

# GraduierungsArbeiten

## zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Naturtherapien und Kreativitätsförderung  
sowie dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

02 /2019

### „Integrativ-therapeutisches Programm für schwer oder wiederholt alkoholisiert/intoxikiert Fahrzeugführende“ \*

eingereicht von *Peter Killmer*, Meggen

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Naturtherapien und Kreativitätsförderung von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,  
Dr.med. Susanne Orth-Petzold, Dipl.-Sup., Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen  
e-mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de)

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

---

\* 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](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>). Teilnehmer der EAG-Weiterbildung „Integrative THERAPIE“.

## Gliederung:

### **Vorbemerkung**

#### **1. Einleitung**

- 1.1 Problemstellung
- 1.2 Ursachen
- 1.3 Zur Frage des Krankheitswerts von FiaZ/FuD-Delinquenz
- 1.4 Staatliche Massnahmen in Baselland

#### **2. Integrative Therapie (IT), Integrative Suchttherapie (IST), Integrative Fokale Kurzzeittherapie (IFT) im Programm**

#### **3. Integrativ-therapeutisches Programm für schwer oder wiederholt alkoholisiert/intoxikiert Fahrzeugführende**

- 3.1 Rahmenbedingungen
- 3.2 Überblick Kurs-/Lerneinheiten
- 3.3 "Drehbuch" zum Kurs
- 3.4 Kursaufgaben
- 3.5 Vorgespräch
- 3.6 Dyade
- 3.7. Check-Up Nachgespräche

#### **4. Zusammenfassung/Summary**

#### **5. Literaturverzeichnis**

#### **6. Referenz, Danksagung**

## Vorbemerkung

**„Von dir selbst hängt es ab, ein neues Leben zu beginnen. Betrachte nur die Dinge von einer anderen Seite, als du sie bislang angesehen hast. Das nämlich heißt: ein neues Leben beginnen“ (Marc Aurel VII, 2, zit. nach *Petzold, Sieper 2008a, 251/579*)**

Die vorliegende Arbeit erstelle ich zur Erlangung der Graduierung „Integrativer Psychotherapeut“ im Rahmen der gleichnamigen Weiterbildung an der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit - Fritz Perls Institut (EAG - FPI).

Manual und Kurs für Fahrer mit Führerausweis-Sicherungsentzug im Kern dieses Programms wurden von mir ursprünglich im Jahre 2006 entwickelt auf Basis der Integrativen Suchttherapie (IST, *Petzold 2004, 2006*) und nun als Teil der Graduierungsarbeit komplett überarbeitet. Das Programm war damals konzeptueller Bestandteil („C-Programm“) des Kurssystems der „Basellandschaftlichen Beratungsstellen für Alkohol- u.a. Suchtprobleme“ (BfA) zum Delikt „Fahren im angetrunkenen Zustand“ (FiaZ). Es konnte und kann heute noch ohne weiteres auch auf die Verhältnisse in anderen westlichen Ländern übertragen werden, vor allem im deutschen Sprachraum. Gedacht war das Programm als optionale Sonderform für entsprechend motivierte Delinquenten im Rahmen des sogenannten Sicherungsentzugs. Mit ihm sollten die im Auge der Öffentlichkeit „kantonalen“ Beratungsstellen in Baselland (BL) auf dem Hintergrund ihrer langjährigen Erfahrung im Bereich FiaZ nicht mehr nur Psychoedukation, sondern im speziellen Segment der Schwer- und Wiederholungstäterschaft von Krankheitswert in einem erweiterten Rahmen hochschwellig integrative Suchtarbeit anbieten. Und der Administrativedienst der Polizei BL war angefragt, entsprechend sein Bonus-System zur Wiedererlangung des Führerausweises auf diesen Personenkreis auszuweiten.

Unabhängig von der Finanzierungsfrage war beides paradigmatisch nicht umsetzbar. Der Entwurf „C-Programm“ kam nie zur Umsetzung. Der politische Wille der beteiligten Instanzen war nicht gegeben, über das Kerngeschäft ihrer jeweiligen Institutionen hinaus ihren Dienst als Teil übergreifender „komplexer Suchtarbeit“ (*Petzold 2010m*) zu

verstehen. Das Manko staatlich-behördlicher Instanzen, sich zur Lancierung *therapeutischer* Prozesse an einem Programm zur Reduzierung der Zahl oben genannter Delinquenten zu beteiligen, wurde nicht überschritten. Schliesslich hätte die Umsetzung des Konzepts bedeutet, neben der Herausforderung institutionsübergreifender Zusammenarbeit, in persönlichkeitsensible Bereiche vorzudringen. Inhaltlich wäre es nämlich in der Arbeit über den symptomatischen Trink-Fahrkonflikt hinaus auch um den ursächlichen Alkohol-Überkonsum von Krankheitswert gegangen, und das notwendigerweise unter Berücksichtigung individuell-psychiatrischer Komorbiditäten, also einer Aufgabenstellung, die traditionell in den Bereich des (psychiatrischen) Gesundheitssystems gehört. Für ein Joint-Venture dieses Ausmasses waren die infrage kommenden Instanzen leider nicht zu gewinnen.

Der Reiz und die Originalität der Konzeptidee bestand und besteht auch heute noch in der Etablierung *kurativ* wirkender Elemente eines Zusammenspiels derart verschiedener Partner wie Polizei, Psychiatrie, Beratungsstelle und Gericht. Das wäre in der besonderen Art ihrer "Konnektivierung" (*Petzold* 2004, 179) eine wegweisende Neuerung gegenüber dem schematisch-formalistischen Verfahren des üblichen Sicherungsentzugs, der ja lediglich auf den Säulen Busse, Führerausweis-Entzug, Psychoedukation und prolongierte Konsumkontrollen basiert. Ein erheblicher Vorzug hätte auch in der Verbesserung der Entscheidungsgrundlage der Behörden bestanden zur Prüfung etwaiger Aufhebungen des Sicherungsentzugs. (Der Sicherungsentzug sah und sieht heute immer noch allein den Schutz der Öffentlichkeit vor, -nicht mehr und nicht weniger. Dieser erlischt, wenn der Betroffene mittels ärztlich bzw. psychologischem Gutachten und Konsumkontrollen nach ggf. durchlaufener Therapie glaubhaft machen kann, den Konsum bzw. die Abstinenz im Griff zu haben und somit fahrtauglich zu sein).

Die Grundidee der Arbeit folgt dem Anspruch genuin komplexer Suchtarbeit, wie sie die IST fundiert, bewährt und differenziert ausgearbeitet hat. Der vorgelegte Ansatz versucht somit breit und weitgreifend, einen neuen Weg zur Bekämpfung einer als änderungsresistent (*DeMichele, Payne* 2010) beschriebenen Gruppe von Schwerst- und Wiederholungstätern aufzuzeigen.

Mir ist kein vergleichbares Angebot national oder international bekannt. Allorts sind Anbieter zur Verhaltensmodifikation im Konsum-Fahrkonflikt Fachkräfte, die

Psychoedukation und nicht Psychotherapie leisten, geschweige denn sich institutionsübergreifend mit mehrperspektivischem Blick in komplexer, integrativer Suchtarbeit konnektivieren und Synergien bündeln. Das vorgelegte Konzept versucht somit im Gegensatz zu herkömmlichen weiter zu greifen. Es entwirft nicht nur ein „Drehbuch“ für einen Kurs, sondern ein *agogisch* ausgefeiltes Programm einer Reihe von Begleitmassnahmen als Rahmen desselben. Heterostase, Sinnorientierung und Kohärenzgefühle (*Ostermann 2003*) müssen therapeutisch auch im Konsum-Fahrkonflikt geschaffen werden. Theorie und Praxis der Integrativen Therapie wird diesem Anspruch gerecht. Und sie will gesellschaftlich sowie im Einzelnen verändernd wirken. Veränderungsprozesse dürfen nicht an der Türschwelle zum Kursraum aufhören, denn „Suchtarbeit ist mehr als nur Suchttherapie“ (Anlehnung an eine Kapitel-Überschrift eines Vortrags von *Petzold 2010m*).

# 1. Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Fahren im angetrunkenen Zustand (FiaZ)<sup>1</sup> war in der Schweiz, Deutschland und auch in anderen Ländern der westlichen Welt über lange Jahre wichtigstes verkehrsmedizinisches Problem. Die angesehene Expertengruppe um *Krismann et al.* kamen noch 2011 zu dem Schluss: "Alcohol impaired driving is still the most important road safety risk." *Krüger* (1998) wies für die deutschen Verhältnisse in den 90-er Jahren nach, dass das Führen eines KfZ unter Alkoholeinfluss damals in weiten Teilen der Bevölkerung als sogenanntes Kavaliersdelikt galt.

Belegt durch die aktuell vorgelegten Statistiken der Schweizer (*Bohnenblust, Pool* 2018) und Deutschen Behörden (Statistisches Bundesamt 2018; *Knoche* 2018) kann davon mittlerweile keine Rede mehr sein. In den letzten 20 Jahren sanken die Zahlen der FiaZ-Fälle und damit zusammenhängender Unfälle und Verkehrstoten deutlich. Das gegenteilige Bild zeigt sich allerdings bei den Ausweisentzügen aufgrund von Fahren unter Drogeneinfluss (FuD): „Seit 2009 steigt die Zahl dieser Fälle stetig an und erreichte 5047 im Jahr 2017 (in der Schweiz, Anmkg. P.K.). Im Vergleich zu 2016 ist das ein Plus von 8 Prozent“ (*ASTRA, Strassen und Verkehr* 2018, 46; *Bohnenblust, Pool* 2018, 11). In Deutschland verfünffachte sich die nachgewiesene Zahl der Delinquenten in den Jahren 1991 bis 2017, die andere toxische Substanzen als Alkohol fahrtüchtigkeitseinschränkend konsumierten (*Statistisches Bundesamt* 2018). Auch in Nordamerika deuten Studien darauf hin, dass die Relevanz von FuD erfasst bei Unfällen, mittlerweile fast so hoch ist, wie derjenige, durch FiaZ.

Grundsätzlich muss bei all diesen Statistiken auf die hohe Dunkelziffer hingewiesen werden. Vor allem bei FuD dürfte sie aufgrund der Vielfalt von Substanzen, die in Drogen- und Medikamentenschnelltests nur schwerlich nachweisbar sind, sehr hoch sein (*Achermann Stürmer* 2013; *Deutscher Verkehrssicherheitsrat* 2017). Eine Repräsentativ-Umfrage an Jugendlichen zeigt die Verharmlosung des Drogenkonsums beim Autofahren (*Brandenstein* 2011).

---

<sup>1</sup>Rechtsbegrifflichkeit in Deutschland: „Trunkenheit im Verkehr“

Experten führen den Rückgang der FiaZ-Fälle auf ein Umdenken in der Bevölkerung zurück. Blaufahren ist heute in weiten Kreisen der Gesellschaft verpönt. Den Erfolg können in erster Linie die staatlichen Massnahmen für sich verbuchen: Die Herabsenkung der „Promillegrenze“ in der Schweiz im Jahr 2005, in Deutschland 2001, vermehrte Polizeikontrollen, Beschränkung des Alk.- Ausschanks/Verkaufs, die Preisgestaltung oder die Zweiphasenausbildung für den Führerausweis, gelten unter Experten als hauptverantwortlich für die Besserung. Die Massnahmen wurden teilweise unter erheblichem Widerstand von Lobbyisten, z.B. aus der Gastronomie, durchgesetzt. Das mediale Interesse an diesem Politikum trug seinen Teil dazu bei, die Thematik ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen.

Kein Effekt war auf die Zahl der FiaZ Schwerst- oder Wiederholungstäter (häufiger als drei Mal auffällig) auszumachen, definiert als Blaufahrer, die den Führerausweis in der Schweiz im sogenannten Sicherungszug auf unbestimmte Zeit, mindestens aber 24 Monate, entzogen bekommen hatten. Sie blieb über die Jahre 2001-2008 konstant bei ca. 17-18% (*Bohnenblust, Pool* 2018). In Deutschland blieb die Zahl in vergleichbarem Zeitraum und darüber hinaus bis ins Jahr 2014 relativ konstant bei 11% danach fiel sie leicht, während die Anzahl der Wiederholungstäter bei den FuD-Fahrern stark anstieg (*Breustedt, Below, Bockholdt* 2004, 78; *Deutscher Verkehrssicherheitsrat* 2017).

*Impinen et al.* (2009) wiesen nach, dass ein Drittel aller motorisierten und alkohol- und/oder drogenintoxikierten Straßenverkehrsteilnehmer innerhalb von 15 Jahren wegen des gleichen Delikts erneut auffällig werden. Junges Alter, männliches Geschlecht und eine hohe Blutalkoholkonzentration stellten die Risiko-Merkmale dar (vgl. *Jehle, Kirchner* 2002, 188). Rechnet man zu den Wiederholungstätern noch die Gruppe derjenigen hinzu, die in mindestens einem der Fälle eine Verurteilung hatten wegen Verbrechen, Verstössen oder Vergehen gegenüber anderen wichtigen Gesetzen, dürfte die Zahl um etwa nochmals ein Drittel höher liegen (Verurteilungen von Ausländer sind in diesen Analysen nicht enthalten).

In vorliegender Arbeit geht es um die oben genannten auffälligen Delinquenten der FiaZ/FuD-Schwerst- oder Wiederholungstäterschaft. Offensichtlich greifen die auf sie

ausgerichteten Massnahmen zu kurz. Ich lege im Folgenden ein Programm zu ihrer Therapie vor als Beitrag zur Vision einer breit ausgerichteten Integrativen Sucharbeit.

## 1.2 Ursachen

Dass die Zahl der *entdeckten* Drogenfahrten angestiegen bzw. die der Fahrerlaubnisentziehungen aufgrund von anderen berauschenden Mitteln als Alkohol zugenommen hat, ist laut einhelliger Expertenmeinung auf die Faktoren Gesetzesänderung, Schulung der Beamten im Bereich Drogenerkennung und Ahndung, sowie verbesserten Drogenschnelltests und Laboranalytik zurück zu führen. Gleichzeitig dürfte wie auch die Diskussion um die Promillegrenze, das Politikum der Auseinandersetzung um die rechtliche Angleichung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum im Strassenverkehr zu einer gesellschaftlichen Sensibilisierung geführt haben.

