

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

Herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

Dr.med. **Anton Leitner**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

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

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

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

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

Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

Lic. phil. **Hanspeter Müller**, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

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

www.fpi-publikationen.de/polyloge

Ausgabe 04/2004

Theoriearbeit, Praxeologie und Therapeutische Grundregel

Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer Reflexion in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen

Orth, Ilse, Hilarion G. Petzold**, Amsterdam, Düsseldorf, Paris***

** Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, dem Zentrum für IBT, Freie Universität Amsterdam, dem Institut, St. Denis, Paris, Lehrstuhl für „Klinische Philosophie und Psychologie“ (Prof. Dr. H.G. Petzold), und dem Zentrum für psychosoziale Medizin (Leitung Dr. Anton Leitner), Studiengang Supervision, Donau-Universität Krems.

„Es ist niemals zu spät, sich mit der eigenen Seele zu beschäftigen“
(nach *Epikur*, Diogenes Laërtius X, 122)

Vorbemerkung

Der folgende Beitrag versteht sich als Rahmentext für **praxeologisches** Arbeiten in der „Integrativen Suchttherapie“, die in diesem Band (*Petzold, Schay, Ebert* 2003, Bd. I) dokumentiert ist. Er will einige Grundprinzipien aufzeigen, die für integrativtherapeutisches Arbeiten als „**biopsychosoziale Praxis**“ (*Petzold* 1974j, 303ff, 2001a, *Orth, Petzold* 2000) insgesamt und spezifisch in der Behandlung von Suchtkranken (*Petzold, Thomas* 1994) charakteristisch sind, und die in allen Texten, die in diesem Werk zusammengetragen wurden, in der einen oder anderen Weise aufscheinen. Es handelt sich um folgende Prinzipien:

1. **Integrative Therapie** ist „**theoriegeleitet**“. Theorie als „mental durchdrungene, komplex betrachtete und erfaßte Wirklichkeit“ bestimmt auf dem Boden koreflexiver und diskursiver Auseinandersetzung die Interventionen und muß in der Praxis *selbst zur Intervention* werden.
2. **Integrative Therapie** ist im konkreten Vollzug „**angewandte Theorie**“, die sich in der Praxis und durch die Praxis immer wieder koreflexiv und ko-respondierend weiterentwickelt, eine *transversale* Qualität gewinnt, und sie ist in diesen Ueberschreitungen „**Praxeologie**“.
3. **Integrative Therapie** als Praxeologie ist „**kreative Therapie**“, die Theorien, Methoden, Techniken und Medien in kreativer/kokreativer Weise einsetzt und entwickelt und den Therapeuten/die Therapeutin selbst als „kreatives Medium“ und koaktive Gestalter sieht.
4. **Integrative Therapie** ist „**ethikgeleitete Therapie**“, die ihr Handeln an Werten orientiert, welche in einer „**Grundregel**“ für die Praxis umrissen wurden.
5. **Integrative Therapie** gründet in systematischer „**methodischer Reflexion/Metareflexion**“ und zielt auf sorgsame, für neue Impulse, Ideen, Forschungsergebnisse offene, gemeinsame, ko-respondierende Weiterentwicklung des Verfahrens und seiner Methoden.

Diese Prinzipien bieten Therapeuten und Therapeutinnen die Chance, sich nicht nur als „Praktiker“ zu definieren, sondern eine „**Liebe zur Theorie**“ zu entwickeln, ein **Interesse an Forschung**, eine Faszination an der **Theorie-Praxis-Verschränkung**, die für den Integrativen Ansatz so charakteristisch ist.

1. THEORIE als transversale Wirklichkeitsbetrachtung, sinnliche Reflexivität und differentielle Intervention

„**Theorie** ist leiblich erfaßte, verkörperte und mental durchdrungene Wirklichkeit“ (*Petzold* 2000h)

In einer *akzellierten Moderne*, in der die Halbwertszeiten des Wissen sich beständig verkürzen und fortwährend neue, zum Teil grundsätzlich neue Erkenntnisse und Forschungsergebnisse gewonnen werden, Theorienentwicklungen stattfinden, kommt dem besonnenen Umgang mit Theorie große Bedeutung zu. Therapieverfahren, die ohnehin an einer Schnittstelle von Theorie und Praxis situiert sind, deren Theorien immer auch konkrete Auswirkungen, Wirkungen und Nebenwirkungen auf das Leben und die Leiblichkeit, die Gesundheit und das Lebensglück von Menschen haben, müssen den Fragen ihres Verhältnisses zur Theorie bzw. des Theorie-Praxis-Bezugs besondere Aufmerksamkeit schenken (vgl. ausführlich *Petzold* 1991a/2003a, 1998a).

Die *transversale* Qualität der Moderne, ihre beständigen generativen Ueberschreitungen vorhandener Wissensstände in Neuland und ihre fortwährenden intensivierten „interdisziplinären“ Querungen der verschiedenen Wissensfelder und ihrer Erträge, führen zu „*transdisziplinären* Erkenntnissen“, einem anderen, flexibleren, offeneren Umgang mit Theorie und zu einem transgredierenden Theoriegebrauch (*Petzold* m1974j, 1988n/1996a, 1998a, 1991a/2003a), ja zu einer „transversalen Vernunft“ (*Welsch* 1997).

*** Ich danke *Ilse Orth* und *Johanna Sieper* für die kritische Diskussion dieses Textes und für das Zurverfügungstellen von Ideen und Materialien, mit denen sie meine Identitätskonzeption didaktisch umgesetzt haben. Ein Updating des Artikels durch Ergänzung neuerer Literatur erfolgte im September 2004.

„**Theorie** entsteht aus von Menschen leibhaftig wahrgenommener und erfaßter Wirklichkeit (Gegenstände, Handlungen, Sachverhalte, Vorgänge, Wissensstände), die persönlich u n d gemeinschaftlich exzentrisch reflektiert bzw. metareflektiert und - vorwissenschaftlich und fachwissenschaftlich untersucht - verstanden, erklärt und in Begriffe, Konzepte, *Erklärungssysteme* gefaßt wurde. Diese sind nicht abgeschlossen, sondern vermögen sich in Prozessen kultureller Entwicklung immer wieder als „*transversale Theorie* zu überschreiten“. Die so entstandenen kollektiven und subjektiven '*mentalen Repräsentationen*' ermöglichen Aussagen über Prinzipien und Regelmäßigkeiten von unterschiedlicher Genauigkeit und Verlässlichkeit, wodurch wiederum Voraussagen zu Zusammenhängen, Verhalten und Prozessen möglich sind, so daß Theorie für Praxis handlungsleitend werden und hinlängliche Handlungssicherheit für die vermitteln kann, die die Theorie gebrauchen. Theorie strukturiert Weltkomplexität und bündigt damit unüberschaubare, riskante Wirklichkeit und stellt damit auch eine Macht dar, die in ihrer Umsetzung selbst eine (machtvolle) Praxis werden kann. Deshalb wird ideologiekritische Reflexion von Theorie unerlässlich.“ (ibid.)

In diese Bestimmung gehen machttheroretische Ueberlegungen von *Foucault* (1978, 1994) ein. Natürlich ist „Wissen Macht“, aber auch Gegenmacht; denn „Theorie ist nicht der Ausdruck, die Uebersetzung, die Anwendung einer Praxis; sie ist selbst eine Praxis Sie ist Kampf gegen die Macht, Kampf um ihre Sichtbarmachung und Schwächung dort, wo sie am unsichtbarsten und hinterhältigsten ist“ (*Foucault, Deleuze* 1999, 70), aber sie steht oft genug selbst im Dienste von Unterdrückung. Machtanalytische Reflexionen werden deshalb unverzichtbar (vgl. *Orth, Petzold, Sieper* 1999), wenn man sich mit Theorie befaßt, Theorien über Menschen und Bereiche erarbeitet, die Opfer von destruktiven Machtdynamiken sind. Und Suchtkranke, Drogenabhängige sind das in vielfältiger Weise. Theorie – *Karl Mannheim* (1952) hat das herausgearbeitet – ist immer auch als Ideologie zu sehen. Und die Drogentherapie, blickt man in ihre Geschichte, erweist sich voller Ideologien (erwähnt seien die Debatten um Hoch- und Niedrigschwelligkeit, Langzeit- und Kurzzeitmodellen, Psychotherapie-, Sozialpädagogikorientierung, nicht zu Reden von therapieschulen bestimmten Debatten). Ueberlegungen zum Ideologiekonzept (vg. *Petzold, Orth* 1999, 126f) und ideologiekritische Arbeit ist deshalb unverzichtbar, nicht zuletzt, weil Psychotherapie in hohem Maße „ideologieanfällig“ ist (dieselben), ja zuweilen „in beunruhigendem Maße mit überflüssigen Mythen belastet ist“ *Ellis* 1999, 79ff).

Diese hier vorgelegte Umschreibung eines integrativen Theoriekonzeptes hat den ideologiekrischen und metahermeneutischen Blick als systematische Perspektive aufgenommen, und das ist wesentlich. Sie gründet weiterhin auf der vom „Leibe her“ ansetzenden „Hermeneutischen Spirale“ (*Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären, Petzold* 1988b), die sich in immer weiterführend Bewegungen überschreitet und mit dieser **Transveralität** impliziert, daß *Wahr-genommenes*, *Er-fahrenes*, *aufgenommen* wurde als verkörperte, cerebral in mnestischen Speichern niedergelegte „*Informationen über die Welt*“ plus der „*eigenleiblichen Resonanzen*“ auf dieses Aufgenommene - die Bilder und die sie begleitenden Empfindungen. Genauer betrachtet, handelt es sich nicht nur um bildhafte Eindrücke, sondern um komplexe „*impressa*“ (*Petzold* 1968b), um *sequentielle „szenische und atmosphärische“ Holorepräsentationen* als gesamtcerebrales Geschehen im Sinne *Lurijas* (gleichsam „*Filme*“ mit Geräuschen, Gerüchen, Gespürtem, Kinästhesien, Proprizetionen, also auch mit dem begleitendem innerleiblichen „*Erleben im Prozeß*“, in der ablaufenden Sequenz des Geschehens.) Das alles wird Grundlage von „*mind*“ und „*theories of mind*“: Gedanken über Erlebtes, Gedanken über Erfahrenens, Gedanken über Gedanken ... über die Welt, über mich selbst, über Selbst-in/mit-Welt als Qualitäten und Horizonte leibhaftigen Bewußtseins.

Das griechische Wort *Theorie*, „*θεορία*“ bedeutet „*Anschauung, Betrachtung*“, und das impliziert einen *leiblich* konkret in einer gegebenen Situation anwesenden Betrachter, der die Situation und die in ihr vorfindlichen Dinge und Menschen wahrnimmt, mit allen Sinnen *berührt*, mit *Sinnesorganen*, die im Verlauf der Evolution *im Kontakt mit der Welt* für die Wahrnehmung von Welt „auf Menschenweise“ ausgebildet wurden: um mit dem Blick zu erfassen, mit dem Gehör aufzunehmen, mit dem Gespür zu ertasten ... Leibliches Berühren, Wahrnehmen vermittelt In-formation, führt zu Wissen (*Hatwell et al.* 2003) als „erfaßte Welt“: *Welt-anschauung* im ganz konkreten Sinn des Wortes ist **Theorie** als transversale, sich beständig überschreitende. Menschen sind „Welt-Aschauer“ (*Chamberlain* 1916). Hier werden Qualitäten angesprochen, die über das „systemische Konzept“ des Beobachters „erster oder zweiter Ordnung“ (*von Foerster* 1985; *Luhmann* 1992) – dieses Konzept zugleich einschließend - hinausgehen. Die Anschauung des Anschauers ist im Angeschauten selbst verwurzelt, in ihm eingebettet (*embedded*) und mit ihm verschränkt (*intertwined*). Die Auf-

nahme und das Verleblichen des Angeschauten als „perceived and embodied world“ – „world incorporated - ermöglicht aber durch die Verinnerlichung zugleich eine Ueberschreitung in die *Exzentrizität*. Im Sichtbaren anwesend, Teil von ihm (*Merleau-Ponty* 1964), vermag ich in der exzentrischen Transgression eine Ueberschau zu gewinnen, ohne die *Zentrizität*, die doppelte Einwurzelung in Leib und Lebenswelt zu verlieren. „Verkörpert aus dem Stoff der Welt und zugleich eingebettet in diese Welt“ (*Petzold* 1970c, 3) – heute wird die Formel „Embodied and Embedded“ gebraucht (*Haugeland* 1998) -, ist das Subjekt in dieser fundamentalen **Struktur** „Mensch-in/mit-Welt“ aufgehoben. Sie kann in Reflexionen, Koreflexionen, Metareflexionen, Hyperreflexivität *virtuell* überschritten werden, ohne daß der Boden der Welt und des Leibes (so lange man lebt) letztlich zu verlassen ist. Dabei entsteht **Theorie** als *transmaterielle* mentale Realität, die immer im *materiellen* Boden (des Cerebrums, der Neurochemie, vgl. *Perry* 2002) gegründet bleibt.

