulturelle Fremdheiten im Fühlen, Denken und in kommunikativer Performanz weitgehend zu überbrücken vermögen. Damit beschreiben diese Konzepte in einer anderen Weise als der Übertragungsbegriff und in mancher Hinsicht besser das, was KlientInnen im Laufe ihrer Versuche erleben, sich aus der Abhängigkeit zu lösen, sich im Verbundsystem zu steuern und zu erproben.

Im Verbund durchlaufen Klienten immer wieder Übergänge – z.B. von einer niedrigschwelligen zu einer hochschwelligen Einrichtung, von der stationären Behandlung in die Nachsorge usw. – , die gehandhabt werden müssen. Diese Übergänge sind zugleich immer auch auf der Mitarbeiterseite Übergaben von der einen in die andere Einrichtung, und sie sind auf der Klienten- wie auf der Mitarbeiterseite immer auch mit Trennung, Abschied, Trauer, manchmal auch mit einem Bruch personaler Beziehungen verbunden, wodurch Probleme entstehen, die in der Regel gut und dabei doch letztlich nie vollends ohne schmerzliche Erfahrungen gelöst werden können. Auf allen Seiten muss Abschieds-, Trauer- und Trostarbeit geleistet werden.

Eine gute Möglichkeit, diese „Brüche“ abzufedern oder ihnen gar einen positiven Entwicklungsaspekt zu verleihen, besteht darin, Klienten und Patienten nicht nur auf einzelne Mitarbeiter oder nur auf eine einzelne Einrichtung hin zu orientieren, sondern insgesamt auf den Verbund, - in der Initialphase der Behandlung zunächst als „Übertragungsgröße“ und dann zunehmend als „Affiliationsgröße“, d.h. als „persönlich bedeutsamer Ort“, dessen Wichtigkeit für das eigene Leben während der andauernden Drogenabhängigkeit erkannt und allmählich auch wegen seiner Zielsetzungen und Leistungen wertgeschätzt wird.

Affiliation wird dadurch erreicht, dass sich jede einzelne Einrichtung als Teil des Verbundes nach innen und nach außen definiert, und dass sozusagen der Verbund in jeder einzelnen Einrichtung präsent ist, weil es ein von allen getragenes „Bild“, eine kollektive mentale Repräsentation des Verbundes und seiner „Philosophie der Hilfeleistung“ gibt. Dieses „Bild“, diese kollektive kognitive und emotionale „Vorstellung“ kann Klienten vermittelt und bis in die Szene wirksam werden.

Die *positive Übertragung* auf den Verbund und engagierte Affiliationen zu ihm werden einen fördernden Charakter haben und behalten, wenn

- das Verbundkonzept gut sozialisatorisch vermittelt ist,
- die „Philosophie“ des Verbundes durch alle getragen wird,
- Stimmigkeit der Theorien gegeben ist und sie
- auch auf der Handlungsebene für die Patienten erfahrbar wird,

so dass der Klient im Verbund reine Übertragungsqualitäten überwindet zu Gunsten besonnener und klarer Beziehungen zu seinen Einrichtungen und zu den für ihn relevanten MitarbeiterInnen.

Die Integrative Therapie hat aber auch den Hilfeverbund im Sinne eines positiven sozialen Netzwerks konzeptualisiert. Die meisten Klienten eines Verbundes kommen aus Milieus und Lebensverhältnissen, die nicht nur mangelnde Tragkraft, sondern häufig darüber hinaus pathogene Wirkungen hatten. Mit seinen Diensten und Einrichtungen und den darin tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch in seinem klientenzentrierten, integrativ orientierten, theoriegeleiteten Handeln versteht sich der Verbund für die Klienten als ein „tragfähiges“ soziales Netz, das Sicherheit und Stabilität, Unterstützung und Begleitung bietet.

Damit wird der Verbund Identität-stiftend und Ressourcen-fördernd. Drogenabhängige können konkret die Erfahrung der anthropologischen Aussagen machen, dass sie „Menschen unter Mitmenschen“ sind, dass sie als Mensch ein „soziales Wesen“ sind und deshalb auf die anderen angewiesen, dass sie „Ko-existierende“ sind und den Mitmenschen brauchen, um Mensch zu sein (*Marcel, Merleau-Ponty*), dass sie die Anderen, das DU und das WIR brauchen (*Levinas, Buber*), und dass Identität immer eine soziale ist (*Mead, Erikson*). Mit diesem Gedankengut, mit dieser Alltagspraxis verwirklicht die Integrative Therapie Humanität bis in die Konzepte der Einrichtungen hinein.