In Bezug auf die psychologischen Ursachen von FiaZ und FuD werden in der Literatur Erklärungsansätze genannt, wie z.B. den einer Verharmlosung des (Straf-) Tatbestands FiaZ/FuD mit (krankheitsbedingter) Uneinsichtigkeit und Selbstüberschätzung der Täter, ihrer Willens-, Steuerungs- und Charakterschwäche, oder es wird fokussiert auf den sozialen, (sub-)kulturellen Aspekt der Konsumsituation im Rollenverhalten des Täters. Ausserdem wird natürlich auf genetische Vulnerabilitäten abgehoben.

Spezifisch in Bezug auf die FiaZ Schwerst- und Wiederholungstäter listen *DeMichele, Payne* (2010) zur Erklärung des Verhaltens verschiedene Ansätze in folgender Literaturübersicht auf:

Criminological Theory and DWI (=Driving While Intoxicated)

<b>Theory:</b>	<b>Proponent:</b>	<b>How it explains DWI</b>
Differential Association	<i>Sutherland</i>	People learn that it is okay to drive drunk and these attitudes or perspectives are shaped by their friends, family, and others the individual associates with regularly and considers important.



Techniques of Neutralization	<i>Sykes, Matza</i>	Criminals may deny that they are responsible for any wrongdoing or that anyone was injured, which allows for denying the existence of a victim and condemning authority figures. DWI offender may argue that drunken driving laws are wrong as long as no one gets injured, or that it is not their fault because they had to get to work the next morning.
Control Theory	<i>Hirschi</i>	A person's level of attachment or bonding to social institutions such as family, school, work, and church shapes pro-social behavior. Individuals who drink and drive have internalized conventional norms depending on their level of attachment to these conventional institutions.
Self Control Theory	<i>Gottfredson, Hirschi</i>	Drunk drivers are individuals with low self control. They are also more impulsive, spontaneous, risk seekers, egotistic, and need instant gratification.
Social Learning Theory	<i>Various authors</i>	Chronic drunk drivers have been exposed to experience that suggest to them a certain amount of legitimacy to drunken driving. Their cognitive process is different from someone who will not drink and drive. It may be the social situation (peers encouraging a person to drink and drive or not to drive) or how the cognitive frames process potential actions for individuals.

Tab. 1: Criminological Theory and DWI nach *DeMichele, Payne* (2010)

Die Situation und die grob oberflächlich betrachtet psychosozialen- und Verhaltenscharakteristika des "harten Kerns" der Täter umschrieben 1994 *Mayhew, Simpson and Beirness* (pp. 791-796): „... an examination of contemporary information produces a profile (of the hard core drinking driver, Anmkg. P.K.) that is consistent with previous

findings by the present authors (*Simpson, Mayhew 1991*). As we recently reported, the hard core have numerous psychosocial and behavioural characteristics that distinguish them from the general driving population. For example, they: often exhibit a variety of antisocial and deviant tendencies, such as aggression, hostility, and thrill-seeking; are more likely than non-drinking drivers and drivers with lower BACs to have a criminal history, to use drugs, and to have poor driving records; and more frequently consume greater quantities of alcohol per occasion, experience more alcohol-related problems and are more likely to meet the criteria for a diagnosis of alcohol dependence —these characteristics are even more pronounced among multiple DWI offenders.”

*Petzold* (1993a, 566) warnt vor singularär vereinfachter Ursache-Wirkungszuschreibung bei psychischen Erkrankungen, wie auch bei (Fehl-)verhalten überhaupt: Es handle sich um komplexe Geschehen, an denen multifaktoriell im Allgemeinen somatische, psychische und soziale Faktoren beteiligt seien in Interaktion miteinander (vgl. *Petzold 1993a, 566, Abb. 4*). Spezifische Vorschädigungen, z.B. in der frühen Kindheit, müssten ebenso in Betracht gezogen werden, wie die psychosoziale Gesamtsituation von Entfremdung oder pathogener Stimulierung. Menschen erkrankten „in und mit ihren Netzwerken“. Im Sinne der IT müssten „die Ursachen hinter den Ursachen“ gesehen werden mit mehrperspektivischem Blick:

1. Genetische und somatische Einflüsse und Dispositionen: (mangelnde Vitalität, Konstitution, prä- und perinatale Schäden);
2. Entwicklungsschädigungen: in den ersten Lebensjahren und in der Lebensspanne (pathogene Stimulierungen): Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte, welche die altersspezifischen Coping-Fähigkeiten massiv überschreiten; Stressphysiologie;
3. psychosoziale Einflüsse (Milieufaktor): schwacher sozioökonomischer Status, schwache soziale Netzwerke, problematische Konstellationen und Kommunikationsstile in der Herkunftsfamilie, Fehlen protektiver Faktoren und substitutiver Entlastung durch Supportsysteme;
4. Internale Negativkonzepte: negative Bewertungen (appraisal), negative Kompetenz- und Kontrollerwartungen, Selbstkonzepte, Lebensstile, Zukunftserwartungen, mangelnde Kreativität und Souveränität;
5. Negativkarriere im Lebensverlauf: negativer familiärer, freundschaftlicher und kollegialer Konvoi; gescheiterte Adoleszenz, destruktive Berufssituation,

Partnerschaft, Familie, erworbene Muster des Scheiterns an Entwicklungsaufgaben, negative Ereignis-Ketten (chains of adverse events), ineffektive Performanz

6. Auslösende Akturfaktoren: unspezifischer Aktualstress, zeittextendierte Belastung (Entwicklungskrisen, Knick in der Lebenslinie, critical life events, Ressourcenverlust); pathophysiologische Veränderungen;
7. Diverse pathogene Einflüsse und ungeklärte Faktoren: delegierte Gefühle, Drogen (vgl. Entwicklungspsychobiologische Genese von Suchterkrankungen [http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/audio/C1\\_Menschenbilder\\_in\\_der\\_psychosozialen\\_Arbeit.mp3](http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/audio/C1_Menschenbilder_in_der_psychosozialen_Arbeit.mp3))

Protektiv können internale (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen) und externale (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen, Potentialräume) Einflüsse wirken. Sie gewährleisten ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d.h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata): Derartige Einflüsse können „(...) neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse abpuffern (z.B. Hyperstress) bzw. Bewältigungsleistungen ( **coping** ) unterstützen und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen ( **creating** ), so dass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d.h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionale `Landkarten` und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit (robustness)* oder effektive *Bewältigungsmuster (coping ability)* bzw. eine besondere Gestaltungskompetenz (*creating potential*) gewonnen wird. Ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als *'Resilienz'* bezeichnet werden, die dann als ein internaler 'protektiver Faktor' zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt“ (Petzold 2000h).

Was den konkreten Konsum-Fahrkonflikt eines Delinquenten angeht, greife ich zur Erklärung auf ein Pathogenesemodell zurück, welches Lorenz (2004, 19) für Suchtkranke beschrieben hat: „Mit Bezug auf das Vier-Stufen-Modell der Kontrollstrategien

nach *Flammer* (1990) bewegt sich der Suchtabhängige zwischen den Stufen der sekundären Kontrolle und dem Kontrollverlust. Die häufig beobachtbaren Abwehrmechanismen des Suchtkranken können als eine Form der Kontrollerhaltung interpretiert werden und dienen danach der interpretativen sekundären Kontrolle. So ist im Verlauf einer Alkoholerkrankung die Fortsetzung des Konsums nur durch Verleugnung (z.B. an der Annahme festhaltend, kontrolliert trinken zu können) möglich. Der Alkoholiker ignoriert den bereits eingetretenen Kontrollverlust über das Suchtmittel. Verleugnung stellt gleichzeitig den Versuch dar, das Stigma des `Süchtigen` oder des `Säufers` zu vermeiden. Bagatellisierung (z.B. `Ich trinke nur wenig Alkohol`, `Ich trinke nur hin und wieder!` Anmkg. P.K.: `Mein Auto kennt den Weg nach Hause.`) und Rationalisierung (`Andere trinken viel mehr als ich, also bin ich auch kein Alkoholiker!`) dienen ebenfalls dem Schutz des Selbstwertgefühls. Über Projektion (`Meine Frau ist schuld, dass es ständig zum Streit kommt!`) überträgt der Alkoholabhängige seine eigenen Unzulänglichkeiten, Probleme und deren Ursachen auf andere. Über Externalisierung wird ein innerer Konflikt nach aussen verlagert (`Die angeordneten Überstunden sind Schuld, dass ich kein Privatleben mehr habe!`). Über Regression (`Das Leben lässt sich nur mit einem Glas Wein zum Feierabend ertragen! Ich habe doch sonst nichts vom Leben!`) flieht der Suchtkranke in eine Traumwelt und entzieht sich der Realität.“

Alle genannten Abwehrmechanismen beruhen auf einem erheblichen Maß an Realitäts-Verzerrung oder Realitäts-Einengung oder/und führen dazu. In den Konzepten der Integrativen Therapie stellen eingefahrene Abwehrmechanismen eine pathogene Form des Widerstandes dar und schützen das Individuum vor Kontakt mit schmerzlichen, angstauslösenden, bedrohlichen, unlustvollen Ereignissen, Gedanken und Gefühlen, behindern aber auch Kontakt- bzw. Ko-respondenz zwischen dem Individuum und seiner Umwelt.

### **1.3 Zur Frage des Krankheitswerts von FiaZ/FuD-Delinquenz**

Mir liegen keine Daten vor, wie hoch der Prozentsatz von FiaZ/FuD-Schwerst-/Wiederholungsdelinquenten ist, die den ICD-Kriterien einer Suchtabhängigkeits- oder Missbrauchsproblematik entsprechen. Ich greife deshalb auf Einschätzungen erfahrener

Schweizer FiaZ-Kursleiter einer ländlich geprägten Kurs-Teilnehmerschaft zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis zurück. Sie schätzten auf mein Befragen hin den Anteil von Alkoholabhängigen bei den FiaZ-Ersttätern auf 30%, bei den Fahrzeuglenkenden mit höherem Promillegehalt im Sicherungsentzug und bei den Wiederholungstätern deutlich auf über 60%. Bei der übrigen Gruppe der Kursteilnehmer sprachen sie von einem gesundheitspolitisch nicht unwichtigen grossen Anteil sogenannter Risiko- oder Problemtrinker. Ihr Verhalten läge im Trink-Fahrkonflikt wiederkehrend diskussionswürdig im Nahbereich von krankhaft delinquent. Dabei handelte sich durchaus um Personen, die sozial gut integriert lebten und medizinisch, ökonomisch oder sozial unauffällig seien.

Diese Delinquenten entsprechen somit ganz und gar nicht dem typischen Täterbild, wie es von *Mayhew, Simpson and Beirness* (siehe oben) in den 90-er Jahren für US-amerikanische Verhältnisse zeichneten. Für charakteristisch halten oben genannte Kursleiter (in achselzuckend, ratloser Manier) einen Schwerst-/Wiederholungstäter, der in seinem Selbstkonzept typischerweise das (wiederholt) fehlbare Verhalten als Dummheit bagatellisiere. Dieser gäbe vor, Kraft guter Vorsätze die Delinquenz aber ohne nähere Auseinandersetzung zukünftig vermeiden zu können und fortan optimistisch in die Zukunft blicken zu wollen, weil man die Vergangenheit sowieso nicht ändern könne ... Seine Motivation sei gering, sich mit dem selbst- und fremdgefährdenden Verhalten zu beschäftigen, erst recht, dafür sogar über mehrere Wochen ein Programm zu absolvieren. Die Bemühungen dieser Blaufahrer konzentrierten sich eher administrativ darauf, glaubhaft zu machen, wieder verlässlich ein Fahrzeug führen zu können.

Eine Einordnung dieses Verhaltens als das von Krankheitswert ist heikel, abgesehen davon, dass ohnehin „(...) psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnosen oftmals identitätsbeschädigend für den Diagnostizierten und eine Belastung für sein soziales und berufliches Leben“ (*Petzold* 2012h, 497) sind. Im philosophisch-anthropologischen Sinn der IT bedeutete von Krankheit zu sprechen, eine multiple Entfremdung des Betroffenen zu sich selbst zu diagnostizieren. Identitäts- und persönlichkeitsstiftende Faktoren gingen verloren: „Entfremdung bedeutet Bedrohung oder Verlust des sinnlich-leiblichen Bezugs zu sich selbst, den Mitmenschen, der Lebenswelt, eine Versachlichung des Leib-Subjekts, die durch Haben und Machen bestimmt ist“ (*Rahm et al.*

1993, 87). Aus klinischer Sicht wird Krankheit in der IT begriffen als „eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibsobjekts *und* seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulationen und natürliche Abbauerscheinungen“ (Petzold 1993a, 558).

Entwicklungen, die zu einer psychischen Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung führen, sind somit nicht eindimensional-ursächlich zu verstehen. Es handelt sich eher um komplexe Geschehen, an den im Allgemeinen somatische, psychische und soziale Faktoren beteiligt sind: „Die Folge (... von Krankheit, Anmkg. P.K.) ist, dass die gesunden Funktionen des Organismus, die Fähigkeit der Person zur alloplastischen Gestaltung und kokreativen Entfaltung des Lebens in Kontext/Kontinuum mehr oder weniger beeinträchtigt, gestört, ausser Kraft gesetzt werden oder irreversibel verloren gehen können und dysfunktionale autoplastische Reaktionen auftreten. Damit verbunden können internal subjektive Dissonanzen zu vertrauten Gefühlen eigenleiblich gespürter Gesundheit entstehen sowie external perzipierbare Abweichungen von stabilisierten Erscheinungsbildern gesunder, körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Lebensprozesse erkennbar werden. Diese Abweichungen werden durch das eigene Gesundheitserleben des Subjekts bzw. durch einen externalen Beobachter festgestellt, wobei sie an kulturellen bzw. gesellschaftlichen normativen Konsensbildungen, Gesundheit und Krankheit betreffend orientiert sind“ (Petzold 1993a, 451).

Gesundheit hingegen meint die Fähigkeit, „(...) dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten ...“ (Petzold 1993a, 179). Gesundheit und Krankheit werden von der IT als miteinander korrespondierend konzeptualisiert. Sie bilden zwei untrennbare Grössen in der Entwicklung und Lebensspanne des Menschen.