Diese Ueberlegungen sind vielleicht nicht einfach, besagen aber nicht mehr und nicht weniger als das: Mensch-Welt-Welterkenntnis müssen immer in einer unlösbaren Verschränkung gedacht werden, und dieser Zusammenhang muß in den Blick kommen, muß verständlich werden. Das ist für jeden normalintelligenten Menschen – ob Therapeut oder Patient – möglich. Wenn jemand diesen Zusammenhang aus- oder abgeblendet hat, muß das Thema und Gegenstand von Therapie werden. Diese Position bestimmt therapeutische Arbeit ganz konkret, indem sie immer leiblich (bei Wahrnehmung und Handlung z. B.) ansetzt, immer in einem konkreten Weltbezug arbeitet (gerichtet auf Situationen, Mitmenschen), immer *Zentriertheit* und *Exzentrizität* zu fördern versucht, für „Anschauung“ – der Welt, der Mitmenschen, der Situation, seiner selbst – sensibilisiert, die Erarbeitung von **Theorie** (Anschauung, seiner selbst und der Welt/Weltverhältnisse) anregt durch Alltagstheorien aber auch Fachtheorien, die zu einer „**Selbstaufklärung**“ (im Sinne der „Tiefenhermeneutik“ *Lorenzers*, vgl. Lorenzer-Themenheft, *Integrative Therapie* Jg. 2004) führt bzw. zu einer **Aufklärung über „Sich-selbst-in/mit-Welt“** als Grundlage immer neuer **kokreativer Selbst- und Weltgestaltung** mit den bedeutsamen Mitmenschen (im Sinne der „Metahermeneutik“ *Petzolds* und ihrer heraklitisch-transversalen Ausrichtung, vgl. 1999q, 2002h).

Eine solche Position wird in den praxeologischen Arbeiten dieses Buches immer wieder deutlich: 1. auf der Seite der Ausbildungskanidatinnen/TherapeutInnen, die in ihren Graduierungsarbeiten und Behandlungsjournalen ihre Arbeit in komplexen Feldern, Institutionen, Organisationen durchdringen, ihre Arbeit mit Menschen, Patienten und PatientInnen zu erfassen und besser zu verstehen suchen, 2. auf der Seite der PatientInnen, deren Arbeit an sich selbst und ihrer Lebenslage, mit ihren TherapeutInnen, MitpatientInnen, Angehörigen, Netzwerkpartnern in den Behandlungsjournalen erkennbar wird, 3. Auf der Seite der LehrtherapeutInnen, die solche Arbeit als SupervisorInnen, Berater, Coaches begleiten, mit ihren Beiträgen zur Qualität der Lehre, Forschung, des Ausbildungsprogramms beitragen, 4. auf der Seite der Begründer und Leitfiguren des Integrativen Verfahrens (*J. Sieper* und die Autoren dieses Beitrags), die seit mehr als dreißig Jahren daran engagiert sind, gute Theorie und Methodik für therapeutische Maßnahmen und psychosoziale Hilfeleistung zu erarbeiten bzw. zu entwickeln und in qualitätsvollen Ausbildungsangeboten weiterzugeben.

Dabei ist das Vermitteln einer „*Freude an Theorie*“ als „Anschauungen über das Leben“, als ein „Denken über die Welt“, aus der ich über sie reflektieren kann als ein „*être-au-monde*“, als ein zur Welt gerichtetes, ihr zugehöriges Wesen (*Merleau-Ponty* 1964; *Müller* 1975), einer Freude, weil es um eine „*sinnliche Reflexivität*“ geht, in der Spüren, Empfinden, Fühlen, Denken verbunden sind und zu „**Erfahrungen von vitaler Evidenz**“ (*Petzold* 2003a, 694) führen:

„Unter **vitaler Evidenz** verstehen wir das *Zusammenwirken* von rationaler Einsicht, emotionaler Erfahrung, leibhaftigem Erleben in Bezogenheit, d.h. mit sozialer Bedeutsamkeit. Die Synergie dieser Komponenten ist [mehr] und etwas anderes als ein bloßes kognitives Verstehen der Zusammenhänge“ (ibid.)

Wenn man ein solches „**sinnenhaftes Denken**“ entwickelt, pflegt und zur Sprache bringen kann, „**Leib, Sprache und Welt**“ verbindet (*Orth* 1997), wie wir es in der Poesietherapie, in Lebenstagebüchern praktizieren (*Petzold, Orth* 1985; 1993a) – ein in der Therapie mit Suchtkranken hervorragender Ansatz -, dann bringt man Erleben, *seine* Sprache finden, *sein* Denken entwickeln zusammen in einer „Kultur seiner selbst“ (*Petzold* 1999q) und kann zu der Erfahrung kommen, die *Foucault* zu dem Ausruf brachte: „*Ich denke gern!*“

Theorie, die sich so versteht, eignet sich in ganz spezifischer Weise als Intervention (*Petzold, Orth*, dieses Werk Bd. II). In ihr geht es nicht allein um „reflexive Sinnlichkeit“, wie *Dreitzel* (1992) es als Ziel für die Gestalttherapie formulierte (und in der Tat hat der antiintellektuelle Ansatz von *Perls* [1969, 50ff] es nötig, sinnliche Erfahrung zu reflektieren!). Sondern es geht um „sinnliche Reflexion“, ein Denken, das vom Empfinden, von Gefühl unterfangen, durchfiltert ist, eine Kognitivität, die – wie durch das Funktionieren des Cerebrums als „Gesamtprozess“ (*Lurija* 1998; *Singer* 2002) nahegelegt, das limbische System nicht vom präfrontalen abgekoppelt denkt, sondern affirmiert, daß es sich um vielfältig konnektivierte Prozesse handelt. In den neueren Bewegungen, eine einseitige Orientierung in den kognitiven Theorien oder gar eine Prädominanz des kognitiven Paradigmas zu revidieren (*Núñez, Freeman* 1999; *Petzold* 2002j; *Sieper, Petzold* 2003; *Spitzer* 2002) werden derartige integrative Positionen vertreten. Ich kann von *Βλῦμεν* im Duktus des Stückpreises sprechen oder von *Blumen* in einer Qualität, die mir Duft und Farbe heranträgt und „mir das Herz erfreut“. Ich kann über *Patienten* denken als „*Fälle*“, die ich klassifiziere und „an denen“ ich arbeite (gut ärztlicher Jargon: „am Patienten arbeiten“) oder über *Menschen*, deren Leid und Elend mich berührt, mich in meinem „inneren Wesen“ anrührt. Wir haben den Begriff „*Fall*“ (Fallbericht, Fallsupervision, Fallgeschichte etc.) aus unserem Vokabular gestrichen und sprechen von „Prozeß“ (an dem wir beteiligt sind), von „Patientensituation“ (an der wir teilhaben), um die verdinglichende Qualität, die Objektivierung, die Negativkonnotation, die mit „*Fall*“ verbunden ist, und die sich in „*sinnlicher Reflexivität*“ unmittelbar erschließt, zu vermeiden bzw. - wo sie faktisch vorliegt – zu überwinden. Diese in *Marcel's* Konzept der „Intersubjektivität“, in *Levinas'* Idee der „Alterität“, der „Andersheit des Anderen“, in *Ferenczis* „Mutualität“ gründende Haltung (*Petzold* 1996k) ist bei der objektivierenden Ausrichtung weiter Bereiche des klinischen Feldes, das von verdinglichter Sprache, verdinglichem Denken und Handeln durchseucht ist, oft nicht einfach. Fremdobjektivierung führt zu Selbstobjektivierung in massiven und – problematischer - in subtilen Entfremdungsprozessen (*Petzold* 1987d; *Petzold, Schuch* 1991). Bei vielen drogenabhängigen/suchtkranken Menschen finden wir den Niederschlag und die Auswirkungen solcher Entfremdungs- und Verdinglichungsprozesse, gravierende *Selbstverdinglichungen*; und das ist immer mit der Beeinträchtigung, Störung einer „Selbstanschauung“ verbunden, mit der Disfiguration von Betrachtungen der Welt, mit schlechten Theorien über das Leben. Hier wird Theorie als „Selbstaufklärung“, als ein neues Anschauen der „Lebenslage“, der „Weltverhältnisse“, der eigenen Wirksamkeit (*Flammer* 1990), der eigenen Wirkungsmöglichkeiten und des eigenen *Willens und Wollens* (*Petzold* 2001i; *Petzold, Sieper* 2003) von zentraler Bedeutung, denn ohne eine „neue *theoria*“, eine neue Betrachtung des eigenen Lebens, kann es zu keinem Entschluß kommen, ein *anderes Leben zu wollen* und fruchten therapeutische Bemühungen nicht, die mühevoll, durch Therapie unterstützte *Willensarbeit* zu leisten, die notwendig ist, um die neuronalen Bahnungen, dysregulierte Funktionen von Neurotransmittern und Neuromodulatoren, fehlgesteuerte Genregulationen (*Petzold* 2002j; *Bauer* 2002; *Schiepek* 2003) umzustellen, etwa durch *therapeutisches Laufen* und andere Formen therapeutischen Ausdauersports, die – wie unsere Forschungen zeigen (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Schay et al.*, dieses Buch Bd. II) – hier wichtige Beiträge leisten können. Die neurobiologischen Grundlagen der Drogenphysiologie, ggf. einer vorhandenen „traumatic stress physiology“ (*Petzold, Wolf et al.* 2000; *Yehuda* 2001), werden den PatientInnen als „Theorie“ vermittelt, aber nicht einer Theorie, die von der eigenen Leiblichkeit, vom eigenen Leiden, von der eigenen Leibzerstörung abstrahiert, sondern die als erlebtes, erspürtes Denken zu einer *neuen Anschauung* zu einem „neuen Denken seiner selbst“ beitragen will. Gelingt es, sich in dieser Weise *neu zu denken*, die Menschen, den Welt- und Lebensbezug neu zu denken *in „sinnlicher Reflexivität“* bzw. „*Koreflexivität*“, und kommt es damit zu neuem Wollen und Handeln, dann kommen die erforderlichen Veränderungen somatischer, emotionaler, volitionaler, kognitiver Muster durch *eine übende Praxis* auf den Weg eines Lebens, das auf vielfältigen Ebenen in neue Bahnen kommen muß (*Petzold, Sieper* 2003, 2003a). *Dürckheims* (1964) Idee vom „Alltag als Übung“ bekommt hier in anderem Licht Bedeutung.

Vor dem Hintergrund dieses *transversalen* Theorie-Verständnisses, dessen Grundlage im biographischen Erleben und Streben der Begründer der Integrativen Therapie (*Petzold* 2002h; *Sieper* 2003a, b; *Oeltze* 1993; *Zundel* 1987), ihrer Lebens- und Bildungsgeschichte wurzelt und zu den elaborierten anthropologischen und der beziehungstheoretischen Modellen, der differentiellen Gesundheits- und Krankheitslehre (*Petzold, Schuch* 1991) führte, wurde im Integrativen Ansatz eine differenzierte Konzeption von „*Praxeologie*“ entwickelt.

2. Therapie als Praxeologie

„**Praxeologie** wird gesehen als Theorie der Praxis einer ‘engagierten und eingreifenden Wissenschaft’ und als die kunstvolle und kreative Verschränkung von Theorie und Praxis, von Praxis und Theorie“.
(Petzold 2000h)

In der Behandlung von Suchtkranken, in der noch so Vieles zu beforschen ist, in der noch so Vieles der theoretischen Entwicklung bedarf (vgl. Petzold 1994h, repr. dieses Werk Bd. II, Therapiefor- schung), sind *methodenbegründete* Praxeologien von großer Wichtigkeit, tragen sie doch zur Ent- wicklung von „nachhaltiger Theorie“ bei. Sie müssen aber auch schon vorhandene Theorien konse- quent einsetzen und auf ihre Brauchbarkeit überprüfen. Weil die Situation von Suchtkranken, die Ausprägung ihrer Erkrankung, die Komorbiditäten, die Lebenslagen und Netzwerkkonstellationen so verschieden sind, außerdem gender-, schicht- und ethniespezifische Probleme heute in immenser Zahl hinzukommen, ist der Suchttherapeut beständig in der Situation eines **Praxeologen**, der seine Ansätze in der Praxis entwickelt, aus der Praxis „Theorien kleiner Reichweite“ konzipiert, „Theorien großer Reichweite“ umzusetzen versucht und sie dabei beständig *zupassen* muß – eine sehr an- spruchsvolle Aufgabe, die *methodenmonistisch* kaum adäquat wahrgenommen werden kann (vgl. Petzold 1998a; Ebert, Könnecke–Ebert, dieses Buch) – das geht in der Regel zu Lasten von Pati- entInnen, die dann etwa bei schulengebundenen Psychoanalytikern in der Gefahr stehen, in psy- choanalytischer Weise *reduktionistisch* betrachtet und behandelt werden (z.B. ohne spezifische leib- und bewegungstherapeutische Methoden, vgl. dagegen Schay et al. dieses Werk, Bd. II, Lauftherapie) oder in verhaltenstherapeutischer Weise *reduktionistischen* „behavior modifications“ unterzogen zu werden (z.B. ohne netzwerktherapeutische oder sinnorientierte Interventionen, die im Integrativen Ansatz große Bedeutung haben, vgl. Orth 1993; Petzold 2001k; Petzold et al. dieses Buch, Bd. II, Integrative Familien- und Netzwerktherapie). Aber das muß nicht sein, wenn psycho- analytische oder verhaltenstherapeutische **PraxeologInnen** undogmatisch ihr Spektrum an Be- handlungsmethoden erweitern (was durchaus geschieht) und ihren theoretisch-konzeptuellen Rah- men verbreitern, womit man sich schon schwerer tut. Natürlich müssen sich die **PraxeologInnen** des „Integrativen Ansatzes“ fragen und fragen lassen, wo seine Reduktionismen liegen, denn man kann nie sicher sein, Perspektiven auszublenden oder zu negieren. Man bedarf deshalb des kriti- schen Feedbacks, der „weiterführenden Kritik“ und ist hoffentlich offen für sie.