Mein letzter Aspekt gilt dem politischen Selbstverständnis der Integrativen Therapie: Die Integrative Therapie hat sich immer – wie kein anderes psychotherapeutisches Verfahren – auch als politische Therapie verstanden, die sich für Menschenrechte und Menschen in sozialen Notlagen einsetzt. Sie sieht dies als „Metapraxis“. **Therapie ist ein gesellschaftliches Gut und verlangt gesellschaftliche Praxis.**

Und das ist heute eine hochaktuelle Thematik: Das neue Ziel der Sozialreformen der letzten Jahre scheint nur noch in der Betonung und Stärkung des Erwerbsarbeitssystems zu bestehen. Erwerbsarbeit wird als der Normalfall definiert, dem alle Maßnahmen und Leistungen unter- und zugeordnet werden. Dem seit fast 30 Jahren bekannten Problem der Massenarbeitslosigkeit begegnet der Sozialstaat nicht mit Maßnahmen der Arbeitsplatzausweitung, sondern der Verwaltung des Problems durch Transferleistungen. Die neuen sozialstaatlichen Prinzipien des Forderns und Förderns werden unter Zuhilfenahme Sozialer Arbeit umgesetzt, die die Aufgabe

zugewiesen bekommt, Aktivitäten für Erwerbslose für deren Wiedereingliederung in das Erwerbsarbeitssystem vorzuhalten. So gelten z.B. die Suchterkrankung, aber auch andere psychische Erkrankungen in diesem Sinne eben nicht mehr als Krankheit, sondern lediglich als Vermittlungshemmnis.

Werden aber die Problemlagen kranker Menschen überwiegend unter dem Gesichtspunkt ihrer Wiederbeschäftigung bearbeitet, dann können viele ihrer Problemlagen nicht professionell bearbeitet und kann in der Folge häufig auch nicht für deren (Wieder-) Beschäftigung gearbeitet werden. Eine unter dem Primat von „workfare“ stehende Hilfe für psychisch Kranke muss die Breite der Problemlagen reduzieren und gerade deshalb auch den umfassenden Bedarf an professioneller Unterstützung für eine (Wieder-) Beschäftigung außer Acht lassen, die sie im Auftrag des aktivierenden Sozialstaats privilegiert bzw. monopolisiert.

Mit der Umstellung hin zu einem aktivierenden Sozialstaat ist eine weitere, auch für die Psycho- und Soziotherapie bedeutsame Veränderung verbunden: Die Leistungen der sozialen Sicherung und die der sozialen Fürsorge sind bisher in die Gegenseitigkeit von Solidaritätssystemen eingebaut. Im aktivierenden Sozialstaat besteht aber inzwischen die Mündigkeit der Menschen vor allem darin, dass sie keine sozialstaatlichen Leistungen in Anspruch nehmen oder nehmen müssen. Menschen, die aber auf derartige Leistungen angewiesen sind, werden aus der Gegenseitigkeit autonomer Menschen herausgelöst und in ein eigenständiges Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihnen als Leistungsempfängern auf der einen und den Steuer- und Beitragszahlern auf der anderen Seite verwiesen. Durch ihren Leistungsbezug bringen Leistungsempfänger dieses Verhältnis aus dem Lot und müssen sich in der Folge die erhaltenen Leistungen durch besondere Pflichten oder gar durch Rechtsminderungen verdienen. In dem Maße, wie die Soziale Arbeit im Allgemeinen und die Arbeit mit psychisch kranken Menschen im Besonderen diese Entwicklung mit vollzieht, muss sie mit Menschen arbeiten, die vom Sozialstaat „ausgebürgert“ sind.