Zur Diskussion der Frage von Krankheitswert muss aus Sicht der IT grundsätzlich klar gestellt werden, dass die IT dem klassischen medizinischen Verständnis von Krankheit nach ICD sehr kritisch gegenübersteht mit Hinweis auf die Eindimensionalität des dahinter liegenden Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepts. Menschen, die organisch gesund sind und trotzdem ihre Integrität verloren haben, können unermesslich leiden, genau so wie umgekehrt, manche Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen eine hohe Lebenszufriedenheit und -bewältigungsfähigkeit bekunden können ohne Behandlungsbedarf. Gerade bei Abhängigkeitserkrankten haben wir es oft mit derlei vordergründigen Widersprüchlichkeiten zu tun. Manche schätzen sich als gesund ein, sozial integriert („Ich gehe *immer* schaffen ...“), ein selbsterfülltes, identitäres Leben zu führen („Ich habe meinen Platz am Stammtisch, da gehöre ich donnerstags hin. Dass ich seit zig Jahren ohne Unfall mit Promille nach Hause fahre, lasse ich mir nicht nehmen.“), während andere ganz offensichtlich an Entfremdung in ihrer sozialen Welt leiden, obwohl angewendete Symptom-Checklisten objektiv, aber invalide, den Betroffenen als nicht-krank ausweisen. Der Anspruch der Gesundheits- und Krankheitslehre der Integrativen Therapie umfasst deshalb aus gutem Grund einen philosophisch-anthropologischen *und* einen klinischen Blickwinkel.

*Petzold* hat auch deutlich gemacht, dass Gesundheit und Krankheit als zwei Dimensionen menschlicher Existenz in gesellschaftliche Interessen und deren Hilfsagenturen eingebunden sind, kontextbezogen und multifaktoriell. So gesehen fragt sich, *wer* überhaupt welches Interesse an der Kategorisierung von Krankheit und Gesundheit im Kontext FiaZ/FuD hat? Behörden, Krankenkassen, Fachleute und/oder die Betroffenen selber? Wer hat die Deutungshoheit bzw. vermeidet sie? Welcher Wertekontext und welches Sinnsystem besteht hier? Versuche der Beantwortung dieser Fragen kann in der IT nur „interaktionistisch“ und „tiefenhermeneutisch“ fundiert erfolgen. Den Delinquenten der FiaZ/FuD Schwerst- und Wiederholungstäterschaft per se eine Krankheit als Ursache zu unterstellen ist unzulässig, dürfte soweit deutlich gemacht worden sein. Es bedarf stattdessen individuell der Diskussion in der „Theragnostik“ (*Petzold* 1988n). Damit gemeint ist ein intersubjektiver Prozess, der den Klienten, den Therapeuten und das, was zwischen den beiden passiert, zu erfassen sucht. Er verläuft über die gesamte Dauer der Zusammenarbeit. Dabei gilt auch, was wir bei *Petzold* in Bezug auf Drogenabhängigkeit lesen: „Sie (die Drogenabhängigkeit, Anmkg. P.K.) ist nicht nur

eine Erkrankung der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk ist auch krank und das Netzwerk gehört zur Person“ (*Petzold* 2006r).

#### **1.4 Staatliche Massnahmen in Baselland**

Seit fast 30 Jahren arbeiten die „Basellandschaftlichen Beratungsstellen für Alkohol- u.a. Suchtprobleme“ (BfA) sowie ihre jetzige Nachfolgestruktur mit den „Administrativmassnahmen der Polizei Baselland“ in puncto Delikt FiaZ zusammen. Schon früh erkannte man, dass Strafen bzw. Strafandrohung bei bestimmten Personen wenig abschreckend wirken und die Delinquenz eines bestimmten Täterkreises kaum reduziert.

Mit Erfolg wurde deshalb Anfang der 90-er Jahre ein Bonus mit vorgezogener Wiedererteilung der Fahrgenehmigung eingeführt bei Besuch eines zwei- oder achtstündigen Kurses. Die Kurse hatten und haben immer noch die Sensibilisierung zum Thema FiaZ, später auch FuD, zum Inhalt mit Wissensvermittlung, kleineren Elementen von Selbsterfahrung und der Entwicklung einer realistischen, individuellen Strategie zum Umgang mit dem Trink-Fahrkonflikt.

Obligatorisch ist bei schweren und optional bei leichten Delikten die Möglichkeit zur Teilnahme an einem System zur Abstinenzüberprüfung möglich, was die Dauer des Ausweisentzugs verkürzt. Dafür verpflichten sich die Teilnehmer über einen Zeitraum von einem Jahr morgens und abends innerhalb eines vorgegebenen Zeitfensters täglich eine Tel.-Nr. anzuwählen, auf der per Code intermittierend das Aufgebot zu einer Atemluftprobe erteilt wird. Wenn das der Fall ist haben Aufgerufene obligatorisch sofort auf einer Polizeidienststelle eine Atemluftprobe abzuliefern. Auf diese Art und Weise kann zwar keine dauerhafte Abstinenz belegt werden, aber die Behörden können bei erfolgreichem Durchlaufen des Programms gekoppelt mit Kursbesuch gut begründet die Annahme treffen, der Delinquent tätige keinen übermässigen Alkohol- und/oder Drogenkonsum mehr und sei als Fahrzeuglenker kein Sicherheitsrisiko. Je nach Vergehen muss der Absolvent dann noch ergänzend medizinische oder psychologische Gutachten einholen zur Wiedererlangung des Führerausweises.



Der Nachweis von Alkohol- oder Drogenverzicht über einen längeren Zeitraum ist für sich genommen alleine grundsätzlich nicht ausschlaggebend für eine Wiedererteilung der Fahrerlaubnis in der Schweiz oder auf die deutschen Verhältnisse bezogen, dem Pendant einer bestandenen medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU). Mindestens ebenso wichtig sind juristisch gefordert, nachgewiesene *Einstellungs- und Verhaltensänderungen*, die vom Delinquenten auch in anderen (Lebens-) Bereichen (!) vorgenommen worden sein müssen. Für deutsche und schweizer Behörden zählt *das Gesamtbild* um eine Einschätzung vorzunehmen, ob ein Betroffener (wieder) geeignet zum Führen eines KfZ ist oder nicht.

Die Kombination Kurs und Abstinenzüberprüfungen war national und international ein wegweisender Schritt. Studien aus verschiedenen Ländern rechnen seitdem mit 20-30% weniger Wiederholungstätern bei Anwendung dieser Kombination, eine Studie der Schweizer BfU kommt gar auf 50%. In Anspruch genommen wurden FiaZ-Kurse seit ihrem Bestehen im Kanton Baselland von ca. 1/3 aller Personen mit FiaZ-Delikten.

Im Jahr 2006 stand eine umfassende Neuerung des kantonalen FiaZ-Konzepts an. Grund war ein bundesweit einheitlicher Trend in der Schweiz bezüglich gesetzlicher Grundlagen zu den Massnahmen bei FiaZ. Der Kanton Baselland richtete sich daran aus um eine gewisse Rechtsgleichheit mit anderen Kantonen zu gewährleisten. Gleichzeitig schlugen die BfA besagtes, hier modifiziert vorgelegtes weiterführendes Konzept vor mit stärker integrativ-psychotherapeutisch ausgerichteten Massnahmen für das Segment der Schwerst- und Rückfalltäter. Grundlage dazu bildete die IST (*Petzold, Schay, Ebert 2004/ 2006r*).

## 2. Integrative Therapie (IT), Integrative Suchttherapie (IST), Integrative Fokale Kurzzeittherapie (IFT) im Programm

Wofür die IT bzw. IST und auch IFT stehen, kann im Rahmen einer Graduierungsarbeit nur unvollständig zusammengefasst werden. Ich greife deshalb selektiv Aspekte mit Bezug auf die vorliegende Aufgabenstellung heraus. Dazu gehört zunächst ein Blick auf das Besondere des Verfahrens IT im Unterschied zu den herkömmlichen Methoden und Techniken, wie sie üblicherweise psychoedukativ bei Massnahmen von FiaZ/FuD-Delinquenz zur Anwendung kommen: „*Petzolds* besonderes Anliegen ist es, verschiedene methodische Ansätze (...) und unterschiedliche Theorieansätze aus Biologie, Neurowissenschaften, Philosophie, Psychologie und Soziologie in einem nach allen Seiten hin offenen Gespräch (Polylog) zu verbinden (...) und auf der Grundlage von Phänomenologie, Hermeneutik und Diskursanalyse (...) eine eigene Metatheorie, die transversale Hermeneutik bzw. Metahermeneutik, zu entwickeln sowie eine eigenständige Praxeologie, in der Leiborientierung, kreative Medien, netzwerkgerichtete Soziotherapie und eine Orientierung an der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne grundlegend sind“ (Wikipedia.org).

„Die IT als differentielle klinische Praxeologie hat eigenständige behandlungsmethodische Entwicklungen und Elemente der aktiven und elastischen Technik der `Ungarischen Psychoanalyse`, Konzepte kognitiver Therapieansätze, der emotionszentrierten erlebnisaktivierenden Verfahren humanistischer Psychologie (z.B. Gestalttherapie, Psychodrama), der Leibtherapie und der Arbeit mit kreativen Medien zu einer originellen, konsistenten Behandlungskonzeption mit einer flexiblen, vielseitig zupassbaren Methodik verbunden“ (*Petzold* 2003a,12).

„Gute Suchttherapie ist keine Sache der Therapiemethode, sondern eine Sache eines differentiellen und integrativen *Gesamtprogramms* (Hervorhebung: P.K.) der Behandlung und der miteinander vernetzten rehabilitativen Massnahmen“ (zit. nach *Sorgo* 2011, 9 aus: *Petzold*, 1973 in: *Petzold, Schay, Scheiblich* 2006, 413).

Daraus folgt, dass ein Programm für FiaZ/FuD-Delinquenten nach IT-Lesart sich nicht beschränken darf auf pädagogisch-didaktisch ausgefeilte Kurskonzepte mit allein

psychoedukativen Lerninhalten und gegebenenfalls zusätzlichen Begleitmassnahmen zur Kontrolle von Abstinenz. Setzt man einen integrativ-psychotherapeutischen, hochschwelligem Anspruch, wie es das vorliegende Programm versucht, sollten anthropologisch *und* praxeologisch betrachtet mehrere Ebenen des Wesens Mensch tangiert werden, biologisch-leibliche, psychologisch-seelische, kognitiv-mentale, kommunikativ-soziale und ökologische. „Wir sprechen deshalb von `Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnissen`“ (Petzold, Sieper 2012a, 3; 2017a). Dazu müssen „(...) verschiedene Methoden und Techniken und auf theoretischer Ebene verschiedene Konzepte und Modelle unter dem Dach einer übergreifenden Theorie und Praxeologie ...“ verbunden werden „... durch die es gelingt, zwischen den verschiedenen Zugangsweisen theoretische und praktische Vernetzungen herzustellen“ (Petzold 1993a, 1017), ergänzend: Wenn man über den Konsum-Fahrkonflikt hinaus agogisch umfassend den Teilnehmer differenziell und ganzheitlich bilden will.

Hauptmerkmal der vorliegenden Konzeptidee des Programms ist danach „Konnektivierung“ (Petzold 2004, 179) in „Korrespondenz der Konsensgemeinschaft“ (Lütge 1997), „Polyloge“ (Petzold 2005ü), der oben erwähnten verschiedenen Berufsgruppen (Polizei, Psychiatrie, Beratungsstelle und Gericht), allein schon um einer notwendig erweiterten Netzwerk- und Sozialarbeit gerecht zu werden. Das erfordert eine interaktionistische Bereitschaft der Beteiligten und „Mehrperspektivität“ (Petzold 1994a/2018), „Ko-Kreativität“ (Petzold 2005ü): „*Ko-kreativität* macht das Wesen der **Integrativen Therapie** aus, als den differenzierenden, integrierenden und schöpferischen Ansatz einer **Humantherapie**, die mit lebenslanger **Bildungsarbeit** und **Kulturarbeit** verbunden ist und die ‘*Seele zum Funkeln*‘ bringt“ (Orth 2014 zitiert nach Petzold 2019e, 1).

Auf der Ebene des Gruppengeschehens (Petzold 1985e, 1986, 2004a, 2019) im Kurs, welcher den Kern des Programms darstellt, werden individuelle Unterschiedlichkeiten und die kollektiven Gemeinsamkeiten herausgearbeitet, „distinction and unitedness“ (Petzold, Schneewind 1986a, 132). Es soll der Gruppenzusammenhang und der „Individualisationsprozess“ (Petzold, Märtens 2013) gleichermassen gefördert werden. Letzteres ist zentrales Paradigma heilenden Handelns in der IT. Für die agogische Zielsetzung des Kurses entsprechend der „14 plus 3“ Wirk- oder Heilfaktoren bzw. -prozesse (Petzold 2019e) der IT waren in der Konzeptualisierung weiterhin die folgenden Begrifflichkeiten wichtig: Identifikation und Identifizierung, Bezogenheit, Selbst- und

Fremdwahrnehmung, exzentrische Position, Reflexionsfähigkeit, sowie die Abfolge der Beziehungsmodalitäten von Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung.

Methodisch wird versucht, Teilnehmer auf verschiedenen Wegen multimodal zu bilden. Dabei kann in „asklepiadischer Therapeutik“ (Petzold 1988n, 251) auf Übungen aus der Integrativen Bewegungstherapie zurückgegriffen oder imaginative und kreative Techniken mit Medien zum Einsatz gebracht werden. Inhaltlich ist die direkte dyadische Arbeit mit dem Teilnehmer natürlich auch an der gemeinsam mit ihm zu erarbeitenden Zielsetzung im Konsum-Fahrkonflikt unerlässlich, verbunden mit der Auseinandersetzung zu den Themenbereichen Willen (Petzold, Sieper, 2008c), der Heterostase, der Sinnorientierung und dem Kohärenzgefühl (Ostermann, 2003). Die Delikt-Risikosituationen der einzelnen Teilnehmer müssen mit ihren etwaig stereotypischen Rollenverhalten szenisch verstanden und in ihren emotionalen Klimata beleuchtet werden. Dabei fragt sich mit dem Konzept der „Narration“ (Petzold 1988n 219, 1996a), ob sich Betroffene als `Autoren ihres Lebensdramas` (Ostermann 2003, 34) erleben: „Noch während der Mensch etwas erlebt, modelliert er schon die Erinnerung, um das Erlebte seinen bisherigen Erfahrungen anzupassen. Er ist darauf angewiesen, sich immer neue Eckpfeiler der Orientierung in den Fluss des Geschehens zu setzen. In der Therapie ist es wichtig, sich damit zu beschäftigen, wie weit der Patient sich als Hauptdarsteller, Akteur oder Autor seines Lebens empfindet und wie weit er es tatsächlich ist oder sein kann. Wieviel Entwicklungsmöglichkeit, wieviel Eigenverantwortung, Initiative und Zukunftsperspektive hat er oder will er? Wie sehr erlebt er sich als `Opfer` oder `Kapitän ohne Schiff`? (vgl. das Konzept des `locus of control` in Rahm 1993).“

Über die Lebensspanne hinweg sieht die IT den Menschen in einer „Entwicklungstherapie“ (Petzold 1992e, 2018d; Sieper 2007b) und zwar als Körper-Seele-Geistwesen im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (vgl. Petzold 1965, 2003e), als „informierte Leibssubjekte in der Lebenswelt“ (ibid, 2009c). Von den Phänomenen zu den Ursachen aus der vielleicht lange zurückliegenden, psycho-sozialen Erlebniswelt des Erstkonsums mit den peers, hin zu den Neuentwürfen alternativen Verhaltens, sollen die internalen Negativkonzepte (Schafiyja, Wilks-Büscher 2004, 21) hinterfragt und neue Identifikations-, Desidentifikations- und Empathiefähigkeit unter den Teilnehmern

in Gang gebracht werden. Es entstehen diagnostisch wertvolle Foki, welche in der dyadischen Arbeit der IFT vertieft werden können.