„**Weiterführende Kritik** ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens, Analysierens, Vergleichens und Wertens von konkreten Realitäten (z.B. Handlungen) oder virtuellen (z.B. Ideen) aus der *Ex- zentrität* aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (hier die der Humanität, Menschen- würde und Gerechtigkeit) und des *Kommunizierens* der dabei gewonnenen Ergebnisse in einer Weise, das die kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können.“ (Petzold 2000a)

Für die methodische Vielfalt in der *Praxeologie* ist das besonders wichtig, weil Interventionen un- mittelbar die PatientInnen betreffen und hier möglicherweise Risiken und Nebenwirkungen eintreten können (Märtens, Petzold 2002). *Systematische* praxeologische Erprobung und methodische Of- fenheit darf deshalb mit eklektischer Beliebigkeit nicht verwechselt werden. Im Integrativen Ansatz wurde deshalb mit Bezug zu Bourdieu (1980) - ein für jede Soziotherapie zentraler Autor (Leitner 2000, 2001, 2003) - die **Praxeologie** besonders entwickelt und gepflegt, und in der Ausbildung von Suchttherapeuten im „Integrativen Ansatz“ wird in besonderer Weise darauf Wert gelegt, daß die Ausgebildeten auch engagierte und kompetente **Praxeologen** werden, mit Theorie-Praxis- Verschränkungen fundiert und kreativ umgehen lernen, wie viele Arbeiten dieses Buchen dokumen- tieren, insbesondere die Arbeiten in diesem 2. Hauptkapitel „Praxeologische Perspektiven und Methoden in der Praxis“.

„**Methodengegründete Praxeologien** sind durch Erfahrung, systematische Beobachtung und methodisches Erproben erarbeitete, in sich hinlänglich konsistente Formen und Wege praktischen Handelns. Durch **Methoden**, die als solche **reflektiert** wurden, sind Wissensbestände entstanden, ein Praxiswissen. Aus diesem können im Prozeß seiner Elaboration theoretische Konzepte und Konstrukte generiert werden, die sich zu Theorien von zunehmender Komplexität entwickeln können, welche wiederum in die Praxis zurückwirken und diese zu verändern vermögen. Gleichzeitig werden auf der Grundlage elaborierter und damit konsistenter Praxis erst Forschung und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung möglich, die für die Entwicklung von Verfahren, einer Disziplin und von Professionalität grundlegend sind.“ (Petzold 2000h)

Neben dieser „Bottom-up-Definition“ des Theorie-Praxis-Verhältnisses in der **methodengegründeten Praxeologie** findet man auch „top-down“ entwickelte **theoriegegründete Praxeologien** (z.B. die klinisch angewandte Integrative Therapie mit ihrem elaborierten theoretischen Fundament oder das psychodramatische Rollenspiel des komplexen psychosozialen Interventionsverfahrens von J.L. Moreno).

„**Theoriegegründete Praxeologie** läßt sich bestimmen als eine theoriegeleitete, systematische Praxis in angewandten Humanwissenschaften, in welchen Praxis und Theorie sich in reflektierter Weise forschungsgestützt durchdringen“ (ebenda).

Zwischenformen und Uebergänge sind in unterschiedlichen Entwicklungsstadien von *Methoden* und *Verfahren* – wie zum Beispiel in der Suchtkrankentherapie - möglich. Ganz allgemein und unter einer Metaperspektive in einem „System der Humanwissenschaft“ („Tree of Science“, Petzold 1998a, 96, 2002a, 65) kann man **Praxeologie** als „*Wissenschaft von der Praxis*“ betrachten (vgl. Bourdieu 1976, 1980). Arbeitet man mit einer solchen Sicht und einem solchen Selbstverständnis in der Drogentherapie, der Suchtkrankenarbeit, so wird man offen für neue Erkenntnisse, trägt zur Konzept- und Theorienbildung bei und zur Entwicklung von differenzierten Methoden und Behandlungstechniken, man wird in einer neuen Weise kreativ bzw. *kokreativ* (Iljine, Petzold, Sieper 1971/1990) und inspiriert seine Patienten und Patientinnen für sich selbst, für ihre Lebenspraxis **kokreativ** zu sein bzw. zu werden, indem sie „**sich selbst zum Projekt**“ machen – eine zentrale Strategie integrativtherapeutischer Arbeit. Beispielhaft sei hier auf das für die Integrative Therapie charakteristische, weil in ihrem Rahmen entwickelte (Petzold 1965, Petzold, Orth 1990a) Methodologie der therapeutischen und agogischen „Arbeit mit kreativen Medien“.

3. Arbeit mit kreativen Medien

„Ein schöpferischer Mensch ist als solcher ein 'kreatives Medium', das kokreatives Miteinander, innovative Kooperation, die gemeinschaftliche Gestaltung eines guten Lebens mit vielfältigen schöpferischen Ideen und Mitteln ermöglicht.“ (Petzold 1975h)

Besonders in der beliebten Arbeit mit „kreativen Medien“ (Sieper 1971; Petzold, Orth 1985; 1990; Petzold, Sieper 1993), die TherapeutInnen gerne einsetzen und die von PatientInnen gerne aufgenommen werden, sind theoretische Ueberlegungen und praxeologische Reflexionen von Bedeutung. Gerade drogenabhängige PatientInnen zeigen oft eine besondere Vorliebe für „kreatives Gestalten“. Das gewinnt häufig aber nicht Qualität einer konsistenten tiefgreifenden Gestaltungsarbeit, die in der Regel durchaus arbeitsintensiv ist. Tiefgreifende Gestaltung ist immer auch mit einer *Arbeit an der eigenen Person* verbunden, in welcher das „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ in Erscheinung treten kann (Petzold 1999q). Wo das nämlich geschieht, tragen gestaltende Prozesse zur Identitätsentwicklung der Person bei – und dieser bedürfen viele SuchtpatientInnen (Orth 2001; Nitsch-Berg, Kühn 2000). Damit also gestaltende Arbeit mit „kreativen Medien“ mehr bewirkt als eine freizeitpädagogische oder beschäftigungstherapeutische Maßnahme, deren Wert hier keineswegs geschmälert werden soll, müssen die Medien in dynamische Prozesse der Selbstexploration und --diagnostik (Petzold, Orth, dieses Werk Bd. II), einer „Selbstaufklärung“ (sensu Lorenzer), sowie einer differentiellen und integrativen Therapeutik (dieselben 1990a) gestellt werden. Methoden wie das von Petzold entwickelte „Lebenspanorama“ (Petzold, Orth 1993) oder seine Spezifizierungen als „Suchtpanorama“ (Flinks, dieses Buch) oder Arbeitspanorama (Petzold, Heini, Fallenstein 1983) machen die biographischen Hintergründe des Wechselbezugs von Pathogenese, Salutogenese, von Defiziten und Ressourcen (idem 1997p) plastisch und ermöglichen die Generierung von Therapiezielen und Behandlungsplänen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998), insbesondere in der *kokreativen*, motivierten Zusammenarbeit mit dem Klienten, der Patientin. Damit Medienarbeit nicht zu Formen medienaktionistischen Agierens gerät, ist es erforderlich, daß der Patient den Therapeuten als „*kokreativen Partner*“ erlebt, der selbst ein „kreatives Medium“ ist. Er muß erfahren, daß wirkliche Kreativität eine „Qualität von Gesundheit“ ist und wie weit er sich durch sein süchtiges Verhalten von Gesundheit entfernt hat. Gegenüber einer resignativen Feststellung dieses Faktums, bietet die „*ansteckende Kraft kokreativen Tuns*“, die Erfahrung einer Hoffnung, die verbliebene Kreativität selbst zu nutzen, um aus dem Teufelskreis der Sucht wieder herauszufinden, einen gesundheitsbewußten Lebensstil zu entwickeln und neuen SINN (Petzold 2001k, Orth 1993) für ein sinnerfülltes Leben zu gewinnen. Die Fragen des Sinnes sind in der Psychotherapie und in der Drogentherapie – von Ausnahmen abgesehen – vernachlässigt worden, obwohl sie als Thema seit den Anfängen der Drogentherapie in Deutschland thematisiert worden sind, interessanterweise im Kontext kreativitätstherapeutischer Ueberlegungen und Experimente (Petzold 1971c). Das Konstituieren von SINN ist ein eminent kreatives Geschehen, Ausdruck der Person in ihrer Ganzheit, in dem sie für sich und für andere schöpferisch, ein „kreatives Medium“ wird.

Der Einsatz von Medien in psychotherapeutischen und agogischen Prozessen zur Förderung von Kommunikation, Symbolisierungsprozessen, Erschließung unbewußter Konflikte und Potentiale findet sich seit den Anfängen integrativer Arbeit und hat *einerseits* einen biographischen Hintergrund: die Arbeit mit Puppen, mit Bildern, mit Instrumenten, mit Texten, mit szenischem Spiel in der Herkunftsfamilie von Hilarion Petzold (Petzold-Heinz, Petzold 1985). Kindheitserfahrungen bilden sehr häufig einen wesentlichen Hintergrund für die kreative Praxis erwachsener Menschen. Andererseits sind es theoretische und systematische Ueberlegungen, die den Medienbegriff im Integrativen Ansatz der Therapie und Agogik so wichtig machen. „Die Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Petzold 1975h, 1977c; Orth, Petzold 1993) sieht den Menschen als „ko-kreatives Wesen“ (Iljine, Petzold, Sieper 1990), der aus gemeinsamen Aktionen in der „Begegnung und Auseinandersetzung“ („Ko-respondenz“) mit den Menschen und den Gegebenheiten der Welt in einem fließenden Zusammenspiel - wir haben es „*Konflux*“ genannt (Petzold 1998a) - schöpferisch wird. Von seiner evolutionsbiologischen Anlage her (vgl. Petzold 2003g) - die Hände sind zum Greifen, zum Formen, der Mund zum Sprechen und Ausdrücken entstanden - ist der Mensch ein „Gestalter“. Durch die *Poiesis*, seine Gestaltungskraft, beeinflußt er Weltverhältnisse in veränderungswirksamer Form, gestaltet gegebene „*Wirklichkeiten*“ durch sein Wirken und bringt damit menschengeschafte-

ne „*Realität*“ (Wallner 1990) auf einer materiellen oder einer symbolischen Ebene hervor - und eine symboltheoretische Position war uns stets ein Anliegen (Petzold 1963 II; Petzold, Orth 1993a) und ist für die Arbeit mit „kreativen Medien“ unverzichtbar. Der Mensch ist ein „Poietes“ zur Welt hin, der er zugehört, aus deren „Stoff“ er hervorgegangen ist, ein Stoff, den er in der „*Poiesis*“ formt und gestaltet, in dem er sich, seine „Seele“ ausdrückt (Levine 1997). In diesem Sinne affirmieren wir in der Integrativen Therapie mit Moreno (1931,1990), dass der Mensch wesensmäßig ein „Schöpfer“ ist, der sich in seiner Entwicklung über das Lebensganze hin selbst gestaltet. Krankheit allerdings kann diese schöpferische Kraft stören, ja zerstören oder in pathologische Kreativität (etwa bei halluzinatorischen Psychosen) verkehren, wie Moreno (1946) herausgearbeitet hat. Auch Drogenkonsum als „chemischer Traum“, der die Fähigkeit der Imagination, der kreativen Wirklichkeitsgestaltung ersetzt, weil die Kräfte von „Spontaneität und Kreativität“ (Moreno 1990; Petzold 1984b) sich nie entwickeln konnten oder durch Ueberlastungen, traumatisierende Erfahrungen beschädigt wurden – und das ist bei vielen Suchtkranken der Fall, wie die Forschung klinische Erfahrung zeigt (Dayton 2000). Kreative Methoden, wie Psychodrama (Petzold 1970d), Erzählen, das Schreiben von Lebenstagebücher, von Briefen, creative writing und emotional literacy (Steiner, Perry 1997), Biblio- und Poesietherapie (Petzold, Orth 1985; Pennebaker 1993; Harper, Pennebaker 1993), aber auch bildnerische Arbeit, Tanz, Musik sind Wege kreativer Behandlung (Warren 1993; Petzold, Orth 2000a), Wege der Heilung und Förderung, in Einrichtungen, die mit Integrativer Therapie arbeiten. Dort werden diese Wege jeweils als spezifische Zugangsweise oder intermedial verbunden eingesetzt, wobei das Moment solcher *Intermedialität* – wiederum schon früh von uns auch in der Drogentherapie praktiziert (Petzold 1972f, 1974b) -, die theoriegeleitete und indikationsspezifische Verbindung von Malen, Bewegung, Poesie, Drama (Orth, Petzold 1990), besondere Möglichkeiten in der Therapie erschließt, weil nach den Ueberlegungen unserer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth, Petzold 1993) all diese Möglichkeiten der Wahrnehmung und des Ausdrucks Menschen zur Verfügung stehen und er in ihnen und durch sie die heilende und beglückende Kraft ästhetischer Erfahrungen und Gestaltungen für sich und mit anderen erfahren kann (Petzold 1999q).

Das Entwickeln einer Persönlichkeit, in der das „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (Petzold 1999q) ist, das „Leben des Menschen, ein Kunstwerk“ (Foucault 1984b; Schmid 1999) wird, das gilt es anzustreben. Bei Drogenabhängigen findet sich oft noch eine Ahnung, eine Sehnsucht zu diesen Bereichen, an die man anknüpfen kann

Gesicht und Haltung, Mimik und Gestik, „Wesen“ und „Charakter“, Können (Performanzen) und Wissen (Kompetenzen) gestalten Menschen eigentlich ganz natürlich, gleichsam „von selbst“, wenn sie nicht behindert werden und etwas Förderung erhalten. In diesen Prozessen bildet sich die Persönlichkeit aus, vermittelt sich der Mensch anderen Menschen, zeigt er sich in dem, was er ist, was er geworden ist, werden wird. In seinem leiblich konkreten Verhalten ist er gleichsam „*Botschafter seiner selbst*“. In diesem Sinne *verstehen wir den Menschen selbst als ein „kreatives Medium“* und haben Marschall MacLuhans berühmtes Diktum, „*The Medium is the Message*“ aufgenommen und im Sinne einer Aussage über den Menschen interpretiert: *Der Mensch ist kommunikative Realität*. Und in diesem Sinne sehen wir auch den Therapeuten als „kreatives Mittel“ - Ferenczi sprach von einem „katalytischen Ferment“.