Im „aktivierenden Sozialstaat“ werden die Ursachen der Erwerbslosigkeit grundsätzlich individualisiert gesehen mit der Folge deutlicher Repressionen gegenüber den Erwerbslosen. Im Rahmen einer überwachenden und kontrollierenden Betreuung werden die sozialstaatlich definierten Regeln und Normen durchgesetzt. Diese Prinzipien sollen zunehmend in der Betreuung und Beratung der Geförderten umgesetzt werden. Die Soziale Arbeit, die nur das Ziel der Beseitigung von Vermittlungshemmnissen kennt, wird zum durchsetzenden Programm des aktivierenden Sozialstaats.

Die Integrative Therapie hat aus meiner Sicht wie kein anderes therapeutisches Verfahren einen wachen Blick auf die gesellschaftlichen Bedingungen, die Menschen fördern können und auf solche, die Menschen schädigen und ihnen ihre Zukunftszuversicht nehmen können. Sie hat vor allen Dingen Therapie immer als ein öffentliches Gut vertreten, das grundsätzlich für alle Menschen erreichbar sein muss,

auch hinsichtlich ihrer Methodik. „Wo ein Mensch zu einer Kur gewillt ist, muss ein Weg gefunden werden, ihm zu helfen“. In dieser Tradition *Sándor Ferenzcis* befindet sich die Integrative Therapie und vertritt damit modernste Positionen sozialetischer Forderungen der Teilhabe an gesellschaftlichen Gütern.

Therapie als Teil sozialer Arbeit ist ein öffentliches Gut, weil

- der Zugang zur Therapie die Lebenschancen der Menschen und ihre Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Partizipation maßgeblich und nachhaltig prägt. Der Zugang zu Beratung, Betreuung, Begleitung, Rehabilitation gehört zumindest grundsätzlich, wenn auch nicht immer aktuell, zum Bedarf eines jeden Menschen und darf aus diesem Grunde nicht durch deren jeweilige Kaufkraft bestimmt werden. Niemand darf vom Nutzen von Therapie ausgeschlossen werden.
- Therapie als Teil der Sozialen Arbeit trägt maßgeblich zur gesellschaftlichen Integration, also zum Zusammenhalt einer Gesellschaft und deren Fortentwicklung bei. Damit ist sie von einem kollektiven Nutzen, der noch einmal zu dem Nutzen für alle die hinzukommt, die von den jeweiligen Gütern unmittelbar oder mittelbar profitieren. Wird aber Therapie nur in unzureichendem Ausmaß oder in schlechter Qualität bereitgestellt, entsteht der gesamten Gesellschaft ein Schaden, der die Summe der individuellen Nachteile übertrifft.
- Nur in öffentlicher Verantwortung kann Therapie in dem quantitativ notwendigen Umfang und auf dem höchst möglichen Niveau bereitgestellt werden. Beratung, Betreuung, Begleitung, Rehabilitation sind Vertrauens- und kooperative Güter, die nur dann verlässlich und professionell bereitgestellt werden können, wenn sich die jeweils Beteiligten nicht als Konsumenten und Unternehmen gegenüberstehen. Zudem können sie in öffentlicher Regie produktiver bereitgestellt werden, als wenn sie der einzelwirtschaftlichen Logik von Angebot und Nachfrage unterworfen werden.

In diesem Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklungen steht auch die Integrative Therapie, die im Sinne ihrer Strategien der Repräsentation und der Amelioration aufgerufen ist, die therapeutischen Erfahrungen mit den Klienten und Patienten auch öffentlich zugänglich zu machen, damit die politischen Entscheidungen nicht mehr nur in Ministerien und in Politikerrunden getroffen werden, sondern da entstehen, wo die Menschen sind. Das kann nur durch uns geschehen, wenn wir mithelfen, einen demokratischen Sozialstaat zu fördern.

Therapie als öffentliches Gut kann nur dann alle erreichen, die sie brauchen, wenn sie auf die Straße getragen wird, in die Einrichtungen der niedrigschwelligen Hilfen, der Wohnungslosenhilfe, der sozialen Brennpunkte, der marginalisierten Wohngebiete.