Während die IT die übergeordnete Konzept-Grundlage des Programms darstellt mit einer ausgearbeiteten Metatheorie und dem „Tree of Science“ (Petzold 1970, 2007a/2018), wird die IST spezifisch, praxeologisch, auf das Kursziel ausgerichtet, dem „Makrofokus“ (Petzold 1993a) des Konsum-Fahrkonflikts. Der IFT (Petzold 1993a) hingegen geht es in der kursbegleitenden, individuellen Arbeit um eine andere IT-Maxime: Darin macht der Teilnehmer „(...) sich selbst zum `Projekt` und lernt mitzuteilen, was er braucht, um sein Selbst, seine Identität, seine Lebenslage zu `modellieren`. Er ist Künstler und Kunstwerk zugleich (Petzold 1999q). „Kunst ist ja Therapie und jeder Mensch ist ein Künstler“ (Beuys, J. 2007).

Das künstlerische Element kommt grundsätzlich im Programm besonders in der Arbeit am Willen zur Geltung: „Die Willensarbeit erhält durch die „kreativen Medien“ und die „künstlerischen Methoden“ (Petzold 1977c; Orth, Petzold 1993; Nitsch-Berg, Kühn 2001) eine spielerische Qualität, so dass der Wille nicht zum `Zwingherrn des Subjekts` und zum Medium unterdrückender Selbstbeherrschung wird, sondern zum Instrument einer `Lebenskunst`, in der die `Sorge um sich` (souis de soi) mit einer `Meisterschaft seiner Selbst` (maîtrise de soi) verbunden werden kann (Foucault 1984; Petzold 1999q). Behandlung wird dann *mehr als eine Beseitigung von Symptomen* (Hervorhebung: P.K.), so wichtig dieses Ziel auch ist, sondern Therapie wird ein Beitrag zur Aneignung kreativer Problemlösungskompetenz, um Entwicklungsaufgaben erfolgreich anzugehen und den Willen zu entwickeln, das Leben zu einem `Meisterstück` zu machen, wie *Montaigne* es sah – eine Perspektive, die uns auch für PsychotherapeutenInnen nützlich erscheint“ (Petzold 2008a, 312).

Dieser Zugang zum Teilnehmer dürfte besonders vorteilhaft sein, wenn es im Kern um die Thematik (freier) Wille-Selbstbestimmung-demonstrative Autonomiegebärden geht. In den FiaZ-Gruppen zeigt sich, wie sehr das Führen eines Fahrzeuges für viele Teilnehmende von identitätsstiftender Art ist. Die Bedrohung desselben durch die Justiz aufgrund ihres Delikts provoziert Abwehrmechanismen, die im künstlerischen Ausdruck umgangen werden können. Zumindest in den „kreativen“ Kurseinheiten muss

der Kursraum deshalb zu einem Ort der Freiheit werden, wo es unter gleichen Bedingungen auch möglich ist, anders zu handeln, so wie in besonderer Weise in der Kunst und im kreativen Tun (vgl. *Petzold* 2008a, 313).

Zur Rolle des Therapeuten sei kurz der folgende Aspekt hervorgehoben: „Und der Therapeut macht transparent, was er anzubieten gedenkt, zur Verfügung hat und warum das seiner Meinung nach förderlich ist. Damit praktiziert er den erforderlichen `informed consent` und wird der therapieethischen Forderung gerecht.“ (*Müller, Petzold* 2002). Die IT vertritt dezidiert, dass in „(...) intersubjektiver Ko-respondenz (*Petzold* 1991e) zwischen TherapeutIn und PatientIn erarbeitet, ausgehandelt und dann gemeinsam evaluiert wird, was, wie, wann wirksam und hilfreich ist – so auch die integrative `Therapeutische Grundregel`“ (*Petzold* 2000a).

In der IFT sollen Teilnehmer motivational Schritt-für-Schritt auf die jeweils höhere Stufe gebracht werden. In den Sitzungen werden Teilziele des Programms gefestigt und sichergestellt, dass Teilnehmer sich auf den Veränderungsprozess längerfristig einlassen um sich für die tiefere, therapeutische Arbeit zu öffnen. Das dyadische Setting der IFT ist in Ergänzung zum polyaden, gruppalen Kursangebot, supportiv, fokalisierend und konfliktzentriert-aufdeckend. Hier ist der Ort Komorbiditäten anzugehen, vor allem, wenn mangelhafte Supportsysteme des sozialen Netzwerkes des Teilnehmers die Ressourcenlage schwächen und Überforderung droht. Wenn es durch die Kurzzeittherapie allein zu hoch gegriffen scheint, eine stabile Verinnerlichung positiver Erfahrungen im Sinne eines Reparenting zu erreichen, so sind doch Kontrasterfahrungen in der Gruppe möglich, z.B. als tragende neue Solidaritätserfahrung im „4. Weg der Heilung“ (*Petzold* 1988d/1996/2012h, *Petzold, Müller* 2007). Volitive, kognitive und emotionale Umbewertungen sollen eingeleitet und tragende „innere Beistände“ (*ibid*) mit handlungsleitenden Verinnerlichungen aktiviert werden (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993). Das in gängigen Therapieverfahren etablierte Prinzip der Selbsterfahrung erhält im Programm im Unterschied zu herkömmlichen Angeboten der Psychoedukation des Konsum-Fahrkonflikts angemessenen Stellenwert. Elemente derselben im Kurs sind eingebettet in die systematische Theorie und Praxeologie der IT. Grundlage dabei ist unter anderem die „Theorie des Selbst“ bzw. der Persönlichkeit, in der IT differenziert als „Selbst, Ich, Identität“ (*Petzold* 2012q; *Hömann-Kost, Siegele* 2004).

Die IFK-Sitzungen umfassen im Konzept des Programms den Umfang von 8 bis 16 Gesprächen. Neben den erwähnten volitiven, emotionalen und kognitiven Ebenen (Petzold 2003a, 1084) gilt es, die Setzung eines individuellen Fokus als Ziel und Methode zugleich anzusehen, abhängig vom Fehlverhalten des jeweiligen Teilnehmers in seiner typischen Konsum-Fahrsituation im eigentlichen Delikt. Der Blick auf das dazugehörige Vor- und Nachgeschehen darf dabei nicht untergehen. Der Prozess der Entscheidungsfindung zum ggf. neuen Umgang mit dem Konflikt bedarf besonderer Begleitung. Es ist niemandem geholfen, wenn der Delinquent übereilt eine Strategie, z.B. Abstinenz, entsprechend seiner Vermutung zur sozialen Erwünschtheit fällt. Im Gegenteil kann das sogar kontraproduktiv sein. Die Entscheidung muss fundiert sein und durchgehalten werden, sonst verliert sie ihre protektive Qualität und verwandelt sich zu einem Risikofaktor: „Ein Suchtkranker, der wiederholt aus seinen Entscheidungen kippt und rückfällig wird, ist gefährdeter als jemand, der sich nur mühsam entscheiden kann“; denn während dieser um seine Überzeugung ringt, handelt der Erstere gegen seine Überzeugung (vgl. Lukas 1985, 31 zit. n. Ostermann 2003).

Das Konzept der „Integrative Willenstherapie“ (Petzold, Sieper, 2007d) kommt hier zur Geltung. Ohne zu sehr in eine grundswissenschaftliche (Petzold, Sieper, 2008, 491) Diskussion einzutreten, lesen wir zunächst evolutionstheoretisch bei Petzold (2008a, 274): „Die `Vorstellung` alternativer Szenarien, unterschiedlicher Handlungsmöglichkeiten hat, hier stimmen wir aufgrund unserer `Theorie der Mentalisierung` (dieses Buch, 38f.) Walde vollauf zu, `einen evolutionären Nutzen – flexiblere Handlungsselektion und Handlungssteuerung gewährt Überlebensvorteile (Walde 2006b, 204). Erfahrungen, wie sie voranstehend beschrieben wurden, dienen im Sinne unseres Modells `spiralgig progredierender Lernprozesse` zur Verstärkung der `Idee` (und sei sie nur fiktiv) eines `freien Willens`, d.h. `selbst gewollter`, vorwegnehmender, gedanklicher Gestaltungsmöglichkeiten. Solche `Ideen`, Vorstellungen, Mentalisierungen sind als kognitiver Prozess in integrativer Sicht selbstverständlich im *monistischen* Sinne an die biologischen Prozesse des Gehirns gebunden. Die damit entstehende Überzeugung, einen freien Willen zu haben, führt so dazu, dass Personen tatsächlich freier sind` (ibid, 205). Eine solche Auffassung wird – wir sehen das beständig in der klinischen Praxis – dadurch bestärkt, dass Menschen in der konkreten **Überwindungsarbeit** bei Schwierigkeiten im Leben und in der **Gestaltungsarbeit** bei der kreativen

Meisterung von Problemen und Entwicklungsaufgaben persönliche Erfahrungen (*Qualia*, vgl. dieses Werk Bd. I, 298ff., Bd. II, 497ff., 550) von der und mit der Überwindungs- und Gestaltungskraft ihres Willens machen können: Erfahrungen von *Freiheit* und *Kreativität*! Solche Erfahrungsmöglichkeiten suchen wir in kreativtherapeutischer Arbeit (*Petzold, Orth 1990a/2007a*) zu nutzen und bereitzustellen. In *salutogeneseorientierter* Psychotherapie streben wir den Gewinn einer `Lebenskunst` an (*Petzold 1999q, Schmid 1999*), damit PatientInnen erleben können: `Wenn ich es will und angehe, kann ich etwas bewirken!` Das begründet **Souveränität** (*Petzold, Orth 1998a*). Umgekehrt kann die Verhinderung solcher Erfahrungen Willensfähigkeiten – Entscheidungs-, Umsetzungs-, Durchhaltekraft – und damit Freiheitserleben, Freiraum, Freiheit einschränken, kann Kreativität behindern und Souveränität beschädigen. Willensfreiheit `verschwindet, wenn Personen glauben, dass sie keine Willensfreiheit haben`, wie *Walde (2006b, 206)* mutmaßt. Dagegen allerdings spricht in der Menschheitsgeschichte das Zeugnis der FreiheitskämpferInnen mit ihren Überwindungserfahrungen, ihren kreativen Überwindungsleistungen, ihrem Veränderungswillen und ihrer Gestaltungskraft (vgl. *Petzold, Sieper, dieses Werk Bd. I, 286ff.*).“

Dass die Einsichtszentrierung (vgl. *Stefan, Petzold 2019, 16*) entscheidende Bedeutung für Veränderungsprozesse bei den Teilnehmern von FiaZ-Kursen hat, hatten schon BfA-Kursleiter immer wieder festgestellt. Die Kursinhalte werden dem gerecht. Wie Willen, Intentionalität, Bewusstheit und Leiblichkeit zusammenhängen, zeigen *Stefan und Petzold (2019)* auf:

„*Merleau-Ponty* spricht vom leiblichen Zur-Welt-sein, wobei das Verb in dieser Konstellation gegen die grammatikalische Regel bewusst klein geschrieben wird, um die aktive, verbale Struktur deutlich zu machen. Zur-Welt-sein heißt dynamisch und aktiv sein, im Gegensatz zu einem statischen, substantivierten Sein. Gemeint ist eine „bestimmte Weise, die Welt zu behandeln, ‚zur Welt zu sein‘ (d’être au monde) oder zu existieren“ (*MerleauPonty, 1942/1974, S. 141-142*). Zur-Welt-sein und Existieren bedeutet, in einer Art Entwurf auf Zukünftiges hin zu sein. Das Leib-Subjekt ist intentional stets auf einen Möglichkeitsraum hin entworfen. Es findet sich in einem phänomenalen Feld, das es entwirft und aus dem es sich schöpft. Unter der Perspektive der evolutionären Erkenntnistheorie wäre vom Gesichtspunkt der Integrativen Therapie zu konkre-



tisieren: Der menschliche Erkenntnisapparat als neurozerebrales, physiologisches Organ passt nach Lorenz (Rückseite des Spiegels, 1973/87, 99) auf die Außenwelt wie der ‚Huf des Pferdes auf den Steppenboden‘ und die ‚Flosse eines Fisches ins Wasser‘ (Petzold, Orth-Petzold, 2018, S. 401). Nur mit grundsätzlicher Zukunftsorientierung konnten die Hominiden überleben – sie mussten heute wissen, wo sie morgen Nahrung finden oder auf Gefahren treffen und dass sie für den Winter Vorräte anlegen müssen“ (5).

*Petzold* weist mit Hinweis auf *Vygotskij, Lurija* (1930) auf die Bedeutung *hirnorganischer* Prozesse für das Lernen und somit Veränderungsprozessen hin (vgl. *Stefan, Petzold* 2019, 8). Dem entspricht das bereits 1988 von *Petzold* (1988n; 2003a, 76, 90; *Petzold, Orth, Sieper* 2005) praxeologisch vorgelegte Konzept der „Vier Wege der Heilung“, „(...) die neue Einsichten, korrektive und alternative Erfahrungen vermitteln und jeweils die Willenskräfte nutzen“ (*Petzold* 2008a, 280). Er spezifiziert sie auf dem Hintergrund neuropsychologischer Erkenntnisse (*ibid*, 279):

„1. **präfrontales Lernen** stärken, das erklärende Einsichten ermöglicht und auf diese Weise die Kontrollfunktionen – und damit auch die Willenskräfte – stützt;

2. **korrektives amygdaläres Lernen** fördern durch Vermittlung intensiver emotionaler Erfahrungen, wie sie etwa die erlebnisaktivierenden Methoden (aus der Gestalt- und Körpertherapie – natürlich kritisch gesichtet, *Petzold* 2007) ermöglichen, zur Mobilisierung festgebahnter Muster. Mobilisierung allein aber genügt nicht (zumal sie auch ein Labilisierungs- und Dekompensationsrisiko, etwa durch Retraumatisierung, birgt), sondern es müssen zugleich positive Erfahrungen der Sicherheit und der Überwindung von Furcht bereitgestellt werden, um das mobilisierte Muster zu verändern. Ob damit basale Bahnungen – etwa von Furchtreaktionen– grundsätzlich verändert werden können, bedarf noch des Nachweises, aber sie werden wohl „gepuffert“ und dadurch für die Willenskräfte handhabbar (durch 1.), besonders wenn mit Übungssequenzen nachgearbeitet wird.