Es wurde von der „Droge Arzt“, vom „Arzt als Arznei“ gesprochen, der damit „Medium der Heilung“ werden kann, wenn er sich als kreativer Mittler (Arzt, *ars*, Kunst), Vermittler von Einsichtswissen, Lebenstechniken, „*medications psychologiques*“ (Janet 1919) bewusst in den kommunikativen Prozessen der Heilung, Gesundheitsförderung, Persönlichkeitsentwicklung und Kulturarbeit - und das alles umfasst nach Integrativen Verständnis *Therapie* (Petzold 2001a) - einsetzt. Ueber seine Person vermittelt der Therapeut heilsames und förderliches Lebenswissen und zwar nicht nur als Relais, über das spezifische Wissensstände übermittelt werden, sondern als „personales Medium“, das solches Wissen verkörpert hat, verleiht hat und deshalb durch seine „inkarnierte“, seine, „fleischgewordene Erfahrung“ (Merleau-Ponty) als „leibhaftige Präsenz“ (G. Marcel) wirkt.

Menschen sind *in diesem Sinne „Medien“*, da sie sich selbst in vielfältiger Weise gestalten können, miteinander in mannigfaltiger Weise schöpferisch werden können: Beziehungen, Projekte, Gegenstände, *environments* zu gestalten vermögen. So sprechen wir vom „kreativen Medium Mensch“, einem „personalen Medium“ (Petzold 1977c). TherapeutInnen können in den von ihnen initiierten ko-kreativen Prozessen auch „Materialmedien“ (Ton, Farben, Instrumente, Puppen etc., *ibid.*) ein-

setzen, zuweilen auch „technische Medien“ (Video, Tonband, Beamer, PC, Scancam, *ibid.*, *Müller/Petzold 1998; Malchiodi 2000*), um „Konfluxphänomene“ (*Petzold 1998a*), d.h. das veränderungswirksames Zusammenfließen, Zusammenspielen *unterschiedlicher* Gestaltungskräfte – zwischen Therapeut und Patient, zwischen Patientin und Mitpatientin, zwischen KlientInnen und ihren Angehörigen zu fördern.

Als wir den Begriff und das Konzept der „kreative Medien“ Mitte der sechziger Jahre einführten (1965), stand uns die Idee des „*homo creator*“ *Morenos* (1931) vor Augen, den „krativen Menschen“, den wir als „Medium und Message“ sahen: in den avantgardistischen Theaterexperimenten, die *Petzold* und *Sieper* und ihre Freunde unternahmen (vgl. *Oeltze 1993, 1997*) im Kontext der Multimediaexperimente, der „Happenings“, des „Fluxus“, Bewegungen, an denen wir teilhatten und deren persönlichkeitsveränderndes Potential wir entdeckten und in das Feld der Therapie und Agogik einbrachten (*Petzold 1965, 1973c; Sieper 1971*). Auch unsere Kreativmethode „Konflux“ stammt aus dieser Zeit (*Petzold 1998a, 263ff*). Weil wir als „*personale* kreative Medien“ Materialmedien (Puppen, Farben) nutzen können und sie uns „unter den Händen“ lebendig werden, weil wir sie beleben - als *Uebergangs-* oder *Intermediärobjekte* (*Winnicott 1953; Meili, Petzold 2000*), wie Kinder ihre Puppen im Spiel beleben (*idem 1983b, 1987a*), nur weil dieses so ist, können wir auch Materialmedien als „kreative Medien“ bezeichnen und enthält unser von uns gestaltetes Produkt (Bild, Skulptur, Collage etc.) „*eine Botschaft von mir, über mich, für mich und an Andere im Medium*“ (*Orth, Petzold 1990*). Dabei hat das Medium mit seinen Materialqualitäten einen natürlichen „Aufforderungscharakter“ (*K. Lewin*), bietet Handlungsmöglichkeiten, „*affordances*“ (*J. Gibson*), hat eine „natürliche Ladung“ (*Petzold 1977c*) an Information, welche neben der „intentionalen“ und „nicht-intentionalen“ Ladung, die der Gestalter einbringt, zum Tragen kommt. Wenn man mit den Forschungsergebnissen der „ökologischen Psychologie“ und „*dynamic systems theory*“ (*Kelso 1990; Thelen, Smith 1994; Petzold et al. 1994a*) die unlösbare Verschränkung von Mensch und Umwelt annimmt - wie schon *Merleau-Ponty*, der von einer „*chair commune*“, einem „gemeinsamen Fleisch“, und von einer „Prosa der Welt“ sprach -, wenn wir mit der „Kokreativitätstheorie“ des Integrativen Ansatzes menschliche Kreativität als kokreatives Geschehen zwischen Mensch und Welt, zwischen Mensch und Menschen sehen, können wir dieses als Ausfluß, Ueberfluß, als „Emergenz“ evolutionärer *Generativität* begreifen (*Petzold/Orth 1990a*). Vor diesem komplexen Hintergrund des Integrativen Ansatzes, den *Wolff* (1989) rezipiert und umgesetzt hat, wählte er unser Diktum „*die Medien, das sind wir selbst*“ als Titel für sein Buch*. Wenn man sich mit der Medientheorie im Rahmen der Integrativen Kreativitätstheorie und ihrer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (*Orth, Petzold 1993*), ihren Kernkonzepten: Kokreativität, Konflux, kreativer Impetus, Vierstufenmodell, *Intermedialität* gründlich auseinandersetzt, erschließt sich die ganze Fülle der Möglichkeiten dieser therapeutischen Mittel für die Praxis der Persönlichkeitsförderung und der Identitätsentwicklung (ausführlich *Nitsch-Berg, Kühn 2000*) als salutogenische Arbeit, aber auch der klinischen Therapie, der psychotherapeutischen, genderspezifischen Identitätsentwicklung (*Orth 2002; Petzold 2001p*), wie z. B. die Behandlungsjournale in diesem Band erkennen lassen.

Die innere Haltung, die den Patienten, die Patientin als kokreative Partner in der Therapie sieht, hat besonders für den Drogenabhängigen eine große Bedeutung, der durch die massiven und generalisierten gesellschaftlichen Stigmatisierungen – die sich oft genug auch in der Drogentherapie zeigen, etwa in den punitiven Tendenzen von Regelsystemen in Therapieeinrichtungen mit ihren Sanktionskatalogen (etwa bei den traditionellen Daytop- oder Synanon-Modellen, vgl. *Petzold 1974b*). Wenn dem Abhängigen niemand etwas zutraut, (allenfalls kriminelle Kreativität, und der kreative Anteil selbst darin, sollte nicht übersehen werden), dann hat er wenig Chancen, sich selbst etwas zutrauen zu können und in eine konstruktive Identitätsarbeit einzutreten, für sich eine sinnvolle Existenz als kreativen Entwurf zu imaginieren. Das Zutrauen in die kokreativen Persönlichkeitspotentiale eines Menschen – wie schwer beschädigt auch immer – gehört zu den Grundbedingungen Integrativer Therapie. Es bestimmt die Grundhaltung integrativer TherapeutInnen und hat in einer „**Grundregel**“ (*Petzold 2000a*) für die Integrative Therapie ihren Niederschlag gefunden, die auch in der Suchtkrankentherapie gilt. Sie soll deshalb kurz vorgestellt werden, denn sie liegt allen Beiträgen dieses Bandes zugrunde.

* Ganz anders *Staemmler* (1999, 496), der- offenbar ohne die Integrative Medientheorie rezipiert zu haben - zum Konzept der „kreativen Medien“ meint: „Der Sinn dieser Begriffsbildung ist mir unverständlich: Kreativ zu sein ist in meinen Augen eine Eigenschaft von Menschen, nicht von Medien“ (*ibid.*). Unsere Begriffsverwendung ist auch kein Anglizismus, denn im angloamerikanischen Bereich spricht man durchgängig von „creative therapies“, von „creative arts“ usw. (*Warren 1993*), sondern ist auf dem Konzept der „Person als kreatives Medium“ gegründet.

4. Ethische Leitprinzipien und Werte und die therapeutische „Grundregel“ der Integrativen Therapie

„Ethik erweist sich nur als 'Praxis von Ethik', die sich konkret für die Integrität des Anderen, für gerechte Verhältnisse, für einen sorgsamsten Umgang mit unserer Lebenswelt engagiert – nicht aus Zwängen und Geboten, sondern aus einer 'Freude am Lebendigen' und einer Liebe zu Menschen, Tieren, zur gesamten Natur“ (Petzold 1971)

Therapeutische Arbeit – ob im Suchtbereich oder in irgendeinem anderen therapeutischen Bereich – ist offenen oder verdeckten Leitprinzipien verpflichtet. Wir halten es aus vielfältigen Gründen für wesentlich, solche Prinzipien deutlich zu machen. In der Suchttherapie werden für PatientInnen wie für TherapeutInnen damit Richtungen gewiesen und Standortbestimmungen möglich. Die Integrative Therapie mit Drogenabhängigen hatte schon sehr früh solche Prinzipien formuliert (siehe unten Petzold 1969c), die sicher noch in der Gegenwart der Substanz nach in vielem Gültigkeit haben, heute aber durch Leitlinien unterfangen sind, die aus dem Kontext der klinischen und theoretischen Entwicklungen des Integrativen Ansatzes in der jüngeren Vergangenheit bestimmt sind, wenngleich durchaus traditionelle Momente in ihnen zum Tragen kommen.

Die im Konzept der **Intersubjektivität** (G. Marcel: Mensch ist man als Mitmensch, Subjektivität erwächst aus Intersubjektivität) wurzelnde therapeutische Haltung der Integrativen Therapie, die auch aus dem Gedanken der **Mutualität** schöpft (S. Ferenczi: Therapie erfordert wahrhaftige Mutualität, z.B. wechselseitige Einfühlung zwischen Patient und Therapeut) und die der Idee der **Alterität** verpflichtet ist (E. Levinas: die grundsätzliche Andersheit des Anderen gilt es zu achten) sowie der therapieethischen Maxime der **Integrität** und **Würde** des Patienten/der Patientin (H. G. Petzold: patient dignity und die Integrität von PatientInnen sind die zentralen therapieethische Prinzipien, eben weil die Würde antastbar ist) führen zu der Zielsetzung einer grundsätzlichen **Partnerschaftlichkeit** in der Behandlung (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999). Durch diese Prinzipien sollen die **Souveränität** (Petzold, Orth 1998) und **Selbstwirksamkeit** (Flammer 1990) von PatientInnen gestärkt werden, so daß sie *Sinn* (Petzold 2001; Petzold, Orth 2004, in Vorber.) für sich und mit den relevanten Menschen ihres „Konvois“, ihres „Weggeleits“ gewinnen können. Eine solche **Grundregel** kontrastiert natürlich die „psychoanalytische Grundregel“ Sigmund Freuds: der Verpflichtung des Patienten zur uneingeschränkten Selbstoffenbarung, „daß man ohne Kritik alles mitteilen soll, was einem in den Sinn kommt“ (Freud, S. Zur Dynamik der Uebertragung, 1912, StA., S. 167).

„Wir verpflichten ihn [den Patienten] auf die analytische Grundregel, die künftig sein Verhalten gegen uns beherrschen soll ... gelingt es ihm, nach dieser Anweisung seine Selbstkritik auszuschalten, so liefert er uns eine Fülle von Material, Gedanken, Einfälle ... die uns also in den Stand setzen, das bei ihm verdrängte Unbewußte zu erraten und durch unsere Mitteilung die Kenntnis seines Ich von seinem Unbewußten zu erweitern“ (Freud, Die psychoanalytische Technik, 1940, StA, S. 413, unsere Hervorhebungen).

Hinzu kommt Freuds „Grundregel für den Therapeuten“ zu einer uneingeschränkten, zurückgenommenen „Abstinenz“.

Freud hatte dem Analytiker geraten, sogar "sein menschliches Mitleid beiseite zu drängen", alle Kräfte zu bündeln, um mit "Gefühlskälte", wie der Chirurg, die Operation, dann in höchster Konzentration ausführen zu können. Das sei für "die Schonung des eigenen Affektlebens" des Therapeuten und auch für den Patienten das Beste (Freud, S. Ratschläge 1912, StA, S. 175).

In der Therapie mit Suchtkranken, in stationären Einrichtungen zumal, kann man so nicht arbeiten. Patienten haben ein Recht auf Geheimnisse (Suchtkranke mit Devianz- und Traumakarrieren lassen sie sich ohnehin nicht nehmen) und Suchttherapien erfordern engagierte, zugewandte TherapeutInnen, die bereit sind, in Begegnungen und Auseinandersetzungen mit den Patienten einzutreten – oft im Nahraum, in dem „**zugewandte Integrität und Klarheit**“ ohne prinzipiell abgrenzende Zurückgenommenheit erforderlich sind und *Grenzen als Angrenzungs- und Abgrenzungsmöglichkeiten* jeweils **ausgehandelt** werden müssen – einer der wichtigsten Therapieprozesse in der Drogen-therapie. Dieses Konzept „**zugewandter Integrität und Klarheit**“ wurde in der Integrativen Therapie an die Stelle „zurückgenommener Abstinenz“ gesetzt, eine Konzeptualisierung, die bessere

Anschlußfähigkeit an ethiktheoretische Diskurse hat (Petzold 2000a) und keine Konfundierungen mit dem spezifischen Gebrauch von Abstinenzkonzepten im Suchtbereich riskiert.