Noch zwei Schlussgedanken seien mir gestattet: Ich denke und empfinde mich in meiner beruflichen Tätigkeit auch als Theologe: Und wenn ich auch in dieser Identität den Ansatz der Integrativen Therapie schätzen gelernt habe, dann vor allem aus zwei Gründen, die nicht unbedingt der beschriebenen Grundtheorie der Integrativen Therapie entspringen: Wenn der Mensch nach den Beschreibungen des Schöpfungsberichts in der Genesis des Alten Testaments oder im Sinne des Mystikers *Meister Eckhard* als *imago dei*, als Abbild Gottes gesehen werden kann, dann verbietet alleine diese Sichtweise eine vereinfachende und reduzierende Sicht auf den Menschen. Dann wird die Komplexität geradezu zur Verpflichtung, denn bei allem, was wir heute über uns als Menschen wissen, bleiben doch immer und erneut Rätsel und Fremdheit.

Der zweite Grund liegt darin, dass ich in der Anwendung der Integrativen Therapie, in ihrem Gedankengut und in ihrer Methodik die Menschenfreundlichkeit Gottes erkennen kann.

Und deshalb bin ich von großer Dankbarkeit erfüllt gegenüber allen, die an der Entwicklung der Integrativen Therapie beteiligt waren, die sie erweitert und beschrieben haben und die sie anwenden. Die Integrative Therapie ist ohne Zweifel ein Werk von vielen, wie *Hilarion Petzold* immer betont, aber gerade ihm möchte ich einen besonderen Dank sagen für die Konzepte, für die Begleitung, für die Weiterentwicklung des Ansatzes und für meine Möglichkeit, die Integrative Therapie für Suchttherapeuten zu lehren und damit die Übersetzungsarbeit zu leisten, damit Therapie auf der Straße ankommt.

### **Zusammenfassung: Integrative Therapie als angewandte Praxis der Humanität - Dargestellt anhand der Entwicklung und Praxis moderner Suchttherapie**

Der Artikel beschreibt die wesentlichen Konzepte und Grundfragen der Integrativen Therapie, wie sie von *Hilarion Petzold* u.a. entwickelt wurden, hinsichtlich ihrer Anwendung in der Arbeit mit Menschen, die am Rand der Gesellschaft leben und die für therapeutische Interventionen schlecht erreichbar scheinen. Die Integrative Therapie wird beschrieben als Beitrag zur angewandten Praxis von Humanität, als gesellschaftliches Gut.

**Schlüsselwörter:** Integrative Therapie, Behandlungskonzepte, Randgruppen, Humanität, gesellschaftliche Güter

### **Summary: Integrative Therapy as Applied Practice of Humanitarianism – Exemplified by Developments and Practice in Modern Therapy of Addiction**

The article describes the fundamental concepts and basic questions of the Integrative Therapy as developed by *Hilarion Petzold* et al. with regard to its application during the treatment of individuals, who live at the fringes of society and are hardly amenable to therapeutic interventions. The Integrative Therapy is specified as a contribution to the applied practices of humanitarianism and as social value.

**Keywords:** Integrative Therapy, treatment concepts, fringe groups. humanitarianism, social value

## Literatur

- Möhring-Hesse, Matthias (2007): Die Zukunft der Sozialen Arbeit im Sozialstaat. [http://www.dgsv.de/pdf/Vortrag\\_Moehring-Hesse.pdf?PHPSESSID=a70d6d8d6cdac2d20da307b8bdf3407b](http://www.dgsv.de/pdf/Vortrag_Moehring-Hesse.pdf?PHPSESSID=a70d6d8d6cdac2d20da307b8bdf3407b)
- Petzold, Hilarion G. (1994c): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ - Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: Hermer, Matthias (1995) (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag, 143-174.
- Petzold, Hilarion G. (2003a): Integrative Therapie, Bände 1-3. Paderborn: Junfermann
- Petzold, Hilarion G., Schay, Peter, Ebert, Wolfgang (2007): Integrative Suchttherapie, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Auflage
- Petzold, Hilarion G., Schay, Peter, Scheiblich, Wolfgang (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, Hilarion G., Sieper, Johanna (2008): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie.
- Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. In: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2008
- Ricœur, Paul (2007): Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In: Sieper et al. (2007) 259-270
- Sieper, Johanna, Orth, Ilse, Schuch, Hans Waldemar (2007) (Hg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.

## Korrespondenzadresse:

Dipl.-Theol., Dipl.-Soz.arb. Wolfgang Scheiblich

Oberpleiser Straße 4  
50939 Köln  
Deutschland

## E-Mail-Adresse:

wolfgang.scheiblich@koeln.de