3. **alternatives limbisches Lernen** ermöglichen durch Erfahrungen von Sicherheit, liebevoller Annahme, Freude, die stärker wirken als das Furchtmuster oder doch so stark, dass die präfrontale, volitive Impulskontrolle greifen kann, wie es voranstehend beschrieben wurde.

4. Es müssen **kollektive cerebrale Synchronisierungen** zu Menschen hin gefördert werden, die beruhigend wirken und Situationskontrolle praktizieren, so dass über Spiegelneuroneneffekte (Stamenov, Gallese 2002), dysfunktionale Erregungs- oder Abstumpfungsmuster (hyperarousal, numbing) verhindert und funktionale Kovolutionen möglich werden, durch die Situationen strukturiert und bewältigt werden“.

Damit stellt sich die Frage nach dem freien Willen oder umgekehrt, der Determiniertheit durch das Gehirn: „Petzold und Sieper (2008a) vertreten wie Bieri (2001) die Position eines `bedingt freien Willens`. Gerade die berühmten Libet-Experimente, in denen Bereitschaftspotentiale im Gehirn den bewussten Entscheidungen vorausgehen, verweisen auf die unbewusste antizipatorische Tätigkeit des Gehirns“ (Stefan und Petzold 2019, 8). Stefan und Petzold konstatieren zusammengefasst, dass die Fachwelt reduktive, gehirnzentrierte Modelle des Mentalen zunehmend zugunsten von ökologischen, körper- und umweltorientierten Ansätzen, aufgibt.

Nach den soweit aufgezeigten Kriterien muss die Gesamtkonzeption des vorgelegten Programms konsistent therapeutisch das „Patientensystem“ auf mehreren Ebenen verändern (vgl. Petzold 2008a, 606):

- „1. grundsätzlich `on the brain level` als Veränderungen von Neuronen und ihren Synapsen, d.h. als Um- und Neubahnungen, als Beeinflussung von Transmittergeschehen usw.;
2. damit unlösbar verbunden, Veränderungen von Genexpressionen und Genregulationen;
3. wiederum unabdingbar an cerebrale Prozesse gebunden, aber in eigener Qualität: als neuer Input mentaler (d.h. kognitiver, emotionaler und volitionaler) Informationen, die neue Einschätzungen – präfrontales `appraisal` – und neue Bewertungen – limbisch-emotionale `valuations` – ermöglichen;
4. Veränderungen in der sozioökologischen Umwelt von PatientInnen durch psychosoziale und ökologische Interventionen (die wiederum Rückwirkungen auf die Ebenen 1-3 haben können).“

Der Anspruch ist hochgesteckt, denn das soeben Aufgelistete schließt ja z.B. den Einbezug der Arbeit an den Komorbiditäten des Teilnehmers ein, seine Lebenssituation

(prekäre Lebenslagen?), sein Wertesystems, die Ressourcen- und Motivationslage, die Klärung seiner Abwehrmodi oder das persönliche Erklärungsmodells. All dies macht zwangsläufig ein flexibles, persönliches Vorgehen unterschiedlicher Methoden und Techniken in vorzugsweise unterschiedlichen Settings notwendig. Der Therapeut ist gefordert: „Das wichtigste Instrument der Therapie ist der Therapeut. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die 'interpersonale Diagnostik', das empathische Spüren des anderen und das differenzierte Wahrnehmen der eigenen Reaktionen auf den Patienten und auf den Kontext, sondern auch im Hinblick auf die Wirkung des Therapeuten als therapeutisches Agens. Der Therapeut wird mit seiner ganzen Person zur Intervention, nicht nur mit seinen Worten oder Gesten. Er verkörpert ganzheitlich das, was er dem Klienten vermitteln will“ (*Petzold* 1980g, 278).

Als diagnostisches Instrument zur Prozess- und Ergebnisqualität dürfte sich für die vorgestellte Aufgabenstellung dieses Programms das „Narrative willensdiagnostische Interview“ (NWI, *Petzold* 2016f) eignen. Dabei „(...) handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview, mit dem in einem auf den Willen und das Wollen und seine Zieldimensionen sowie auf das Zielrealisierungsverhalten gerichtetem, explorativen Gespräch der Patient und der Therapeut Aufschluss über das Willensthema erhalten und zwar im Bereich der volitiven Devisionalität, der volitiven Umsetzungsfähigkeit, wie auch im Bereich der volitiven Persistenz, der Durchhaltekraft. Die Leitfragen führen zu kleinen `narrativen Sequenzen`, in denen biographische Szenen und Atmosphären in den Blick kommen und das Erzählen schon eine therapeutische Qualität gewinnt (*McLeod* 1997; *Petzold* 2003g)“ (*Petzold, Sieper* 2008a 208).

Abschließend sei mit *Petzold* gewarnt vor zu kurz greifenden therapeutischen Maßnahmen. In diesem Sinne darf das vorgelegte Programm mit seiner begleitenden Kurzzeittherapie nicht eingesetzt werden, wo „(...) eigentlich eine mittelfristig oder langfristig angelegten Therapie wichtig, ja unerlässlich wäre“ (1993p, 1047).

### **3. Integrativ-therapeutisches Programm für schwer oder wiederholt alkoholi- siert/intoxikiert Fahrzeugführende**

*Vorbemerkung:*

*Das folgende Programm ist exemplarisch auf die Verhältnisse im Kanton Baselland, Schweiz, bezogen. Es kann aber ohne weiteres auf andere Länder, vor allem im deutschsprachigen Raum, übertragen werden.*

#### **3.1 Rahmenbedingungen**

Teilnehmer (TN):

- Problemkonsumenten (legale/illegale Stoffe) mit schwer- oder wiederholtem FiaZ/FuD (= Fahren im angetrunkenen Zustand/Fahren unter Drogen) nach angeordneter Auflage oder Verfügung oder in Selbstmotivation

Zuweiser:

- Amt für Administrativmassnahmen
- Amt für Massnahmevollzug
- Selbstmelder

Schweizer Gesetzesgrundlage:

- national anempfohlene Kriterien zum Sicherungsentzug
- Art. 40 der Verkehrszulassungsverordnung (VZV)
- Art. 25 Abs. 3 Bestimmung e des Strassenverkehrsgesetzes (SVG)
- Art. 17 Abs. 1 des Strassenverkehrsgesetzes (SVG)

Bonus Führerausweis:

- Teilnehmer erhalten nach Vorgaben des Amtes für Administrativmassnahmen bei erfolgreicher Absolvierung des Programms ihren Fahrausweis früher zurück

Leitung:

- zwei ausgewiesene Fachkräfte aus dem Suchtbereich vorzugsweise mit Ausbildung an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Fritz Perls Institut (EAG/FPI)

Programmdauer/-frequenz/-elemente:

- Vorgespräch
- Kursbesuch über 13 Kursabende à 2 Std. inkl. Pause verteilt auf 1 Jahr (1. Mt.: wöchentlich; 2. Mt.: 14-tägig; 3.-6. Mt.: vierwöchentlich; 7.-12. Mt.: achtwöchentlich)
- 8-16 Dyaden (IFK) kursbegleitend
- 1. Check Up-Nachgespräch 3 Monate nach Kursabschluss
- 2. Check Up-Nachgespräch telefonisch 12 Monate nach Kursabschluss
- Konsumkontrollen externer Partner (Administrativ-Dienst der Polizei bzw. Polizeidienststellen)

Anmeldung:

- Kantonales Amt für Administrativmassnahmen

Hauptziel:

- **Verhaltensmodifikation im Konsum-Fahrkonflikt zur Entwicklung von „persönlicher Souveränität“ im agogischen Anspruch der IT (Petzold, Orth 1998a)**
- **Schutz der Öffentlichkeit vor ungeeignet Fahrzeuglenkenden im Strassenverkehr**

Evaluation/QM:

- Institutionsspezifischer Evaluationsbogen
- Einholen und protokollieren von Feedbacks während des Kurses und am Kursende

- Kursleiter-Besprechungen (Intervision)
- optional für die Kursleiter: Supervision und Fallbesprechungen
- Daten aus den Abstinenz-Kontrollen (Atemluft-Tests und Laborwerte)
- Austausch mit den Zuweisern
- Für Forschungszwecke optional: *Warnberg (2013): Adult Substance Use And Driving Survey (ASUDS-R)*; *Lowe, N. (2014): The impaired driving assessment*

#### Programmregeln/Bedingungen:

- Abstinenz
- 6-monatige Atemlufttests zur Abstinenz-Kontrolle bei den Polizeidienststellen nach bewährter Praxis in Baselland oder Urin-Proben 1-mal monatlich je nach Hauptsuchtstoff
- aktive Mitarbeit
- Verschwiegenheit, Diskretion bezüglich persönlicher Inhalte anderer TN
- Pünktlichkeit
- Gruppenfähigkeit
- gutes Sprachverständnis

#### Ausschlusskriterien:

- fehlende (Bereitschaft zur) Regelkonformität bzw. Bedingungen nicht erfüllt
- geringe Auffassungsgabe
- Lernbehinderung
- Störungen

#### Besonderes:

- „Hausaufgaben“, z.B. das Führen eines Craving-Tagebuchs, Risikosituations-Erprobung
- Atemlufttests an allen Kurstagen (per Zufallsprinzip werden pro Abend 2 TN getestet)
- TN erhalten bei Abschluss eine Teilnahmebestätigung
- mittels Einzel- und Gruppenaufgaben erfolgen Lernnachweise, keine expliziten Tests

#### Material/-Medien:

##### -für Programmleiter

- Zugang elektronische Klienten-Verwaltung
- PC-Protokoll pro Kursabend
- Beamer/Power-Point
- Pin-Wand mit Pins
- Namensschilder, Teilnehmer-Liste, „Drehbuch“, Fragebögen zur QS, evtl. Teilnahmebestätigung, Couverts, Schreibunterlagen, Stifte, Lösungs-Karten, Pin-Karten, Quiz-Preis, Craving-Agendas, Folien des Power Point
- ggf. kreative Medien (Zeitschriften f. Collagen-Technik)

##### -für Teilnehmer

- Broschüre (wird mit der Anmeldebestätigung verschickt)
- diverse Materialien für Kurs- bzw. Hausaufgaben

#### Kursinhalte (Auswahl):

- Wissensvermittlung
- Selbsterfahrung, Bewusstseins-Erweiterung
- Risikosituations-/Lebensumfeld-Analyse
- Erweiterung des Verhaltensrepertoires/Visionen
- Werte-Überprüfung
- emotionale Deliktbewältigung
- Ressourcenaktivierung
- Bilanzierung, Zielausrichtung
- nachhaltige Strategie-Setzung

#### Sitzanordnung:

- Halbkreis mit Blick auf die Kursleiter und Präsentationsflächen

#### Modalität:

- übungszentriert – funktional
- konfliktzentriert – aufdeckend
- erlebniszentriert – agogisch

- konservativ – stützend/palliativ
- netzwerkmodifizierend

Arbeitsformen:

- Einzelarbeit (Teilnehmer allein)
- Dyade (Teilnehmer und Therapeut)
- Gruppentherapie
- Netzwerkarbeit

Stil:

- direktiv versus nondirektiv
- abstinent versus zugewandt
- aufdeckend versus stützend

Methode:

- Integrierte Suchttherapie IST (*Petzold* 1993)
- Psychoedukation
- Konsumkontrollen externer Partner

### 3.2 Überblick Kurs-/Lerneinheiten

1. **Begrüßung und Vorstellung der Kursleiter (1. Power Point)**  
**„Schimpfrunde“**
2. **Vorstellung Programmziele (2. Power Point)**
3. **Programm und Kursübersicht (3. Power Point)**
4. **Vorstellung Kursinhalte in Auswahl (4. Power Point)**
5. **Therapieprogramm und Kursregeln/Bedingung (5. Power Point)**
6. **Prognostizierter Gewinn am Kurs**
7. **Vorstellungsrunde**
8. **Vorstellung der Institution/der Zusammenarbeit mit Ämtern**
9. **Konsumgeschichte**
10. **„Konsumpanorama“**



11. Theorieinput 1: Trink-Muster (6. Power Point)
12. Theorieinput 2: Trinker-Typen (7. Power Point)
13. Selbsteinschätzung Trinkmuster, Trinker-Typen (8. Power Point)
14. Theorieinput 3: Wirkung/Funktion Alk./Drogen allgemein (9. Power Point)
15. Theorieinput 4: Wirkung von Alkohol/Drogen am Steuer (10. Power Point)
16. Was könnte dazu führen, dass ich wieder rückfällig werde? (11. Power Point)
17. Theorieinput 5: Phänomen Rückfall (12. Power Point)
18. Theorieinput 6: Grand Rapid-Studie (13. Power Point)
19. Untersuchungen über Personen mit FiaZ/FuD (14. Power Point)
20. Theorieinput 7: Chance FiaZ/FuD-Kurs (15. Power Point)
21. Spezialfrage an TN, die bereits einen FiaZ/FuD-Kurs besucht haben: (16. Power Point)
22. Lügen- und wahrheitsgemässe Geschichte erzählen
23. Theorieinput 8: „ES - ICH - ÜBER-ICH“ (17. Power Point)
24. Einstimmung auf die Ereignisanalyse
25. Individuelle Ereignisanalyse (18. Power Point)
26. Zusammenfassung der Ereignisanalysen
27. Individuelle Problemanalyse zu Konsum und Fahren (19. Power Point)
28. Individueller Lösungssatz (20. Power Point)
29. Ratschlaggebender Innerer Verbündeter
30. Body Charts
31. Phantasiereise
32. Individuelles Ritual
33. Rollenspiel
34. Video „Nicht mehr glücklich werden können“
35. Generelle Problemanalyse
36. Theorieinput 9: Rechtliches (21. Power Point)
37. Quiz
38. Tatsächlicher Gewinn am Kurs (Pinwand)
39. Schlussrunde

### 3.3 „Drehbuch“ zum Kurs

Mit Ausnahme des ersten Kursabends beginnt jeder Abend mit den Fragen (x. Power Point):

- „Wie lautet Ihr persönlicher `Stimmungs-Wetterbericht` in Bezug auf das Kursziel?“ (Jeder TN muss sich äußern. Falls Rückfälle benannt werden entscheiden die Kursleiter, ob ihre Bearbeitung in der Gruppe Vorrang erhält und/oder ob es für den/die betreffenden TN einer Unterstützung im Einzelsetting bedarf.)
- „Haben Sie Fragen zum letzten Kursabend?“
- „Haben Sie besondere Wünsche für den heutigen Abend?“

Es folgt eine kurze Wiederholung bzw. Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte des letzten Kursabends und eine Vorschau über die geplanten nächsten Themen. Evtl. müssen „Hausaufgaben“ behandelt werden.