Die *Freudsche „Grundregel“* erscheint aus Integrativer Sicht als **falsch** – sowohl philosophisch, z. B. intersubjektivitätstheoretisch (Marcel, Levinas), als auch psychologisch mit Blick auf Attributions-, Kontroll- und Lerntheorien (Flammer 1990), denn hier ist die Gefahr gegeben, daß „learned helplessness by therapy“ produziert wird, Dependenzstrukturen implementiert und perpetuiert werden, besonders aber, weil sie die wichtigste Form des Lernens, das „Lernen am Beispiel“, Imitationslernen (Sieper, Petzold 2002) verhindert. Die *Mehrzahl der Psychotherapieverfahren sind aus Dissensprozessen zur Psychoanalyse hervorgegangen*. Unsere Ablehnung der *Freudschen Grundregel* (und anderer Konzepte) bedeutet aber keineswegs eine generalisierte Ablehnung, sondern eine differenzierende Wertschätzung oder aber Abgrenzung. *Freud*, selbst zeit lebens schweren Suchtproblematiken ausgeliefert (zeitweilig Kokain, exzessives Rauchen trotz Krebserkrankung in der Mundhöhle), ist u. E. kein guter Gewährsmann für die Suchttherapie (ähnlich wie *F. S. Perls*, Kettenraucher trotz seiner Angina pectoris!). So gehen wir in der Integrativen Therapie andere Wege, die der **Intersubjektivität** und **Kokreativität** zwischen Therapeut und Patient mehr Raum geben, ja aktiv ausgedrückte Zuwendung und Wertschätzung möglich machen. Ueberdies müssen in der Integrativen Therapie mit Suchtkranken **„Freiräume der Alterität“** – der „Andersheit des Anderen“ - gesichert werden. Dafür bedarf es sorgsamer und wacher Bereitschaft auf der Grundlage einer „Wertschätzung von Andersheit“, und das ist mehr als Toleranz! Kann man Abhängige nicht wertschätzen und ihnen verantwortetes Handeln als *Potentialität* zutrauen, braucht man gar nicht erst anzufangen, mit ihnen zu arbeiten.

Die **„Grundregel“** ist kein starres Gesetz, sie ist zupaßbar auf die PatientInnensituation, die Möglichkeiten dieses besonderen Menschen, der zwar *auch* eine Abhängigkeitserkrankung hat, eine Devianzkarriere drogenbedingter „Notkriminalität“ (Petzold, Hentschel 1991), aber keineswegs nur ein „Drogie“ oder „Junkie“ ist. Sie muß in einer Weise vermittelt und *„ausgehandelt“* werden, das auch der Abhängige, mit dem ich arbeitete, zu einem „hinlänglichen Konsens“ im Bezug auf diese Regel finden kann. Nur im Sinne einer Verbotsethik oder präskriptiv-ethischen Regelung, greift jede **Grundregel** zu kurz. Sie kann nur Bestand erhalten, wenn sie **prinzipiell diskursivierbar** wird, in **„Polylogen“** aufgegriffen und verändernd *überschritten* werden kann.

»**Polylog** wird verstanden als vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm zur Sprache kommt, ihn durchfiltert, *vielfältigen Sinn* konstituiert oder einen hintergründigen oder untergründigen oder übergreifenden **Polylogos** aufscheinen und „zur Sprache kommen“ läßt ... –**Polylog** ist ein kokreatives Sprechen und Handeln, das sich selbst erschafft. – **Polylog** ist aber auch zu sehen als „das vielstimmige innere Gespräch, innere Zwiesprachen und Ko-responsenzen nach vielen Seiten, die sich selbst vervielfältigen“. – Das Konzept des **Polylogos** bringt unausweichlich das **Wir**, die strukturell anwesenden Anderen, in den Blick, macht die Rede der Anderen hörbar oder erinnert, daß sie gehört werden müssen – unbedingt! ... « (Petzold 1988t/2002c).

Der Weg zum Anderen führt immer wieder durch Ueberschreitungen ... zu ihm hin, auf ihn zu, ihm nachgehend, aber auch von ihm zu mir – es sollte keine einseitige Bewegung bleiben: Wechselseitigkeit, *Mutualität* (Ferenczi 1932) ist angesagt, allerdings eine *„ausgehandelte Wechselseitigkeit“*, die nicht mit der Rigorosität des *Ferenczianischen* Anspruchs auf eine „volle Wahrheit“ in wechselseitiger Selbstoffenbarung operiert (vgl. *Ferenczi-Schwerpunktheft, Integrative Therapie* 3-4 2003, hier insbesondere *Antonelli*), sondern auf eine „Wechselseitigkeit im Respekt“ setzt, dessen Wahrhaftigkeitskriterium die **„Integrität“** des anderen Subjekts ist: diese gilt es *wahrhaftig* gewährleisten zu *wollen* – und sich um ein solches *Wollen* (Petzold, Sieper 2003a) immer wieder zu bemühen, ist schwer genug, denn „Respekt“ (Sennett 2002) ist in der menschlichen Gemeinschaft keineswegs eine Selbstverständlichkeit, sondern höchst prekär, u.a. weil die „Würde des Menschen“ in der Tat antastbar ist. Für die Arbeit mit Suchtkranken wird die Reflexion dieser Thematik besonders wichtig, weil manche institutionellen Praktiken in therapeutischen Einrichtungen (Briefkontrolle, Einschränkungen der Außenkommunikation, Kontrollmaßnahmen in der Privatsphäre etc.) sich in Grenzbereichen bewegen, die rechtlich problematisch werden – von ethischen Maßstäben einmal ganz zu schweigen (zuweilen sollte man sich manche dieser Praktiken unter den Kriterien von Amnesty International ansehen, und dann würde es kritisch). Ob das alles so sein muß, ist zu befragen und die Hinter- und Untergründe solcher restriktiven Maßnahmen sind konzeptkritisch zu untersuchen (auf

deligierte gesellschaftliche Straftendenzen, Eigenübertragungen usw.). Nur dann kann es zu inhaltlich begründeten Ueberschreitungen und event. notwendigen Revisionen kommen.

Für solche **Transgressionen** (Petzold, Orth, Sieper 2000) braucht es aber das „Moment des Expliziten“, hier den Text der „**Grundregel**“. Nur wenn ein solcher Text vorhanden ist und in *narrativen Kontexten*, in Gesprächs- und Erzählgruppen (McLeod 1997; Petzold 2003) mit der eigenen biographischen Erfahrung verbunden werden kann und diese Erfahrung in kollegialen Erzählgemeinschaften oder in der Erzählgemeinschaft einer Therapiegruppe *geteilt* wird, wird aus dem präskriptiven Text ein „*erlebtes Ereignis*“ von persönlicher und gemeinschaftlicher Bedeutsamkeit und „Substantialität“ (Adorno). Dann besteht die Chance, daß die **Grundregel** wirklich zu einer Grundlage für die Behandlung wird, weil sie „**Sinn macht**“ (idem 2001i) und sie nicht zu einer Form „ethischer Gewalt“ (Butler 2002; Petzold 2003i) gerät, die Unrecht schafft und den PatientInnen nicht „gerecht“ wird (idem 2000a, 2003d).

Die explizite Formulierung eines solchen Regeltexes gibt dem Anderen, dem Patienten, der Patientin die Möglichkeit, seine/ihre *Andersheit* im Sinne des *Alteritätsprinzips* von Levinas (1982) – so zentral für unser Denken und unsere Praxis (Petzold 1996k) – zu spüren, zu artikulieren, sich mit unseren Positionen „aus-einander zu setzen“, um sich gegebenenfalls auch wieder mit uns „zusammen-zusetzen“ in einem „*hinlänglichen* Konsens“ - good enough (Winnicott) - und in einer Qualität guter „*Konvivialität*“, denn diese soll die **Grundregel** gewährleisten helfen für beide, den Therapeuten und den Klienten.

»**Konvivialität** ist ein Term zur Kennzeichnung eines „*sozialen Klimas*“ wechselseitiger Zugewandtheit, Hilfeleistung und Loyalität, eines verbindlichen Engagements und Commitments für das Wohlergehen des Anderen, durch das sich alle 'Bewohner', 'Gäste' oder 'Anrainer' eines „*Konvivialitätsraumes*“ sicher und zuverlässig unterstützt fühlen können, weil *Affiliationen*, d.h. soziale Beziehungen oder Bindungen mit Nahraumcharakter und eine gemeinsame „*social world*“ mit geteilten „sozialen Repräsentationen“ entstanden sind, die ein „exchange learning/exchange helping“ ermöglichen. **Konvivialität** ist die Grundlage guter 'naturwüchsiger Sozialbeziehungen', wie man sie in Freundeskreisen, Nachbarschaft, 'fundierter Kollegialität', Selbsthilfegruppen findet, aber auch in 'professionellen Sozialbeziehungen', wie sie in Therapie, Beratung, Begleitung, Betreuung entstehen können.« (Petzold 1988t)

Eine solche, für die therapeutische Arbeit in der Integrativen Therapie zentrale Konzeption, ist gesättigt mit ethischen Prämissen. Was soll das bei „kriminellen Abhängigen“, mag da mancher fragen? Wir halten sie gerade da für gut, ja basal. Der Frage der „Wertesozialisation“ ist in der Drogentherapie bislang ohnehin – soweit sich aus der Literatur ersehen läßt – keine wirkliche Aufmerksamkeit geschenkt worden, was zweifellos mit der Vernachlässigung dieses Themas in der Psychotherapie ganz allgemein zu tun hat. Ohne Arbeit an dysfunktionalen Werteorientierungen in der Drogentherapie wird man aber keine aussichtsreiche Rehabilitation erreichen können. Einerseits geht es um die Veränderung von negativen Kognitionen für die Ansätze der Verhaltenstherapie Methoden bietet, die seit der „kognitiven Wende“ entwickelt wurden (wir standen mit der IT mitten in den Anfängen dieser Entwicklung und leisteten hier Beiträge, Petzold, Osterhues 1972, Sieper, Petzold 2003). Aber auch negative Emotionen, mit den Kognitionen zumeist verbunden, müssen modifiziert werden (Petzold 1995g). Mit Methoden ist es allerdings überhaupt nicht getan, denn es geht ja um Inhalte. Welche Werteorientierung kann man glaubwürdig anbieten, an Menschen, die ihre Wertlosigkeit für die Gesellschaft der Erfolgreichen knallhart „am eigenen Leibe“ erfahren haben, nicht selten bis zur Ausbildung einer zynischen Lebenseinstellung? Wie kann man, ohne zu religiösen oder politischen Indoktrinationen Zuflucht zu nehmen (ein gefährlicher Weg, den die Abhängigen der rechten und linken Szenen oder der „autonomen“ Gruppen mit wechselnden Ideologisierrungen vom Anarchotrip bis zum Satanismus z. T. selbst eingeschlagen haben), in Diskurse über Werte, in Praxen gelebter Werteorientierung und Reorientierung eintreten? Sicher nur durch das gelebte Beispiel eigenen wertegeleiteten Handelns. Bislang stehen für die Arbeit mit Werten weder in ausreichendem Maße Konzepte noch methodische Ansätze in den meisten Formen „schulenorientierter“ Psychotherapie mit Abhängigkeitskranken zur Verfügung. In der Integrativen Therapie wurde diesen Themen bei der Behandlung von Abhängigkeitskranker schon früh Aufmerksamkeit geschenkt, einerseits aufgrund ihrer anthropologischen Orientierung (Petzold 1991i), andererseits durch ihre neofreudianischen Elemente (Nagler 2003) und andere Materialien ihrer

Quellen, etwa dem russischen Altruismus eines *Kropotkin* oder *Tolstoy* (Petzold 2002h) und schließlich aufgrund der volitionspsychologischen Erkenntnis, daß der **Wille Gründe und Ziele** haben muß, um Entscheidungen zu fällen und durchzutragen, auch die Entscheidung „etwas für sich zu tun“. Dabei kommen die Fragen auf:

„Wer bin ich und wie kann ich wissen, wer ich bin, was ich will und wohin ich will?“ – für Drogenabhängige durchaus typische Fragen. Unsere Position für die Beantwortung dieser Frage:

»Wissen über mich selbst, über „mein Selbst“, gewinne ich, wenn ich mich bemühe, mich in meinen verschiedenen Seiten (*Bakhtin*) und mit meinem kulturellen Hintergrund mehr und mehr kennen- und verstehen zu lernen, wenn ich mein Denken, Fühlen, Wollen und Handeln mit Anderen in der Welt *differenziell* zu erfassen suche. Indem ich so ein Bild/Bilder von mir gewinne, entsteht eine „*theory of my mind*“, ein metakognitiv gegründetes „Modell meiner selbst“. Und wenn ich bewußt an der Gestaltung dieses „Bildes meiner Selbst“ als einer „gestaltbaren Identität“ (Petzold 2001p) arbeite, wenn ich „*an mir arbeite*“, dadurch daß mein „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (idem 1999q) Prozesse initiiert, in denen es sich erfahren kann, bewußt entschiedene, d.h. gewollte Entwicklungen vorantreiben kann, dann gewinne ich in diesen Prozessen ein „*Metawissen*“ über mich selbst. Ich gewinne an persönlicher *Souveränität* (als mit Anderen ausgehandelter) und es erweitert sich der Freiheitsraum *meines* Willens und Wollens. Es wächst damit meine *relative* Willensfreiheit, meine Fähigkeit, meinen Willen zu nutzen und mein Wollen zu steuern, kognitiv zu koordinieren und zu verantworten. Es ist damit auch anzunehmen, daß meine nicht-bewußten Willensstrebungen (Impetus des Wollens) auf meine mnestisch archivierte und „dokumentierte“ Willensarbeit zurückgreifen – weil ein fungierender „*Metawille*“ entstanden ist - und es wächst damit meine Verantwortlichkeit: meinen Mitmenschen gegenüber, der Lebenswelt gegenüber, mir selbst gegenüber.« (Petzold 2001p).