Die einzelnen Lerneinheiten des Kurses können in ihrer Abfolge flexibel eingesetzt werden. Sätze in Anführungszeichen schlagen vor, wie die Kursleiter formulieren könnten. Das Zeichen □ zeigt auf, worum es bei dieser Lerneinheit geht. Zur sprachlichen Klarstellung: Der vielfach verwendete Begriff „Konsum“ bezieht sich auf den jeweiligen Konsum des Hauptproblem-Suchtstoffes eines jeden TN, also Alkohol oder illegale Suchtstoffe.

### **1. Begrüßung (1. Power Point)**

„Wir möchten Sie recht herzliche begrüßen ...

Mein Name ist (...) Mein Name ist (...)

Wir werden Sie durch den Therapiekurs bzw. das Programm führen ...“

### **2. „Schimpfrunde“**

„Bevor wir richtig anfangen, mal bitte ganz spontan: Was haben Sie gedacht/empfunden, als Sie hierher gefahren sind?“

□ Jeder Teilnehmer muss sich äußern! Wichtig: Nichts Kommentieren, keine Diskussionen, keine vorzeitigen Ereignisanalysen oder Rechtfertigungen der Teilnehmer zulassen! Ziel ist, ein Signal an die freie Kommunikationskompetenz zu richten und den TN Möglichkeit geben „Dampf abzulassen.“

Evtl. Zusatzfrage: „Was haben Sie über dieses Programm oder ihre Leiter im Vorhinein gehört?“ (Klärung/Benennen von Phantasien, Übertragungen, Gerüchten)

### **3. Vorstellung Programmziele (2. Power Point)**

„Dieser Kurs ist Teil eines Therapieprogramms zu dessen Teilnahme Sie sich verpflichtet haben. Ziel ist die nachhaltige Verhaltensänderung im Konsum-Fahrkonflikt.“

Hervorgehoben werden sollen die Vorteile, welche TN haben bei Zielerreichung (Bonus, Gewissenskonflikt, persönliche Weiterentwicklung, Prävention, Gesundheit, Lebensqualität, Bewusstheit, „reinen Tisch machen ...“)

### **4. Programm- und Kursübersicht (3. Power Point)**

-siehe oben Abschnitt „Überblick Kurs-/Lerneinheiten“

### **5. Vorstellung Kursinhalt in Auswahl (4. Power Point)**

- Wissensvermittlung, kognitive Umstrukturierung
- Selbsterfahrung, Bewusstseins-Erweiterung
- emotionale Deliktbewältigung
- Lebensfeld-Analyse bezüglich Konsum
- Erweiterung des Verhaltensrepertoires
- „Hausaufgaben“
- Bilanzierung, Zielausrichtung, Losung
- Nachhaltige Strategie-Setzung

### **6. Kursregeln in Auswahl (5. Power Point)**

- Abstinenz
- gutes Sprachverständnis
- aktive Mitarbeit
- Pünktlichkeit
- Hausaufgaben
- Diskretion, Geheimhaltung

- akzeptieren unterschiedlicher Wertvorstellungen und Wahrnehmungen

### **7. Prognostizierter Gewinn am Kurs (Pin-Wand)**

„Unabhängig von der Verpflichtung zur Programmteilnahme: Wie hoch schätzen Sie den Gewinn ein, den Sie persönlich von diesem Therapieprogramm davontragen werden?“

### **8. Vorstellungsrunde**

Name, Alter, Wohnort, Beruf, Hobbys, Stärken. Zu Beginn persönliches Beispiel der Kursleiter.

### **9. Vorstellung der veranstaltenden Institution**

Struktur, Angebot, Zusammenarbeit mit Ämtern, Geschichte der FiaZ-Arbeit

Message: Wir haben keinen Einfluss auf etwaige, noch bestehende, offene Verfahren. Wir gehen davon aus, dass die Behörden alle TN als Abhängigkeitskranke oder als Missbraucher mit FiaZ/FuD-Delikt ansehen und viele TN das als Ungerechtigkeit empfinden. Unsere Empfehlung an die TN besteht darin, das Beste daraus zu machen und zu belegen, dass sie abstinent leben.

### **10. Konsumgeschichte**

Die TN bilden Paare und tauschen ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit ihrem Hauptproblem-Suchtmittel aus. (Persönliches Beispiel der Kursleiter vorweg.)

Anschließend im Plenum: Typisches zusammenfassen, Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten, z.B. zu Lebensabschnitten, Orten, Konsummuster, Einstellungen zum Konsum. Ziel ist die Ermöglichung von Solidaritätserfahrung und Bewusstmachung der Problematik.

### **11. „Konsumpanorama“**

Die TN malen das „Konsumpanorama“ (vgl. „Suchtpanorama“ *Petzold, Orth* 1993a; siehe auch „Lebenspanorama“ *Petzold, H.G., Lückel, K.* 1985; siehe für diagnostische Zwecke: *Petzold, H. G.* 2016f): Anschließend gehen sie wieder in Paaren zusammen um sich ihre Bilder gegenseitig vorzustellen. Im Vordergrund steht mit Hilfe der Bilder die beschreibende Schilderung der szenischen Atmosphäre, unter der der Konsum stattfand. Es soll möglichst wenig begründet und gerechtfertigt werden, hingegen möglichst beschreibend phänomenologisch. Die Anweisung an die Zuhörer bei der Nachbesprechung lautet, nur Mitteilungen zu machen, die im Sinne eines „Sharings“ sind.

### **12. Theorieinput 1: Konsummuster am Bsp. Alk. (6. Power Point)**

Die Trinkmuster normales Trinken, Kontrolliertes Trinken, Missbrauch und Abhängigkeit bestimmen (Begriffsklärung, Prävalenz, Kulturgeschichte)

### **13. Theorieinput 2: Konsumtypen am Bsp. Alk. (7. Power Point)**

Verschiedene Konsumtypen darstellen am Bsp. Alkohol

### **14. Selbsteinschätzung Konsummuster, Konsumtypen (8. Power Point)**

„Bei welchem der dargestellten Trinkmuster und Trinker-Typ erkennen Sie sich am besten wieder?“

Die TN schätzen sich im Austausch mit einem anderen TN ein in Bezug auf Konsummuster und Konsumtypen.

### **15. Theorieinput 3: Wirkung/Funktion von Alkohol generell (9. Power Point)**

- somatisch
- seelisch
- sozio-kulturell

### **16. Theorieinput 4: Wirkung von Alk. am Steuer (10. Power Point)**

„Worin genau zeigt sich die Wirkung des Alkohols auf das Fahren bzw. den Fahrzeughenker?“

- Zahlen und Fakten zur Wirkung von Suchtmitteln am Steuer.

### **17. Theorieinput 5: Phänomen Rückfall (11. Power Point)**

- Die wichtigsten Lerneinheiten aus gängigen Rückfall-Programmen

### **18. Was könnte dazu führen, dass Sie rückfällig werden? (12. Power Point)**

- Selbsterfahrung-Selbstexploration in der 3-er Gruppe

### **19. Theorieinput 6: Grand Rapid-Studie (13. Power Point)**

Eingangsfrage, „Aufwecker“: „Um wie viel höher schätzen Sie die Unfallgefahr bei FiaZ mit 0,8 Promille ein?“

- Diskussion herbeiführen, Zahlen und Fakten liefern zu Unfallwahrscheinlichkeit unter FiaZ/FuD.

### **20. Untersuchungen über Personen mit FiaZ/FuD (14. Power Point)**

Eingangsfrage, „Aufwecker“: „Was unterscheidet Nicht-Täter von Erst- und von Wiederholungstäter?“ Diskussion herbeiführen.

- Untersuchung anführen, z.B. von *Siegrist* 1992, 7 im bfu-Handbuch S. 4 im Evaluationsbuch. Problem ansprechen zur hohen Zahl von Wiederholungstätern beim Straftatbestand FiaZ/FuD. Hinweis auf (krankheitsbedingte) Selbstüberschätzungen geben, der (sub-) kulturellen Bagatellisierung, der gesellschaftlichen Verleugnung. Problem der Schuldgefühle und des Erschreckens darüber, (Straf-) Täter zu sein. Chancen/Chancenlosigkeit von Wiedergutmachung in Fällen von Schädigungen Dritter.

### **21. Theorieinput 7: Chance FiaZ/FuD-Kurs (15. Power Point)**

„Entsprechende Untersuchungen zeigen, dass aufgrund solcher Kurse, wie wir ihn mit Ihnen durchführen, die Rückfallwahrscheinlichkeit bei AlkoholfahrerInnen um bis zu einem Drittel reduziert werden konnte.“

□ Zahlen und Fakten zur Wirkung von FiaZ/FuD-Kursen mit dem Ziel der Motivationssteigerung. Problem, wegen eines Delikts mehrere Sanktionen zu erfahren, Gefühle von Ohnmacht gegenüber sich lange hinziehenden Prozessen, der Zeitverzögerung zwischen Delikt und Kursbeginn. Thematik „Glück gehabt- Pech gehabt“ behandeln. Hinweis auf das Problem der (krankheitsbedingten) Selbstüberschätzung geben und der kulturellen Bagatellisierung, der Verleugnungsgefahr gegenüber der eigenen Verantwortung, dem Problem der Schuldgefühle und des Schreckens, plötzlich (Straf-) Täter zu sein, Chancen/Chancenlosigkeit von Wiedergutmachtun in Fällen von Schädigungen Dritter. Die jüngsten, gesellschaftlich positiven Trends und Erfolge hervorheben (weniger FiaZ, Programme wie „Be My Angel“), allgemeines Umdenken hin zur Respektierung der 0.5 Promille-Grenze.

Message salopp formuliert: Wer immer noch nicht umdenkt „steht auf dem Schlauch“!

## **22. Spezialfrage an TN, die bereits einen FiaZ/FuD-Kurs besucht hatten: (16. Power Point)**

„Was muss in diesem Kurs hier anders laufen, damit Sie zukünftig kein FiaZ/FuD mehr machen?“

## **23. Lügen- und wahrheitsgemäße Geschichte erzählen**

□ Die TN bilden Paare. Jeder muss seinem Partner eine wahre und eine unwahre Geschichte erzählen. Einzige Bedingung: In beiden Geschichten muss Konsum eine Rolle spielen. Anschließend muss der Zuhörer raten, welche wahr und welche unwahr gewesen ist.

## **24. Theorieinput 8: „ES - ICH - ÜBER-ICH“ (17. Power Point)**

„Viele Menschen, die ihr eigenes Verhalten hinterfragen, überlegen `warum mache ich das überhaupt? Es bringt doch nichts und schadet mir nur ...?` In Hilfestellung zur Beantwortung dieser Frage arbeiten wir mit folgendem Strukturmodell nach S. Freud:“

□ **ES - ICH - ÜBER ICH** (Modell erklären!)

Message: Wenn ich konsumiere schwäche ich mein ÜBER-ICH. Vorsätze „lösen“ sich dann im Suchtstoff auf. Gleichzeitig stärke ich das ES, was den inneren „Schweinehund“ mächtiger werden lässt. Meinem ICH gelingt es nicht mehr, vernünftig zwischen beiden Instanzen abzuwägen! Es kommt zu Situationen, in denen ich nüchtern betrachtet, nicht intoxikiert gefahren wäre.

Merksatz: „Alkohol ist der im Über-Ich lösliche Teil des Gewissens.“

□ Zur Veranschaulichung des Modells spielen die beiden Kursleiter in einem Rollenspiel einen Disput zwischen ES und Über-Ich. Das Ich schweigt, weil vollkommen überfordert mit der Vehemenz des Auftretens der beiden anderen Instanzen.

## 25. Einstimmung auf die Ereignisanalyse

□ Die TN werden motiviert, die Bewusstmachung des zumeist unangenehmen Ereignisses als Chance der Verarbeitung und Integration zu sehen. Es ist der erste Schritt in einen wichtigen Kursabschnitt: die individuelle Ereignisanalyse. Die Theorie dahinter lautet, dass Wissensvermittlung alleine kaum zur nachhaltigen Verhaltensänderung führt. Besser ist, Erfahrungen zu ermöglichen, bei denen „kopfmäßige“ Einsichten mit körperlich Gefühltem oder Bildhaftem korrespondiert.

□ Methode der geleiteten Aufmerksamkeit: TN sitzen bequem, Augen geschlossen, schenken der Atmung Aufmerksamkeit, lassen innere Ruhe einkehren, „zentrieren“ sich. Schritt für Schritt wird nun das Ereignis erinnert durch gezielt evozierende Fragen des Kursleiters. Jedes Detail aus der Erinnerung ist wichtig. Immer wieder die Fragen, *was* wahrgenommen wurde und damit korrespondierend, *wie* reagiert mein Leib/Seele/Geist *jetzt* bei der Erinnerung daran?

□ Sinn und Zweck der Übung auf Gruppenebene besteht darin, in dieser Phase von einem lockeren Reden über das Ereignis wegzukommen hin zu einem ernsthaften Versuch, in der Gruppe Fehlverhalten zu beschreiben ohne das vorschnell zu bewerten. Es soll eine Atmosphäre kreiert werden, die angemessen für die Tragweite der Problematik ist und ermöglicht, den Blick auf eigenes Verhalten zu werfen.



Abschließend: „Wenn Sie jetzt auf ihr Gefühl achten. Was nehmen Sie jetzt wahr? Betroffenheit, Beklommenheit, inneren Druck, Angst, Scham, Erleichterung, Distanz, Leere, Nichts, Schuld, Ärger, Wut, Ohnmacht, Hoffnungslosigkeit, Zuversicht ... Und wenn Sie diesem Gefühl eine Überschrift/Schlagzeile in der Regenbogenpresse geben würden: Wie lautete sie?“

- Die TN notieren die Überschrift auf eine Karte. Die Karten werden an die Pin-Wand gehängt.

## **26. Individuelle Ereignisanalyse (18. Power Point)**

„Wir gehen Punkt für Punkt den Fragenkatalog (auf dem Power Point) durch und wollen Schritt für Schritt untersuchen, *wie-was* mit welchen Konsequenzen passiert ist. Ziel ist herauszuarbeiten, *was* Sie *wie* und *wie* Sie *was* zu *welchem Zeitpunkt* das nächste Mal anders machen könnten. Es interessiert der `Wunde Punkt`, an dem Sie die Kontrolle über Ihre guten Vorsätze verlieren, Ihr `Über-Ich` an Kraft einbüßt oder sich ganz „abmeldet“.

Stichwörter: Trinkanlass - Denken und Fühlen vor dem Fahren - Welche Konsequenz ziehen Sie aus den Ereignissen - „Welche zukünftige Strategie scheint Ihnen geeignet ...?“

- Stichworte auf eine Moderationskarte schreiben und an Pinwand aufhängen.

## **27. Individueller Losungssatz**

- Die TN entwickeln einen positiven, pragmatischen-realistisch-umsetzbaren, persönlichen, handlungsleitenden Losungssatz zum Konsum-Fahrkonflikt, schreiben ihn auf eine Karte und stecken diese in ein an sich selbst adressiertes Couvert. (Das Couvert wird den TN Wochen später als Erinnerungsstütze zugesendet.)

## **28. Zusammenfassung der Ereignisanalysen**

Typische Gemeinsamkeiten aller werden herausgearbeitet und individuellen Aspekten gegenübergestellt. Die einzelnen Strategien werden auf ihre Realisierbar- und Nachhaltigkeit geprüft.

### **29. Individuelle Problemanalyse zum Konsum-Fahrkonflikt (19. Power Point)**

Die Kursleiter erklären die drei entscheidenden Stichworte, um die es in den folgenden Fragen geht. Die TN beantworten dann jeder für sich die Fragen stichwortartig für einen anschließenden Austausch mit einem anderen TN.

1. „Wie sieht meine persönliche Kosten-Nutzen Analyse bezüglich Konsum und Fahren aus?“ (Risikobereitschaft, Genussorientierung, Kompromissbereitschaft, Frustrationstoleranz, Selbstkontrollfähigkeit, Commitment)

2. „Was ist meine typische Risikosituation bezüglich des Konsum-Fahrkonflikts?“

3. „Wie könnte ein innerer, handlungsleitender Satz/Spruch gelautet haben, der mein Fehlverhalten bei(m) FiaZ/FuD-Ereignis(sen) steuerte?“

### **30 Ratschlaggebender Innerer Verbündete**

„Gesetzt den Fall, Sie geraten ungewollt in alte Fahrwasser des Konsums: Welcher Person würden Sie heute den Auftrag erteilen, Sie dann anzusprechen um wieder zur Vernunft zurück zu kehren? Was müsste diese Person Ihnen sagen und wie?“

Die TN werden als Hausaufgabe aufgefordert, die entsprechende Person aufzusuchen und um die Erfüllung des Auftrages angefragt.

### **31. Body Charts**

Es werden Body Charts nach *Petzold, Schay* (2004, 417) gemalt. Anschließend tauschen sich die TN mit einem Partner aus über das gemalte Bild. Im Vordergrund stehen Aussagen zu Körper und Gefühl.

### **32. Phantasiereise**

□ Die Kursleiter leiten eine Phantasiereise an deren Höhepunkt das Auffinden eines Buches ist, in dem jeder TN sein Leben von Geburt bis zum Tod in allen Details aufgeschrieben findet. Die Aufgabe der TN besteht darin in dem Buch „zu lesen“ und anschließend schriftlich in 5 Sätzen wiederzugeben, was sie für die (zukünftige) Restlebenszeit in Bezug auf Konsum in dem Buch über sich erfahren haben.

Theorie: Antizipation schützt vor unbewusstem Handeln.

### 33. Individuelles (Abschieds-) Ritual

□ Festigung der Losung/Vision, verschiedene Möglichkeiten: Die in der Phantasiereise entworfen und dann notierten Sätze bei sich zu tragen (Geldbörse, Agenda, Desk-Top, Smartphone, im Auto, auf dem „Altar“ in der Wohnung) im Sinne eines „Notfall-Briefs“. Denkbar wäre auch, an einem Erinnerungstag im Jahr diese bewusst zu lesen ... Eine autosuggestive Methode bestünde darin, im Kurs die TN zehn Mal ganz bewusst in Gedanken den Fahrzeugschlüssel im Zündschloss umdrehen zu lassen und sich achtsam die Losung innerlich vorzusprechen. Die TN werden dann aufgefordert, diese Übung in den nächsten Tagen zu wiederholen. Eine weitere Idee liegt in der Idee, im Rahmen eines Rituals Abschied von schädigendem Konsumverhalten zu nehmen.

### 34. Rollenspiel

□ Die TN sollen ihr Repertoire erweitern, in schwierigen Situationen angemessen reagieren zu können. Es geht in der Gruppe darum klarzumachen, dass es nicht *eine, allein richtige Verhaltensweise* gibt und geben kann. Je aktiver TN die Situation üben –auch rollenspielmäßig, desto höher die Chance, sie in der Exposition zu meistern!

Message: Antizipation von schwierigen Situationen hilft !

Kontext für das Rollenspiel, Bsp.: Eine Stammtischrunde versucht einen Kollegen zum Trinken zu überreden, obwohl dessen Auto vor der Beiz steht, mit dem er nach Hause fahren will. Verbale „Tiefschläge“ sind im Rollenspiel von gespielten Peers aus Risikosituationen erlaubt! Der Protagonist soll sich nicht in eine defensive Rolle drängen lassen. Er soll vielmehr eine aktive Rolle übernehmen, selbst Fragen stellen oder den anderen zuvorkommen, z.B. mit:

- „Nein ich trinke nicht - ich habe den Führerausweis verloren und einen Kurs besucht. Ich will nicht noch einmal `dreinlaufen` und das Billett verlieren ...!“ oder
- „Was willst Du mit Deinem Drängen erreichen?“ oder
- „Serviertochter, bringen Sie bitte drei Bier für meine Kollegen und einen Kaffee für mich“!

### 35. Video: „Nicht mehr glücklich werden können“

Je nach vorherrschendem Thema im Kurs oder Interesse oder der personellen Kurszusammenstellung wird ein Kurzvideo ausgewählt. Ziel dabei ist, die TN über einen weiteren Sinneskanal mit dem Thema FiaZ/FuD zu konfrontieren. Evtl. denkbar wäre, in dieser Lerneinheit Videos/Fotos von Verkehrsopfern zur Abschreckung anzubieten. Auch ein Interview mit einem FiaZ/FuD-Täter, der jemanden in einen Unfall verwickelt hat, könnte produziert und vorgeführt werden.

### 36. Generelle Problemanalyse

Es werden vier Gruppen gebildet. Jede Gruppe erhält eine der folgenden Fragen zur Bearbeitung:

1. Thema **Rückfälligkeit** in alten Muster: Was bewirkt, dass gute Vorsätze nicht eingehalten werden und alte Konsummechanismen (wieder) zu FiaZ/FuD führen?
  2. Was sind **typische Situationen** in denen Fahrzeuglenkende konsumieren und woran kann man sie erkennen?
  3. Was sind **hilfreiche Maßnahmen** für Fahrzeuglenkende Konsum und Trinken zu trennen?
  4. Woran können Fahrzeuglenkende **frühzeitig erkennen**, dass sie Gefahr laufen FiaZ/FuD zu begehen?
- Optional: 5. Angenommen Sie sind in Gefahr, angetrunken/intoxikiert ein Fahrzeug zu lenken: Wie möchten Sie von ihrem besten Kollegen **angesprochen** werden, das nicht zu tun?
- Die Ergebnisse werden im Anschluss im Plenum vorgestellt.

### 37. Theorieinput 9: Rechtliches (21. Power Point)

Rechtliche Infos vor allem bezüglich Wiederholungstäterschaft mit dem Ziel, vor weiteren FiaZ/FuD abzuschrecken.

Gefahr: Die juristische Dimension eignet sich besonders gut vom eigenverantwortlichen Teil der Schwierigkeiten in Zusammenhang mit FiaZ/FuD abzulenken. Erfahrungsgemäß tendieren TN zu Einschätzungen, inwieweit sie bezüglich Bussen und sonstigen Konsequenzen schlechter abgeschnitten hätten als andere bzw. ungerecht behandelt worden seien. Gerne wird an dieser Stelle polemisiert und den Behörden Willkür vorgeworfen. Kollektiv besteht somit in dem Kurs die Gefahr der Verleugnung, z.B. „nur Pech“ gehabt zu haben als „kleiner Mann“. Innerpsychisch bleiben solche TN auf diese Art und Weise seelisch gefangen von ihrem Delikt-Verhalten. Es gelingt dann nur schwer, ihnen zielorientiert Möglichkeiten aufzuzeigen.

### **38. Quiz**

Fragen rund um das Konsum-Fahrproblem mit Multiple Choice Antwortbögen werden den TN schriftlich ausgehändigt. Wer die meisten Richtigen hat gewinnt ein Überraschungspaket mit diversen kleinen Geschenken bzw. Material zur Öffentlichkeitsarbeit der bfu (Eiswürfel, Promille-Tabelle, Non-Alk.-Trinkmix Broschüre, Plakat, Flaschenöffner etc.)

### **39. Tatsächlicher Gewinn am Kurs (Pinnwand)**

„Unabhängig von der Verpflichtung zum Kursbesuch oder eines evtl. Bonus, den Führerausweis früher zurück zu bekommen: Wie hoch schätzen Sie *jetzt* den Profit ein, den Sie persönlich von diesem Kurs davontragen werden?“

Selbsteinschätzung der TN mittels Aufkleber auf 6-stufiger Skala. Anschließend Vergleich mit früherer Prognose vom Kursbeginn, Zusammenfassung davon.

Optional: Die TN schätzen sich gegenseitig anonymisiert ein, wie hoch die Wahrscheinlichkeit jeden einzelnen ist, wieder FiaZ/FuD zu begehen.

### **Schlussrunde**

1. Terminvereinbarung für erste Check Up Nachgespräche
2. Sinn und Zweck der telefonischen Check Ups
3. Mündliche Feedback-Stimmen zum Kurs aus der Gruppe: Wie gehen die TN jetzt nach Hause?
4. Schriftliche Kursauswertung (mittels Erhebungsbogen zur Qualitätssicherung)
5. Kursbescheinigung
6. Aufforderung, Gelerntes weiter zu geben um einen Beitrag zur Sensibilisierung der Gesellschaft im Konsum-Fahrkonflikt zu leisten
7. Dank, Verabschiedung ...

### 3.4 Kursaufgaben (Auswahl)

#### **Kursaufgabe 1: „Craving-Agenda“**

Die TN bekommen eine Craving-Agenda ausgehändigt mit dem Auftrag, diese bis zur Beendigung des Kurses zu führen. Sinn und Zweck wird erklärt.

#### **Kursaufgabe 2: „Ratschlaggebender Verbündeter“**

„Bitte machen Sie sich zum nächsten Mal Gedanken zu folgender Frage: Von wem in ihrem Bekannten- oder Kollegenkreis könnten sie einen Ratschlag befolgen auch dann, wenn sie den Ratschlag im ersten Moment für falsch hielten? Wichtige Voraussetzung ist, dass es sich um eine Person handelt, von der Sie etwas annehmen können, die Ihnen wohlgesonnen ist.“

#### **Kursaufgabe 3: „Trainings“**

Hier folgt eine Sequenz mit ausgewählten Trainings („Skills“) bezüglich folgender Themen: Stressbewältigung, Entscheidungsfindung, Bewältigungsproblematik, Selbstkontrolle.

## **Kursaufgabe 4: „In vivo Disposition“**

Die TN setzen sich ihrer Risikosituation aus. Notfall-Szenarien sind vorher besprochen worden.

### 3.5 Vorgespräch

#### **Gesprächsleitung:**

- einer der beiden Leiter des Kurses. Dieser wird für die gesamte Programmdauer zum „Coach“ des TN

#### **Ziel:**

- „Informed Consent“ (*Müller, Petzold 2002*)

#### **Inhalte:**

- Informationsvermittlung über das Programm, den Kurs sowie die Veranstalter/Verantwortlichen
- Erwartungshaltung des TN
- Motivationsklärung
- Sprachverständnis-Klärung
- erste Analyse individueller Problemlage (einführendes Verstehen, emotionale Annahme, authentisches Verstehen)
- Prüfung und ggf. Empfehlung auf Begleitmassnahmen (z.B. Paartherapie, Antabus-Einnahme, Psychiater-Konsultation etc.)
- Regeln
- positive Zukunftsperspektive
- Arbeitsbündnis

#### **Entscheid:**

- Unterzeichnung der Vereinbarung zur Teilnahme bzw. ggf. Begründung einer Ablehnung

**Dauer:**

- 50 Minuten

## Kosten für Vorgespräch:

- Keine

## 3.6 Dyaden nach IFT

## Gesprächsleitung:

- Coach des TN

## Zeitpunkt/Anzahl:

- 8-16 kursbegleitend

## Ziele und Inhalte:

- Befindlichkeit
- Check Up der Zielausrichtung, Strategiesetzung, Ethik: „Theragnostik“ mit Blick auf die „14 plus 3“ - Wirk- bzw. Heilfaktoren (*Petzold, 2016n*), „client dignity“ (*Müller, Petzold 2002*)
- Rückfall-Gefahr
- Abbruch-Prophylaxe
- Motivationssicherung
- Prüfung und ggf. Empfehlung auf Begleitmassnahmen (medikamentös-psychiatrisch-sozialarbeiterisch-administrativ, kontextueller Einbezug, Selbsthilfegruppen,)
- Bearbeitung individueller Problemlagen, Komorbiditäten
- Fortwährende Theragnostik, Entwicklungsprozess-Überprüfung anhand der 14 plus 3 Wirkfaktoren der Psychotherapie
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Klärung Geheimhaltungspflicht
- Ressourcenaktivierung

**Besonderes:**



- Dyaden können auch als Paar- oder Familiengespräche genutzt werden

**Dauer:**

- 50 Minuten

**Kosten für Dyaden:**

- keine

### 3.7 Check Up Nachgespräche

**Gesprächsleitung:**

- Coach des TN

**Zeitpunkte:**

- 1. Nachgespräch drei Monate nach Kursende
- 2. Nachgespräch zwölf Monate nach Kursende

**Ziele und Inhalte:**

- Befindlichkeit
- Check Up der Zielausrichtung bzw. Strategiesetzung
- Rückfälle
- Prophylaxe
- Prüfung und ggf. Empfehlung auf flankierende Massnahmen
- Unerledigtes aus der Zusammenarbeit
- Evaluation/Bilanz des Therapieprozesses
- positive Zukunftsperspektive
- Kritik/Verbesserungsvorschläge am Programm
- Abschluss-Machen/persönliches Verbleiben

**Kosten für Nachgespräche:**

keine

#### 4. Zusammenfassung / Summary

##### **„Integrativ-therapeutisches Programm für schwer oder wiederholt alkoholisiert/intoxikiert Fahrzeugführende“**

Das vorgestellte Programm richtet sich an die im Titel genannte Gruppe von Delinquenten, bei denen die herkömmlichen Massnahmen zu kurz greifen. Im Gegensatz zu anderen Verkehrsstraftätern des Konsum-Fahrkonflikts sind ihre Zahlen seit Jahrzehnten nicht rückläufig. Die vorgelegte Arbeit schlägt deshalb für sie einen neuen Weg mit integrativ-psychotherapeutischem Anspruch vor: Verschiedene Partner wie Polizei, Psychiatrie, Beratungsstelle und Gericht konnektivieren sich zu einem weitgreifenden, agogischen Ansatz, ganzheitlich, differentiell, multimodal. Im Kern besteht er aus einem Kursangebot *“Integrative Suchttherapie”* flankiert durch dyadisch ausgerichtete *“Integrative Fokale Kurzzeittherapie”* und Konsumkontrollen als Teil einer mehrperspektivischen Netzwerk- und Sozialarbeit. Nach erfolgreichem Durchlaufen des für die Dauer von einem Jahr konzipierten Programms, erhalten Teilnehmer mittels Bonussystems ihren Fahrerausweis früher zurück.