In einer solchen Sicht kommt einer systematischen „**Gewissensarbeit**“ (idem 1992a, 512f), ein *Zentralbegriff der Drogentherapie*, d.h. einer Auseinandersetzung mit Fragen zu Ethik, zu Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, zu Sinn und Abersinn und zu einer persönlichen Praxis „gelebter Tugenden“ (*Seneca*) größte Bedeutung zu (idem 2003d, 2001k). Es wird bei der Arbeit an diesen Themen auch deutlich und wird von den Patienten auch immer wieder verbalisiert, was es heißt, wenn Menschen keine Anleitung und keine Chancen erhalten, *an sich zu arbeiten*, hierfür keine glaubwürdigen Vorbilder vorhanden sind. Solche Erkenntnisse müssen für die Drogen- bzw. Suchtkrankentherapie natürlich Konsequenzen haben, die konzeptuell weitergreifen als eine „Restrukturierung“ eines „toxischen Ueber-Ichs“. Ein derartiger psychoanalytischer Theorierahmen greift zu kurz, zumal wenn wertetheoretische Fundierungen fehlen. In der Verbindung der Motive der „Selbstsorge“ (*Foucault* 1984) und der „Sorge um den Anderen“ (*Levinas* 1983) lassen sich aber Wege finden, Wertorientierungen anzubieten, die den Kriterien „guter, funktionaler Ideologien“ (Petzold, Orth 1999, 126ff) entsprechen, z. B. die Altruismus- und Gemeinwohlorientierung demokratisch-freiheitlicher Grundordnungen und die Maximen der antiken, vornehmlich stoischer Tugendlehre (*Seneca, Epictet, Marc Aurel*; vgl. hierzu die Studien von *Hadot, Guillemin, Grimal* u.a.), die in den Arbeiten zur Entwicklung einer „*philosophischen Therapeutik*“ als „Nootherapie“ (von gr. *nous* = Geist) für die Belange praktischer Behandlung von uns aufgearbeitet wurden (*Kühn, Petzold* 1991; *Orth* 1993; *Petzold* 1983e; 2001m). Sokratische Sinngespräche, meditative Übungen, Arbeit mit kreativen Medien sind hier methodische Hilfen, um Menschen, die sich entschieden haben, „sich selbst zum Projekt zu machen“, eine „Kultur ihrer Selbst“ zu entwickeln oder in konkreten Projekten – etwa in einer Amnesty International- oder WWF-Gruppe, zu der man in der Einrichtung einen festen Kontakt hat - zu unterstützen und anzuleiten. Und Suchtkranke sind zu solcher Arbeit durchaus in der Lage. Philosophie als Psychotherapie wird hier Quelle von Trost, Orientierung und Sinnerleben (*de Botton* 2000; *Hadot* 2001; *Petzold* 2001k) und in der Folge von *Rechtsempfinden*. Abhängige kennen die Maßstäbe für „Recht und Unrecht“ (Petzold 2003d) hinlänglich gut. Man soll sie hier nicht unnötig stigmatisieren, denn bei ihnen liegen die Unterschiede vielfach zwischen „kennen“ und „praktizieren“ oder zwischen den Werten ihrer Subkultur/Szene und den Werten von „denen da“, schließlich zwischen Erkennen und Tun. Wieder stehen die Probleme der vernachlässigten Volitionspsychologie im Raum, die ausgeblendete Frage des Willens (vgl. *Petzold* 1991i; *Petzold, Sieper*

2003, 2003a)*. Die Werte, die in der Grundregel angeboten und vorgelebt werden, weil sie die Qualität der Begegnung in konkreten Therapiesettings prägen, sind damit eine „permanentes Angebot zum Einsteigen“ – eine **behandlungsethische** Aufgabe (den Begriff muß man unterstreichen) und natürlich eine Anforderung für TherapeutInnen, die in diesem Bereich tätig sind.

* Die willenspsychologische Position der Integrativen Therapie ist folgende:

»Der „Wille“ als Begriff im Kontext von Psychotherapie umfaßt die „Gesamtheit aller volitiven Aktivitäten (das *Wollen*) und ihre neurophysiologischen und psychologischen Grundlagen“, letztlich auch deren Umsetzung im *Wollen*, d.h. in *willensbestimmten Handlungen*. Der **Wille** ist deshalb einerseits als eine „*Potentialität* des Leibsubjektes“ zu sehen und andererseits *prozessual* als Willensvollzug, als sich *realisierendes Wollen*.¹ Seine „Abstrahierung“ oder „Hypostasierung“ – der „Wille“ –, wie sie im philosophischen Gebrauch des Begriffes noch sinnvoll sein mag – verbietet sich im psychologischen Gebrauch. Wille ist, wo Leben ist. Leben ist Prozeß. Das *Wollen* richtet diesen Prozeß auf Ziele als ein „Anderes“, zu Erreichendes aufgrund von Anforderungsimpulsen (*Lewin*), inneren oder äußeren Anregungen. Mögliche Ziele motivieren „Antriebe“, ein Streben zu Anderem (das auch im eigenen Selbst liegen kann). Das wird als „*Impetus*“ bezeichnet, worunter vielfältige neurophysiologische Erregungszustände mit Aktionsorientierung verstanden werden (also eine *interaktionale* motivationale, statt einer monodirektionalen triebtheoretischen Ausrichtung). Der **Wille** kann unter vier Perspektiven gesehen werden:

1. ist er der fungierende *Impetus des Wollens* als eines ‘sich anbahnenden’, vorbewußten, innen- oder außenmotivierten Willensgeschehens;
2. ist er eine bewußt erfahrene prozessuale Realität, der Prozeß, in dem sich die Kraft leiblichen Strebens, die Macht der Affekte, die Stärke der Vernunft *spürbar* zu einem *Synergem*, einer erlebten Qualität des *Wollen* verbindet und *sprachlich benennbar* wird.
3. ist der *Wille* das System der nicht-bewußten *und* bewußten cerebralen Prozesse, die der Negation (dem *no-lens*) oder Affirmation (dem *volens*) zugrundeliegen und *synergetisch* verbunden sind (au milieu du cerveau: Hirnstamm, limbisches System, neocorticale Areale/cingulärer Gyrus, Lobus frontalis, vgl. *Lurija*).
4. ist der *Wille* Produkt sozialer Verhältnisse, die den *Impetus* und seine Qualitäten sozialisatorisch formen/deformieren durch Armut und Reichtum, Zugehörigkeit zu benachteiligte Schichten, Oberschichten, durch männliche und weibliche Geschlechterrollen etc.

Willensgeschehen ist also teils unbewußt, teils vorbewußt oder mitbewußt (*Rohracher*), teils aber auch bewußt, ist enkulturiert und sozialisiert, und folglich konstituieren sich verschiedene *Willensqualitäten*, variable *Freiheitsgrade des Willens*, deren Reichweite vom Grad der Emotionalisierung, Bewußtseinsfähigkeit und der Versprachlichung (*Vygotsky*) und von den Freiräumen und Begrenzungen des Kontextes abhängt – schon in den frühen sprachlich vermittelten Grenzen, die Eltern Kindern setzen und die die Grundlagen für Selbstbegrenzungen legen (auch von eigenem *Wollen* durch den eigenen Willen selbst), wird das sichtbar, worauf besonders *Lurija* hingewiesen hat. Willensfreiheit ist demnach ‘Freiheit in Begrenzungen’: eine *relative, differenzielle Willensfreiheit*, die in sich jedoch die Chance *wachsenden Freiheitspotentials* birgt. Dabei kommen jeweils die mit den genannten cerebralen Zentren zusammenhängenden und mnestisch archivierten, individuellen und kollektiven lebensgeschichtlichen Erfahrungen zur Geltung – verbunden mit dem kulturellen Raum (*Lévi-Strauss*), „*Kulturen des Wollens*“, und verbundenen mit den verschiedenen Seiten der eigenen Persönlichkeit (*Bakhtin*), „*Stilen des Wollens*“, die in durchlebten motivationalen Lagen, Prozessen des Entschließens, Entscheidens und Durchtragens entwickelt wurden.

Entfaltet sich der *Impetus des Wollens*, gelangt er zur Dauer (*durée*), gesättigt mit der Informationsfülle der mnestischen Archive, dann wird er zu einer *Kraft*, mit der sich dieses *Synergem* „Wille“ in zielgerichtetem und zielstrebendem – eben willensbestimmtem - Handeln umsetzt: durch hinlänglich souveräne Willensentscheide und persönliche Willenskraft getragene Aktionen des Individuums, das seinen Willen verwirklicht oder einer Gruppe, die gemeinsames *Wollen* realisiert. Dabei wird die Fähigkeit, den eigen Willen mit dem *Wollen* Anderer in Prozessen der Abstimmung und des Aushandelns *kovolitiv* zu koordinieren oder zu synchronisieren als wichtige Lebenstechnik besonders gut entwickelt, wenn das familiäre bzw. soziale Umfeld diese Entwicklungen unterstützt. *Psychologische Willenspathologien* wie Willensschwäche, Entschlußlosigkeit, Unentschiedenheit usw. können dann verhindert werden.

Diese Erfahrungen werden in Prozessen *komplexen Lernens*, u.a. auch ‘*Willenslernens*’, festgehalten und fördern nachfolgende Willensarbeit, ja formen die gesamte menschliche Persönlichkeit, die sich in ihren Lebenserfahrungen mit Anderen und mit sich selbst, mit ihrem Denken, Fühlen, *Wollen* und Handeln immer vertrauter wird, durch Reflexionen und Metareflexionen Perspektiven und Metaperspektiven entwickelt und dadurch ihr Selbst im Sinne der antiken Lebenskunst und Gemeinwohlverpflichtung (*Hadot*) immer bewußter gestalten kann. Dadurch wird *sozialen Willenspathologien* wie Uebelwollen, Böswilligkeit, Unwillen, gleichgültiges Nichtwollen, aggressiver Gegenwille usw. entgegengewirkt.« (*Petzold, Sieper* 2003a). Die Bedeutung solcher volitionspsychologischer Positionen für die Suchtkrankentherapie liegt auf der Hand.

PatientInnen mögen die Werte der Grundregel teilweise auch ablehnen. Das ist ihnen vielleicht alles zu nah, zu viel „Gutmenschum“, was auch immer, und wenn das so ist, dann kann ein solches Konzept, soll es mit Druck durchgesetzt werden, zur *moralischen Zwangsjacke*, zur *ethischen Gewalt* geraten (Butler 2002), und fruchtbare Arbeit wird unmöglich. Aber besteht immer die Chance für den Patienten/die Patientin, das einzubringen, was möglich ist, denn der Andere hat gerade aufgrund der Transparenz der **Grundregel** die Freiheit, sich *abgrenzen* zu können, und wenn er *angrenzen* will, dann sollen ihm die Prämissen und Konditionen so klar wie möglich sein: – **Grenze** hat diese beiden Qualitäten, von denen die der **Angrenzung** oft nicht genug gesehen wird, die Möglichkeiten der Ueberschreitung oder auch der Uebertretung häufig nicht thematisiert wird, nicht verdeutlicht wird, daß Grenze Identität, Souveränität bedeutet. Stattdessen wird generalisiert Abgrenzung, Ausgrenzung, Barriere, Demarkation, Gefängnismauer konnotiert und es kann nicht gesehen werden, daß in **Grenzen** für den Therapeuten/die Therapeutin wie für den Klienten/die Klientin Chance für „Prozesse des Aushandelns“ liegen, also über die Rahmenbedingungen der „Grundregel“ in *Ko-respondenz* (Petzold 1991e/2003a, 93ff) einzutreten, in das das koreflexive und diskursive „**Aushandeln von Grenzen über Konsens-/Dissensprozesse**“. Sie bilden die Grundlage jedes Sozialisationsgeschehens, aller Erziehungs- und Bildungsprozesse, jeder therapeutischen Arbeit. Solche Ko-respondenzen in der Therapie setzen oftmals einen Kontrapunkt zu den Binnenrealitäten von Drogeneinrichtungen, ihrem Arbeitsalltag, ihren Regelwerken, zu den Außenrealitäten der Abhängigen, ihren Haftstrafen, ihren Auflagen, ihrem Suchtdruck, und das macht Ko-respondenzprozesse keineswegs einfach, und genau darin liegt das Moment der „*Arbeit*“ in der Therapie, wird die Grundregel paradigmatisch, denn sie hilft, die Dynamik von Entwurf/Zielsetzung/Ideal und Begrenzung/Umsetzungsmühen/Realität zu erfahren und handhaben zu lernen..

Die „**Grundregel**“ braucht genau deshalb nicht perfekt zu sein – sie könnte es ohnehin auch nie werden. Sie ist zupaßbar – sie muß es sein, wenn sie nicht zur Zwangsapparatur geraten will. Sie ist kritisierbar – denn Fehlakzentuierungen sind womöglich vorhanden. Sie ist ein *Arbeitsinstrument* für die „Praxis von Beziehung und Ethik“, für die „Praxis von Ko-respondenz“, für die „Praxis von *weiterführender Kritik*“, ein Prinzip – die oben aufgeführte Definition macht das deutlich – für den Alltag der Drogentherapie eine hohe Bedeutung hat, und für reflexive/koreflexive und diskursive therapeutische Ko-respondenzprozesse geradezu ein Basisprinzip darstellt, das alle Kreativität/Kokreativität der Beteiligten erfordert. Sie ist Leitlinie und keine dogmatische Setzung. Die „**Grundregel**“ der Integrativen Therapie ist eine Grenze und damit auch ein Ort der „Ueberschreitung“, wo ihre Geltung und ihre Reichweite nicht mehr ausreicht. Sie ist keine blutleere Vorschrift, keine einfach umzusetzende Anweisung. *Sie ist ein Arbeitsprogramm*. Ihre Sustanz muß erarbeitet werden in immer wieder erforderlich werdenden Ueberschreitungen: **Transgressionen**, *das sind transformative Ueberschreitungen bisheriger Stile des Denken, Fühlens, Wollens, Handelns, nachhaltige Veränderungen von Sichtweisen, Konzepten, Praxen, Lebensstilen*, und die müssen wir auch den Abhängigen zutrauen, mit denen wir Therapie machen, sonst braucht man nicht zu beginnen.

Die „**Grundregel**“ wurde formuliert auf dem gesamten theoretischen Fundus der Integrativen Therapie (siehe Ebert, Könecke-Ebert, dieses Buch) ihrer Anthropologie und Intersubjektivitätstheorie, ihrer Referenztheorien sowie auf dem Boden der Erfahrungen aus der integrativen Behandlungspraxis und der Integrativen Supervision und sollte daher für dieses Verfahren und die, die es praktizieren, „**Sinn** machen (Petzold 2001i), denn sie wurzelt ganz zentral im „Ko-respondenzmodell“ des **Aushandelns von Grenzen und Möglichkeiten** in „Begegnung und Auseinandersetzung“, dem Herzstück der Integrativen Therapie (idem 1978c, 1991e). Ihr Text lautet:

„Grundregel“

»*Therapie* findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen ‘gastlichen Raum’, in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen*, *Polylogen* eines „Du, Ich, Wir“ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie in Angriff nehmen unter Bedingungen eines ‘geregelten Miteinanders’, einer Grundregel, wenn man so will:

- *Der Patient* bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich selbst, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er - *seinen Möglichkeiten entsprechend* – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und er die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.

- *Der Therapeut* seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen*, *Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen*, *Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit *ihm gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich, forschungsgesicherter ‘*best practice*’ Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.

- *Therapeut* und *Patient* anerkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozeß und in der therapeutischen Beziehung korrespondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.

- *Das Setting* muß gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und fachverbandliche Regelungen), daß Patientenrechte, „informierte Uebereinstimmung“, Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen

- *Das Therapieverfahren, die Methode* muß gewährleisten, daß in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie reflektierte, begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser *Grundregel* mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen *ausgehandelt* und *vereinbart* werden, die die *Basis* für eine polylogisch bestimmte, sinnvolle therapeutische Arbeit bieten.« (vgl. *Petzold* 1999r).

Eine so formulierte und praktizierte „**Grundregel**“ stellt die persönliche und gemeinschaftliche **Integrität** als Basis des *Sinnes* von Psychotherapie, Soziotherapie, Suchttherapie in das Zentrum der Arbeit, als Basis aber auch für das generieren von SINN aus zwischenmenschlicher Praxis (*consensus*). Diese gesamte Grundregel muß beständig durch die Konsens-Dissensprozesse der Begegnungen und Auseinandersetzungen aller Beteiligten hindurchgehen, welche polylogische **Korrespondenz** (idem 1991e) in einem koreflexiven, diskursiven Therapieverständnis kennzeichnet. Sie erfordert beständig soziale Kreativität als „**Kokreativität**“ (*Iljine, Petzold, Sieper* 1971/1990), in der Therapeut und Patient und die PatientInnen untereinander zu *persönlichen Medien der Kokreativität* werden, zum „*therapeutic agent of the other*“ (*Moreno* 1932) und so die anthropologische Grunderfahrung wieder einmal bestätigen: ein Leben, das gemeinsam im Miteinander gestaltet wird, bietet die Chance zur Gesundheit in einem weiten Sinne, zu einem „gesundheitsbewußten Lebensstil“, zu hinlänglichem Lebensglück (good enough), auf das jeder Mensch ein Recht haben sollte, daß aber auch das Wagnis erfordert, sich auf Andere einzulassen.

Grundregeln bieten, wie gesagt, Leitlinien, und offenbar sind solche in Therapien wichtig. Fast alle großen Wohngemeinschaftsbewegungen, z. B. Daytop oder Synanon (*Petzold 1974b*), hatten einen Leittext (oft „prayer“ oder „philosophy“ genannt). Auch in den Anfängen der Integrativen Therapie mit Drogenabhängigen, in der ersten 1967/68 von uns seinerzeit in Paris gegründeten Therapeutischen Wohngemeinschaft mit drogenabhängigen Kommilitonen hatten wir einen solchen Leittext. Im Grunde finden sich in ihm schon wichtige Prinzipien der heutigen „**Grundregel**“, natürlich in einer vom damaligen Zeitgeist geprägten Emphase. Der schlecht zugängliche Text dieser „*philosophy*“ sei als Dokument hier nochmals abgedruckt:

LES QUATRE PAS – Vier Schritte – Four Steps

»Vier Schritte sind notwendig, um Dich zu finden, um Menschen zu begegnen und die Welt in den Händen zu haben. Vier Schritte mußt Du tun auf einem neuen Weg mit neuen Zielen, auf unserem Weg. Vier Schritte mußt Du gehen – a l l e i n e aber nicht e i n s a m. Wir sind mit auf dem Weg.

1. Schritt: Aus Deinem alten Leben – ENTSCHIEDUNG

Du mußt heraustreten aus Deinem Leben der Selbsterstörung, der Gebundenheit, der Flucht, der falschen Träume. Es ist nicht leicht, alles zurückzulassen, aber es ist fast unerträglich zu erkennen, daß man gar nichts besitzt. Du kommst zu uns mit leeren Händen; und wenn wir Dir Deine letzte Maske wegnehmen, stehst Du nackt da, ein kleines, hilfloses Kind. Dann mußt Du Dich e n t s c h e i d e n, ob Du einen Schritt vorwärts wagst. Hinter Dir liegt ein Abgrund. Täusche Dich nicht!

2. Schritt: In die Gemeinschaft – BEGEGNUNG

Es ist ein Wagnis, sich auszuliefern. Wir stehen im Zentrum. Du bist ein Teil von uns. Wir wollen Dich ganz aufnehmen, aber auch Du mußt uns rückhaltlos annehmen. Du mußt jedem von uns b e g e g n e n, ohne Maske, ohne falsche Rolle. Erst dann kannst Du Dich finden. Wir sind Deine Spiegel. Schau uns an! Das bist Du.

3. Schritt: Zu Dir selbst - WACHSTUM

Du beginnst Dich zu entdecken. Vieles ist schmerzlich, aber es ist D e i n Schmerz, manches ist abstoßend, aber es ist D e i n e Häßlichkeit. Oft wirst Du fliehen wollen, aber Du wirst erfahren, daß es vor sich selbst kein Entkommen gibt. Erst wenn Du zu Dir stehst, so wie Du bist, hast Du festen Grund gefunden, auf dem Du w a c h s e n kannst.

4. Schritt: Auf die Welt zu – VERANTWORTUNG

Wir, Du und Ich, stehen in der Welt. Die Welt ist unser Haus, ein Haus aus Wind, Blumen, Maschinen und Menschen. Die Welt ist unsere Sache, die Menschen sind unsere Sache, die Maschinen sind unsere Sache, die Blumen sind unsere Sache. Die Welt braucht Deine Hände, Deine Gedanken, Deine Freude. Die Welt braucht uns alle, Dich und mich. Miteinander werden wir das Haus schmücken. Gegeneinander werden wir es zerstören. Nimm Deine V e r a n t w o r t u n g! Du kannst sie tragen.« (H. Petzold und die WG-Bewohner Frühjahr 1968 noch vor den Maiunruhen, an denen die WG teilnahm, 1969c, repr. 1974l, 524f).

Der Text zeigt, wie zeitgebunden, zeitgeistbestimmt Leitlinien sein können, ja müssen, gehen sie doch aus dem Lebensgefühl von konkreten Menschen in konkreten „sozialen Welten“ mit ihren Möglichkeiten und Grenzen, Chancen, Konflikten, Belastungen, Ressourcen und Potentialen hervor (*Petzold 1989f, 2003b*). Er verdeutlicht, wie wichtig es ist, solche Prinzipien in jedem Kontext mit allen Beteiligten in einer sinnstiftenden Weise zu reformulieren, bis sie „passen“. Für die „**Grundregel**“ der Integrativen Therapie, die in einem ganz anderen Kontext Ende der neunziger Jahre formuliert wurde, gilt das in gleicher Weise, aber auch sie wird in vielfältigen Milieus, mit Männern und Frauen (siehe *Vogel*, dieses Buch), mit Migranten (*Petzold, Josić, Ehrhard*, dieses Buch, Bd. II), in der Jugendkultur (*Lammel*, dieses Buch) usw. durchgeführt und erfordert für TherapeutInnen beständig kreative, kokreative Zupassungsleistungen in Theorie und Methodik.

Damit sind sie wiederum als **Praxeologen** gefordert, als „**Menschenarbeiter**“, wie wir zu sagen pflegen (*Sieper, Petzold 2001c*), die Theorie in die Praxis übersetzen, die Theorie als Intervention verwenden, die Theorie als nützliches Lebenswissen an die Patienten weitergeben, die ihre Praxis mit KollegInnen *interkollegial* und mit PatientInnen *intersubjektiv* reflektieren, um sich selbst, die eigene Arbeit, den anderen Menschen in der Behandlungssituation und im Alltag der Einrichtung, den Therapieprozeß besser zu verstehen, denn nur dann werden Leitprinzipien, „**Grundregeln**“ keine Dogmen und Zwangsapparaturen.

5. Methodische Reflexionen - zur „Praxis von Praxeologie“

„Therapeuten, Berater, Helfer – **‘Menschenarbeiter’** also – handeln nur fundiert und verantwortlich, wenn sie sich als **‘Praxeologen’** verstehen, um stets Theorie, Methodik und soziales/politisches Engagement in ihrem Denken und Handeln kreativ/kokreativ zu verbinden und ihre Praxis mit ihren Kollegen *und* Patienten zu reflektieren und gemeinsam voranzubringen.“ (Petzold 1975h)

Fundierte und qualitativ hochwertige Therapien durchzuführen, besonders bei einem schwierigen Klientel wie dem der vielfältigen Gruppen von Suchtkranken, bedarf nicht nur einer erheblichen Kreativität/Kokreativität, einer klaren ethischen Position, wie sie in der „**Grundregel**“ zum Ausdruck kommt, nicht nur eines reichen Repertoires therapeutischer Methoden und Techniken und eines breiten theoretischen Wissens auf Seiten des Therapeuten/der Therapeutin, er/sie muß auch die Fähigkeiten haben, dieses alles in der eigenen Behandlungspraxis vernetzt, differentiell und integriert zur Anwendung zu bringen und nach außen sozialpolitisch zu vertreten, denn dem „Elend der Welt“ (Bourdieu 1998), den inhumanen Lebensbedingungen vieler Menschen, sozialem Unrecht und gesellschaftlichen Ungerechtigkeiten (Petzold 2003d) kann nicht allein aus dem Engagement der Helfer und durch ihre Arbeit in konkreten Situationen der Hilfeleistung, in Notlagen und sozialen Brennpunkten begegnet werden, sondern erfordert eine „**Metapraxis**“ (idem 1994c), die politisches Handeln und sozialpolitische Strategien und Initiativen verlangt, wie sie Bourdieu (1997) konkret betrieben hat und wie sie auch durch die berufs-, sozial-, gesundheits- und kulturpolitischen Initiativen und Aktivitäten im Bereich der Integrativen Therapie und ihrer Verbände und Einrichtungen unternommen werden. Professionelle Arbeit mit und für Menschen in benachteiligten Situationen, mit stigmatisierten Randgruppen führt häufig zu „Ko-Stigmatisierungen“ der „MenschenarbeiterInnen“, d.h. der HelferInnen, der therapeutischen Fachleute, die mit diesen Gruppen arbeiten. Deshalb muß man sich mit solchen Phänomenen durch Öffentlichkeitsarbeit und politischen Einsatz auseinandersetzen. Auch diese Strategien einer *repräsentierenden Politik* für die und mit den Gruppen, mit denen man arbeitet, aber vor allen Dingen unterstützende Strategien für diese Menschen, damit sie ihre Anliegen *selbst zur Sprache bringen* und öffentlich machen können, sich selbst Gehör verschaffen können, gehört zu einer breit greifenden Praxeologie. Denn letztlich ist es „entwürdigend, für die anderen zu sprechen“ (Foucault, Deleuze 1999, 70) – wie wohlmeinend auch immer –, wenn sie sich noch selbst vertreten können. Das ist eine Lektion, die wir in den Gefängnisprojekten bei Foucault (Miller 1995) und durch Sartres, Deuzes, Bourdieus Projekte emanzipatorischer und kämpferischer Öffentlichkeitsarbeit in den Pariser Studientagen gelernt hatten (Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000). Solche **Praxeologie** muß vorgelebt, gezeigt, vermittelt werden, und hier halten sich psychotherapeutische Ausbildungen leider zumeist bedeckt. In der Ausbildungsordnung der Integrativen Therapie bildet die „Förderung von sozialem Engagement“ das vierte Richtziel im Curriculum, und das steht dort nicht als „lip service“ eines soziakritischen Anspruchs, sondern als ein Herzstück von **Praxeologie**.

Eine gute Ausbildung (vgl. Petzold, Sieper, Schay, dieses Buch, Bd. II), wie sie die Integrative Therapie bietet, das zeigen umfangreiche Ausbildungsevaluationen, muß hier entsprechende Grundlagen bereitstellen. Es muß deshalb die Effektivität der Ausbildung nachgewiesen werden und – zentral – die Effektivität der Ausgebildeten als Behandler, die ihre Patienten „gesund machen“ - oder doch gesünder. Solche Nachweise liegen für die Integrative Therapie in verschiedenen Bereichen vor (Steffan 2002; Petzold, Hass et al. 2001; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000).