**Schlüsselwörter:** Konsum-Fahrkonflikt, Verkehrsstraftäter, Fahrausweis, *“Integrative Suchttherapie”*, *“Integrative Fokale Kurzzeittherapie”*, Konnektivierung

##### **Summary**

##### **“Integrativ-therapeutical program for drivers with severe/repeated driving while intoxicated (DWI) under the Influence (DUI) of alcohol or drugs”**

The program presented is aimed up on the mentioned group of delinquents who fall short on conventional interventions. In contrast to other traffic law offenders of the consume-driving conflict, their numbers have not been reduced for decades. The paper therefore suggests an integrative-psychotherapeutic way: connecting such different partners as police, psychiatry, counselling agency and court to an expanded agogical approach, holistical, differential, multimodal. At its core, it consists of a course of *“Integrative Therapy of Addiction”* accompanied by dyadic *“Integrative Brief*

*Focal Therapy*” and consummation-controls as part of a multiperspective net- and social work. After having successfully passed the one year-lasting program, participants will receive their drivers-license back earlier.

**Keywords:** DWI, DUI, consume-driving conflict, traffic law offenders, drivers license, “*Integrative Therapy of Addiction*”, “*Integrative Brief Focal Therapy*”, connectivity



- Impinen, A. et al. (2009):* Traffic. Inj. Prev. Vol. 10, 2009: pp. 220.
- Jehle, J.-M., Kirchner, M. (2002):* Wiederverurteilung im Straßenverkehr. Blutalkohol Nr. 3, 2002.
- Knoche, A. (2018):* MPU 2017: Zahl der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung sinkt. Nr. 08/2018. Bundesanstalt für Strassenwesen. Presse-Mitteilung.
- Krismann et al. (2011):* Evaluation of legal measures to combat DUI/DUID. Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines. Project No. TREN-05-FP6TR-S07.61320-518404-DRUID Project co-funded by the European Commission within the Sixth Framework Programme.
- Krüger, H.-P. (1998):* Fahren unter Alkohol in Deutschland. Urban & Fischer.
- Lukas, E. (1985).* Die suchtpreventiven Möglichkeiten der Logotherapie. In: KSA (Hrsg.). Sinnfindung als Aufgabe in der Suchtprävention. Hamm: Hoheneck, 15-34.
- Lorenz, G. (2004):* Die Bedeutung von Struktur in der Behandlung von suchtabhängigen Menschen. Hückeswagen: FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.
- Lowe, N. (2014):* The impaired driving assessment. A screening tool for Community Corrections.
- Lütge, M. (1997):* Wachstum der Gestalttherapie und Jesu Saat im Acker der Welt. Psychotherapie als Selbsthilfe. Frankfurt. Lang.
- Mayhew, D.R., Simpson, H.M., Beirness, D.J. (1994):* Dealing with the Hard Core Drinking Driver. Ottawa, Ontario: Traffic Injury Research Foundation of Canada (pp. 791-796).
- Müller L., Petzold H.G. (2002a):* Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“. Erschienen in: Märtens, M., Petzold, H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünwald, 293-332.
- Ostermann, D. (2003):* Salutogenetische Aspekte in der Sucht – Die Bedeutung der Sinnfrage sowie der Reflexion und Neuorientierung der Werte im Genesungsprozess von Suchtkranken. Hückeswagen: Graduierungsarbeit. FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.

- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970):* Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung. Zeitschrift f. Prakt. Psychol. 8, 392-447.
- Petzold, H.G.(1980g):* Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., 1980f. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann, 223-290.  
<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1980g-rolle-therapeut-therapeutische-beziehung-in-der-integrativen-therapie.pdf>
- Petzold, H.G., Lückel, K. (1985):* Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden, in: Petzold (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985e, 2004a, 2019):* Die Rolle der Gruppe in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen – Konzepte zu einer `Integrativen Intervention`. Hückeswagen: FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.
- Petzold, H. G. (1986):* Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psycho-sozialer Arbeit. Bd. 1 u. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Schneewind, U.J. (1986):* Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, 2 Bde., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1988d):* Die «vier Wege der Heilung und Förderung» in der «Integrativen Therapie» und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der «Integrativen Bewegungstherapie», Teil I, Integrative Therapie 4, 325-364, Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. als «Die vier Wege der Heilung und Förderung», in: Bd. I,1 (1996a,173-283).
- Petzold, H.G. (1988n/1996):* Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Psychotherapie und Körperdynamik. 3 Bde. Paderborn: Junfermann (Hrsg.: *H.G. Petzold*). Revidierte und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G. (1993a):* Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. II, 3. Paderborn: Junfermann, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2003a.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993):* Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsycho-

logie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. Hückeswagen: FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.

*Petzold, H.G., Orth, I. (1993a):* Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. In: *Integrative Therapie 1/2 (1993) 95-153* und *Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulendübergreifende Psychotherapie (3 Bd). Paderborn: Junfermann. Überarbeitete Neuauflage 2003a).*

*Petzold, H.G. (1993p/2003a):* Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Integrative Therapie Bd. III, Hückeswagen: FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv. (2003a).*

*Petzold, H.G., Orth, I. (1998a):* Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. Hückeswagen. FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.

*Petzold, H.G. (1992e):* Integrative Therapie in der Lebensspanne, erw. von (1990e); repr. Bd. II, 2 (1992a) 649-788; (2003a) 515 – 606 und in (1994j).

*Petzold, H.G. (1994a/2018):* Mehrperspektivität – ein Metakonzzept für Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. Hückeswagen. FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.

*Petzold, H.G. (1999q):* Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie 1-2/1999, 105-145, Integrative Therapie 3/2004, 267-299*; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-1999q-update-2006-07-2002-petzold-h-g.html>

*Petzold, H.G. (2000h):* Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“ für ihre biopsychosoziale Praxis der Hilfe in

- „komplexen Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen:  
Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit
- Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2006v): Mentali
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004, 2006): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Bd. I. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. überarbeitete Auflage 2007.*
- Petzold, H.G. (2004): Drogenabhängigkeit als Krankheit. Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004) (Hrsg.), 466-481.*
- Petzold, H.G. (2005ü): POLYLOGE II: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten – eine Sicht Integrativer Therapie und klinischer Philosophie. Hommage an Mikhail M. Bakhtin. (Updating von 2002c). www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 8/2006; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-08-2006-petzold-h-g-upd-von-2002c.html>*
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich W. (2006) (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Bd. II. Wiesbaden: Springer, VS Verlag für Sozialwissenschaften.*
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der “Integrativen Therapie” als “Entwicklungstherapie”. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich W. (2006) (Hrsg.), 627-713.*
- Petzold, H.G. (2007a, 2018): Integrative Psychotherapie im Modell des „Tree of Science“ - Wissen polyzentrisch vernetzt. Hückeswagen: FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.*
- Petzold, H.G., Müller, M. (2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Revid. von Petzold, Müller, M. (2005), in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesba-*



den: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007A, 367-431; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>

*Petzold, H. G., Sieper, J. (2008c):* Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In Petzold, Sieper (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, 473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008; [http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold\\_sieper\\_2008\\_integrative\\_willenstherapie\\_teil2.pdf](http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_sieper_2008_integrative_willenstherapie_teil2.pdf)

Petzold, H.G., Orth, I. (2007): „Der schiefe Turm fällt nicht .... weil ich das will!“ – Kunst, Wille, Freiheit. Kreativ-therapeutische Instrumente für die Integrative Therapie des Willens: Willenspanorama, Zielkartierungen, Ich-Funktions-Diagramme. Hückeswagen: Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit und in: Petzold, Sieper (2008a) 553-596.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Auszüge aus den 2 Bdn. Bielefeld: Sirius 2008 und den 2 Bdn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Petzold, Sieper 2003a. Auszugsweise bei <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge> POLYLOGE 02/2008

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007b): Einführung - Wille, Willensfreiheit, Wollen im Kontext von Neurobiologie und Psychotherapie. In: Petzold, Sieper (2008a) 17-53.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007c): Wille, Wollen, Willensfreiheit aus Sicht der Integrativen Therapie. Teil I: Interdisziplinäre Überlegungen und theoretische Perspektiven für die Psychotherapie. In: Petzold, Sieper(2008a) 253-328.

*Petzold, H.G., Sieper, J. (2007d):* Integrative Willenstherapie. Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In: Petzold, Sieper (2008a) 473–592.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007e): Psychotherapeutische Arbeit mit dem Willen. In: Petzold, Sieper (2008a) 341–356.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2007f): Perspektiven zur Willensfrage in der Integrativen Therapie. Integrativen Therapie 4, 445-464.

*Petzold, H.G. (2010m):* Komplexe Suchtarbeit. Integrative und entwicklungspsychobiologische Modelle. Vortrag an den Studententagen „Komplexe Suchtarbeit“, Graz, Steiermark, Okt. 2010.

*Petzold, H. G. (2016f): Narrative Biographiearbeit & Biographieerarbeitung in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“. Materialien zur Vor- und Nachbereitung biographischen Arbeitens. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. POLYLOGE 12/2016*

*Petzold, H. G., Orth, I. (2017a): Interzeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. POLYLOGE 22/2018; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interzeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>.*

*Petzold, H.G. (2012h): Transversale Identität und Identitätsarbeit. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Springer VS Verlag, 407-603.*

*Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In *Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven* Wiesbaden: Springer VS Verlag. 407-605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p: [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2001-2001p-petzold-h-g-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit.html>, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012q-transversale-identitaet-integrative-identitaetstheorie-persoenlichkeitstheorie.pdf>*

*Petzold, H.G., Märtens, M. (2013): Wege zu effektiven Psychotherapien. Bd. 1. Wiesbaden: Springer.*

*Petzold, H. G. (2016n): „14 plus 3“ - Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -pro-*

- zesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Auch in *POLYLOGE* Jg. 2018.
- Petzold, H. G.* (2019e): Natur sein, Natur-Sein – Nature embodied in time and space, in Kontext/Kontinuum. „Ökologische Intensivierungen“ im *Integrativen* Ansatz der Therapie und Supervision. *POLYLOGE* 10/2019; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2019-petzold-h-g-2019e-natur-sein-natur-sein-nature-embodied-in-time-and-space-in.html>
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hallenbach, H.* (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann, 4. Auflage 1999.
- Schafiyha, L., Wilks-Büscher M.* (2004): Behind blue eyes. Hückeswagen: FPI - Publikation, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Textarchiv.
- Schay, P., Petzold, H.G., Jakob-Krieger, C., Wagner, M.* (2006): Lauftherapie als Übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger – Theorie, Praxis, Forschung. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich W.* (2006) (Hrsg.), 159-204.
- Statistisches Bundesamt, Destatis* (2018): Unfälle unter dem Einfluss berauschender Mittel im Straßenverkehr 2017, Wiesbaden.
- Stefan, R., Petzold, H. G.* (2019): Möglichkeitsräume und Zukunftsentwürfe in den kognitiven Neurowissenschaften – Gesichtspunkte der Integrativen Therapie. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. *POLYLOGE* 30/2019; <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-stefan-2019-moeglichkeitsraeume-zukunftsentwuerfe-kognitive-neurowissenschaften-polyloge-30-2019.pdf>
- Simpson, H.M, Mayhew, D.R.* (1991): The hard core drinking driver. Ottawa, Ontario: Traffic Injury Research Foundation of Canada (pp. 847-853).
- Walde, B.* (2006b): Willensfreiheit und Hirnforschung. Paderborn: Mentis.
- Wanberg, K.W.* (2013): Adult Substance Use and Driving Survey – (ASUDS-R). A screening tool for community corrections. Arvada, Colorado USA: [www.aodassess.com](http://www.aodassess.com).

## **6. Referenz, Danksagung**

### **Referenz**

Meine Referenz erweisen möchte ich dem Initianten der BfA-FiaZ Kurse, Dipl.-Psych. Rolf Oetinger, ehemaliger Stellenleiter der BfA Münchenstein/Laufen, Schweiz, für seine hervorragende konzeptuelle Arbeit und Visionskraft zu Beginn der 90-er Jahren.

### **Danksagung**

Mein Dank gilt allen BfA-Kursleitern, die immer wieder mit neuem Engagement Kursleitungen übernahmen, auch wenn es ihnen so manchen „harzigen“ Abend bescherte. Dem Amt für Administrativmaßnahmen Baselland gilt mein besonderer Dank für die sehr gute Zusammenarbeit. Mein letzter Dank richtet sich an viele FiaZ-Kursteilnehmer für ihre interessierte Teilnahme und wertvolle, konstruktive Kritik.