Interessant in den hier dargestellten Zusammenhängen ist dabei, daß die in der „Grundregel“ vorgeschlagene therapeutische Haltung **intersubjektiver, partnerschaftlicher**, die „Andersheit des Anderen“, die „**patient dignity**“ achtender Arbeit (Petzold 1980g, 1987g, 1991b, 1996k; Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999) durchaus praktischen Niederschlag findet, der sich in Ergebnissen aus der institutionalisierten Qualitätssicherung an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ ersehen läßt. In großen empirischen Untersuchungen aus dem Bereich der Integrativen Therapie sowohl bei Patienten (wobei z. T. auch Familienangehörige mitbefragt wurden) als auch bei Ausbildungskandidatinnen (n = 1500, Evaluationsbögen n = 4150, Petzold, Hass et al. 1995, 1998; Petzold, Steffan, Zdunek 2000) wurde die „*persönlich erfahrene Wertschätzung*“, die

die AusbildungskandidatInnen von ihren Ausbildern/LehrtherapeutInnen erfahren, in den Studien am höchsten bewertet. Und die so Ausgebildeten haben diese Erfahrung an ihre PatientInnen weitergegeben, denn auch in diesen Studien (n = 211, *Petzold, Hass et al. 2000*) fanden sich bei diesen Items die höchsten Scores. Die „**Grundregel**“ steht durchaus auf dem Boden von Forschungsergebnissen, ihre Maximen sind also lehrbar, werden weitergegeben – durchaus bis in die familialen Situationen der PatientInnen hinein! Psychotherapie kann also in Ausbildung und Behandlung – neben den kurativen und gesundheitsfördernden Zielen - auch als *wertevermittelnde Sozialisation* betrachtet und betrieben werden. Hier liegt ihre kulturkritische Zielsetzung und Funktion, die selbst immer wieder im Sinne „*weiterführender Kritik*“ von jedem Einzelnen und allen Beteiligten in den Blick genommen werden muß.

Eine besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die „Supervisionen“ in der Ausbildung wie in der Behandlungspraxis nach der Ausbildung und die fortlaufende **praxeologische Arbeit**. Nicht alle Formen von Supervision bringen aber wirkliche Ergebnisverbesserungen für den Behandlungsprozeß, wie wir kürzlich in einer großen Studie, die die internationale Supervisionsliteratur ausgewertet hat, zeigen konnten (*Petzold, Schigl et al. 2003*, vgl. auch *Schay, Dreger et al.* dieses Buch). Wir haben deshalb in die Konzeptentwicklung und Ausbildung von „**Integrativer Supervision**“, die wir seit Anfang der siebziger Jahre – nicht zuletzt im Drogenbereich - entwickelt haben (*Petzold 1973, 1991o, 1998a; Schreyögg 1991*). Lege artis durchgeführte **Integrative Supervision** mit ihrer erlebnisaktivierenden Methodik, ihrem deutlichen Theoriebezug und einer guten Theorie-Praxis-Verschränkung stellt die Behandlung des Patienten zentral. Sie fokussiert also neben dem SupervisanInnensystem das *PatientInnensystem*, begleitet therapeutische Zielfindungsprozesse, Zielvereinbarungen (*Petzold, Leuenberger, Steffan 1968*) zwischen Therapeut und Patient und supervidiert ihre Umsetzungen (was in vielen Supervisionsprozessen leider nicht geschieht). Für ein solches Vorgehen zeigt die Evaluationsforschung gute Ergebnisse (*Oeltze, Ebert, Petzold 2002*). Ein qualitätsbewußter **Praxeologe** wird deshalb Supervision und kollegiale Intervision nutzen, allerdings in kritischer Betrachtung und Bewertung des jeweiligen Supervisionsansatzes, denn nicht alle Supervision wirkt, und manche schadet auch (*Petzold, Orth, Sieper, Telsemeyer 2003*). Deshalb sind die Prinzipien der „**Grundregel**“ auch für die Supervision Leitlinie. Integrative TherapeutInnen halten sich strikt an die rechtlich vorgeschriebene Praxis, daß PatientInnen um Zustimmung gefragt werden müssen, wenn ihre Materialien in die Supervision gebracht werden (*Petzold, Rodriguez-Petzold 1997, Eichert, Petzold 2003*), – aus Respekt vor der Integrität des Patienten, aber auch im Bemühen, seine Selbstwirksamkeit und Souveränität zu unterstützen.

Eine besondere Möglichkeit und Notwendigkeit der **Qualitätspflege** und **Qualitätsentwicklung** der eigenen Arbeit – und um die müssen sich TherapeutInnen und Einrichtungen permanent bemühen (*Laireiter, Vogel 1998*) - stellen die „**Behandlungsjournale**“ da, die im Rahmen der Ausbildung von jedem Kandidaten und jeder Kandidatin erstellt werden müssen, und der systematischen Reflexion und Metareflexion der eigenen Praxis unter einem „integrativtherapeutischen“ theoretischen Raster dienen. In diesem Werk finden sich verschiedene Beispiele für solche Journale. Zielsetzung der Journale ist, insgesamt zu einer hochwertigen Praxeologie in der alltäglichen klinischen Arbeit zu gelangen. Die Arbeiten von *Schneider, Flinks, Ostermann, Wächter* (in diesem Buch) können beispielhaft für solche praxeologischen Dokumentationen stehen. Ihre Besonderheit liegt darin, daß sie nach einem elaborierten, theoriegeleiteten und forschungsgestützten Modell erstellt werden, das wie folgt aufgebaut ist:

Behandlungsbericht

Anleitung zur Erstellung eines Behandlungsjournals für AusbildungskandidatInnen von EAG/FPI

Der Behandlungsbericht soll dokumentieren, daß der Kandidat eine integrative Behandlung im „dyadischen Setting“ (Einzeltherapie) aufgrund von Anamnese, Diagnose/Theragnose, konsensueller Zielvereinbarung, Therapieplanung in einem therapeutischen Rahmencurriculum *lege artis* durchgeführt hat. Der Behandlungsbericht soll wie folgt aufgebaut sein:

1. Feststellen des Hilfeersuchen und der Erwartungen des Patienten/der Patientin an die Behandlung (expliziter und impliziter Auftrag)
2. Diagnose nach ICD-10 bzw. DSM-4
3. Biographische Anamnese
4. Karriereanamnese
5. Prozeß diagnostische Erhebung (vgl. *Petzold* 1993p; *Petzold, Osten* 1998; *Osten* 2000) mit Lebensweltanalyse, Netzwerkanalyse, Leibfunktionsanalyse. **Probleme, Ressourcen, Potentiale (PRP)**, Identitätsbereiche usw. müssen exploriert werden.
6. Aetiologische Ueberlegungen (zur Genesetheorie, Belastungsfaktoren, Defiziten, aber auch zu protektiven Faktoren, Resilienzen, zu Kontinuitäten und Diskontinuitäten im Lebenslauf) begründen den Behandlungsplan bzw. ein *therapeutisches Rahmencurriculum*, in dem **Probleme, Ressourcen und Potentiale** erhoben und differenzierte Ziele und Inhalte erarbeitet werden (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998) mit den „Patienten als Partner“ (*Petzold, Orth* 1999, 363)
7. Behandlungsverlauf dokumentiert durch folgende Aspekte:

- I. Prozeß des Patienten (*Viation I*): Uebertragung, Widerstände, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abwehrvorgänge, Kooperationsformen, Ressourcenaktivierungen, Motivation, persönliche Zielsetzungen und Zielrealisierungen, Rollenangebote, Netzwerke, Einbezug von „social worlds“.
- II. Strategien des Therapeuten (*Trajekt*): Wege der Heilung und Förderung (1-4), 14 Heilfaktoren (welche Faktorenkombination eingesetzt wurden und dies begründen, vgl. *Petzold* 1993p), Auswahl und Einsatz von Methoden, Techniken, Medien und Modalitäten (*Petzold* 1993h), Bearbeitung von Pathogenesefaktoren und Nutzung von Salutogenesefaktoren (*Petzold, Steffan* 2000), Analyse und Neubewertung von Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen; Nutzung zentraler Behandlungsstrategien; Vereinbarung von kurzfristigen, mittelfristigen, langfristigen Therapiezielen; Planung und Beobachtung des Behandlungsverlaufs; prozessuale Bestimmung der Behandlungsziele an Hand der festgestellten Probleme, Defizite, aber auch der Potentiale und Ressourcen.
- III. Die Prozesse des Therapeuten (*Viation II*): Uebertragung/Gegenübertragung, partielles Engagement und selektive Offenheit, Involvierung, Metareflexion, genderspezifische Reaktionen, Belastungen, angetönte eigene Themen, Antwort auf Rollenangebote, Definition der eigenen Rolle, eventuelle Bezüge zu anderen laufenden Therapien, Netzwerke im Bezug, Einbezug von „social worlds“, Ressourcenlage.

8. Therapieverlauf, Darstellung der Beziehungsdynamik, der Kooperation, der Foki, die behandelt werden (*Petzold* 1993p), Fokusrotation, Schwierigkeiten, Probleme und Krisen, positive Entwicklungen und Erfolge, Transferarbeit, d.h. Vorbereitung und Begleitung der Umsetzung von Erkenntnissen und Entscheidungen, Transferbegleitung, Wirkung ins soziale Netzwerk, Einbezug des sozialen Netzwerkes,
9. Traumabearbeitung, Trauerarbeit (Simplex-, Duplex-, Triplexniveau, *Petzold* 1988n, 233f), Kontrollüberzeugungen und Attributionen, kognitive und emotionale Umwertungen, Modifikation devianter Wertewelten und toxischer Ueberich-Strukturen).
10. Flankierende Maßnahmen „bimodaler Therapie“ (Entspannungs- und Lauftherapie, Ergotherapie, Bildungsangebote).
11. Abschluß, Ergebnisse, katamnestisches Nachgespräch.
12. Vorbereitung der Beendigung.
13. Abschluß
14. Hilfen bei einer event. Epikrisis

Die Darstellung soll immer wieder mit Bezug auf die relevante *Literatur* des Integrativen Ansatzes, der klinischen Psychologie und angrenzender relevanter Disziplinen theoretisch reflektiert und kommentiert werden.

Ein solches idealtypisches Raster soll dem Praxeologen bzw. der Praxeologin eine Leitlinie geben, seine Arbeit mit PatientInnen zu strukturieren und zu reflektieren. Wird einmal ein solches Journal gleichsam *paradigmatisch* erstellt, so beeinflusst diese Erfahrung – so eine Umfrage zu Akzeptanz und Effekt der Journale an unserem Institut – die Durchführung von Therapien nachhaltig. Die Journale werden oft in der Endphase der Ausbildung erstellt und durch Integrative Supervision begleitet. In ihnen wird die in der Ausbildung vermittelte Theorie und Praxis umgesetzt und dokumentiert. Da neben der Einzelsupervision/Kontrollanalyse jeder Ausbildungskandidat an forlaufenden Gruppensupervisionen und Theoriearbeitsgruppen teilnimmt, werden die Prozesse in vielfältigen Kontexten diskutiert, so daß es durch die Vernetzung von Informationen zu einem intensiven Theorie-Praxis-Prozeß kommt, der die Qualität der therapeutischen Arbeit in besonderer Weise fördert, ein Ansatz, zu dem sich im Bereich der Ausbildung in Drogen- und Suchtkrankentherapie nach unserer Uebersicht international kaum Vergleichbares findet. Wir meinen aber, daß eine solche Elaboration unbedingt angestrebt werden muß, geht es doch um die Heilungschancen und das Wohlergehen unserer Patienten und KlientInnen.

Methodische Reflexion, wie sie in den Journalen geschieht, theoretische Auseinandersetzung, wie sie in den Graduierungsarbeiten, die jede(r) AusbildungskandidatIn zusätzlich schreibt und von denen einige in diesem Werk veröffentlicht sind, erfolgt, erweist sich hier nicht als eine Maßnahme verschulter Ausbildungsfront. Sie dokumentiert vielmehr eine Faszination an differentieller, transversaler Theoriearbeit, an einem kreativen Umgehen mit der Praxeologie und ihren intermedialen Möglichkeiten auf der Basis einer bejahten ethischen Grundhaltung (Moser, Petzold 2003), wie sie die „**Grundregel**“ der Integrativen Therapie zu formulieren versucht hat.

Zusammenfassung

Der Beitrag befaßt sich mit der Rolle einer differentiellen und transversalen Theoriearbeit in Ausbildung und Behandlungspraxis Integrativer Suchttherapie. Er stellt die Bedeutung kreativer Zugänge in der Behandlung und im Tun des Therapeuten heraus, der – selbst ein „kreatives Medium“, eine „Message“ für die Entwicklung eines neuen, kokreativen und gesundheitsbewußten Lebensstils – Therapie als kokreativen Prozeß versteht. Es wird die Wichtigkeit sinnstiftender und ethisch fundierter Therapiepraxis herausgearbeitet und werden die Prinzipien einer „Grundregel“ für die Integrative Therapie vorgestellt. Das alles geht in das Konzept einer reflexiven und diskursiven „differentiellen Praxeologie“ ein, deren Grundlagen erläutert werden.

Summary

This chapter is dealing with the role of differential and transversal theory elaboration in psychotherapy training and the practice of treatment in Integrative Therapy with addicted patients. It emphasizes the importance of creative approaches in treatment and in the work of a therapist, who is himself a „creative medium“ and a message for the development of a new, cocreative and health conscious lifestyle, seeing therapy as a cocreative process. The importance of meaning fostering, ethically grounded practice of therapy is underlined. The principles of a „basic rule“ for Integrative Therapy are presented. All these elements converge in the concept of a reflexive and discursive „differential praxeology“, the basics of which are expounded.

Key words: Integrative Therapy, Basic Rule, transversal theory, creative methods, drug therapy